

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

**DİYABETİK KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ**

Betül BAYRAK ÖZARSLAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2013**

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

**DİYABETİK KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN
BELİRLENMESİ**

Betül BAYRAK ÖZARSLAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nuran AKDEMİR**

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği

Program: Yüksek Lisans

Tez Başlığı: Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Öğrenci Adı-Soyadı: Betül BAYRAK ÖZARSLAN

Savunma Sınavı Tarihi: 21.01.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Nuran AKDEMİR
(Hacettepe Üniversitesi)

Tez danışmanı : Prof. Dr. Nuran AKDEMİR
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye : Doç. Dr. Leyla ÖZDEMİR
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye : Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye : Yard. Doç. Dr. Sevinç KUTLUTÜRKAN
(Gazi Üniversitesi)

Üye : Öğr. Gör. Dr. İmatullah AKYAR
(Hacettepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ersin FABİLLİOĞLU
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleştirilmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Nuran Akdemir tez danışmanım olarak tezimi hazırlama aşamasında yol gösterici olmuş, katkılarda bulunmuştur.

Sayın Doç. Dr. Sevgisun Kapucu, Doç. Dr. Leyla Özdemir, Öğr. Gör. Dr. İmatullah Akyar öneri aşamasında yol gösterici katkılarda bulunmuşlardır.

Arkadaşlarım Arş. Gör. Hatice Arısoy ve Arş. Gör. Nur Akgül tezimin yazım aşamasında sabır ve anlayışla destek olmuşlardır.

Sayın Gürcan Günay tezin İngilizce özet bölümü yazımında katkılarda bulunmuştur.

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticileri ve çalışmaya katılan bireyler uygulamanın başarılı bir şekilde gerçekleşmesine katkıda bulunmuşlardır.

Yüksek Lisans eğitimim sırasında bana her zaman destek olan sevgili eşime, canım babama, anneme ve ablama teşekkür ederim.

ÖZET

Bayrak Özarıan, B. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013. Araştırma, diyabetik koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kalp damar cerrahi ve kardiyoloji servisinde yatmakta olan 156 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri, “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen “Tanıtıcı Bilgiler Formu” kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Bonferroni Mann Whitney U Testi, Tukey HSD Analizi ve Pearson Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda, diyabetik koroner arter hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etki eden belirleyiciler arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, çalışma durumu, gelir-gider durumu, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişi, sigara kullanma durumu, diyabet süresi, hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirme durumu, kontrollere düzenli gitme durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda diyabetik koroner arter hastalarında yaşam tarzı değişimi eğitim ve danışmanlık programlarının hazırlanması, eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi, hastalarda yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler konusundaki bilgilerin uygulamalara yansıtılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, Koroner Arter Hastalığı, Yaşam Kalitesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hemşire

ABSTRACT

Bayrak Özarslan, B. Identifying Healthy Lifestyle Behaviours and Quality of Life in Diabetic Patients with Coronary Artery Disease, Hacettepe University Institute of Health Sciences, Internal Medicine Nursing Programme, Master's Thesis, Ankara, 2013.

The research has been carried out to identify the life quality and healthy lifestyle behaviours in diabetic patients with coronary artery disease. 156 patients hospitalized in the cardiovascular and cardiological surgical ward of the Türkiye Yüksek İhtisas Training and Research Hospital in Turkey have constituted the sample of this research. The research data have been gathered by using “Healthy Lifestyle Behaviours Scale”, “Short Form 36 (SF-36)” and “Introductory Information Form” which have been developed by the researcher through literature survey. In addition to the descriptive statistics, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Bonferroni Mann Whitney U Test, Tukey HSD Analysis and Pearson Correlation Coefficient have been used in the evaluation of research data. At the end of the research, average scores concerning Healthy Lifestyle Behaviours and Life Quality in diabetic patients with coronary artery turned out to be low. A positive correlation has generally been marked between the determinants that affect healthy lifestyle behaviours and life quality. A meaningful relationship has been identified between healthy lifestyle behaviours and life quality in patients and their age, gender, education level, marital status, profession, job status, income level, place of living, people living with, being a smoker or non-smoker, history of diabetes, history of hyperglisemic and hypoglisemic attacks and receiving regular check-ups ($p<0.05$). According to the results obtained from the research, it is suggested that training and consulting programs be prepared for the improvement of lifestyles in diabetic patients with coronary artery and the effectiveness of this training be evaluated, information about the factors affecting life quality in patients and their healthy lifestyle behaviours be reflected to practical processes.

Key Words: Diabetes, Coronary Artery Disease, Life Quality, Healthy Lifestyle Behaviours, Nurse

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırma Soruları.....	6
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Diyabetes Mellitus.....	7
2.1.1. Koroner Arter Hastalığı ve Diyabetin Tanımı.....	8
2.1.2. Diyabet ve KAH Prevelansı.....	9
2.1.3. Diyabetik Koroner Arter Hastalıklar.....	10
2.1.3.1. Diyabetik Hastalarda Angina Pektoris.....	11
2.1.3.2. Diyabetik Hastalarda Miyokard İnfarktüsü.....	13
2.1.3.3. Diyabetik Hastalarda Sessiz İskemi.....	16
2.1.4. Diyabetik Hastalarda Kardiyovasküler Risk Faktörleri.....	17
2.1.4.1. Dislipidemi.....	17
2.1.4.2. Hipertansiyon.....	18
2.1.4.3. İnsülin Direnci.....	19
2.1.4.4. Şişmanlık.....	20
2.1.4.5. Tütün Kullanımı.....	21
2.1.5. Yaşam Kalitesi.....	22
2.1.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	24

2.1.7. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Hemşirelik Bakımı.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	27
3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	28
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	28
3.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 (SF 36).....	29
3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	32
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	34
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	35
4. BULGULAR	
4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.2. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi İle İlgili Bulgular.....	46
4.3. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	79
5. TARTIŞMA	
5.1. Tanımlayıcı Özellikler İle İlgili Bulguların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	82
5.2. Tanımlayıcı Özellikler İle İlgili Bulguların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Tartışılması.....	93
5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	102
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar.....	103
6.1.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	103

6.1.2. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi ve Bunları Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar.....	103
6.2. Öneriler.....	106
KAYNAKLAR.....	107
ÖZGEÇMİŞ.....	118
EKLER	
EK 1: Tanıtıcı Bilgiler Formu.....	119
EK 2: Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 36 (SF 36).....	124
EK 3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	127
EK 4: Ek Tablo 1, Ek Tablo 2, Ek Tablo 3.....	129
EK 5: İzin Yazıları.....	133

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADA	American Diyabet Birliği
APG	Açlık Plazma Glukoz Düzeyi
BAG	Bozulmuş Açlık Glukozu
BGT	Bozulmuş Glukoz Toleransı
BKI	Beden Kitle İndeksi
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HbA1c	Hemoglobin A1c (Glikolize Hemoglobin)
HT	Hipertansiyon
KAH	Koroner Arter Hastalığı
KGTB	Kombine Glukoz Tolerans Bozukluğu
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
LDL	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MI	Miyokard İnfarktüsü
NCEP-ATPIII	Ulusal Kolesterol Eğitim Programı-Erişkin Tedavi Paneli III
NCSS	Number Cruncher Statistical System (Sayı İstatistik Sistemi)
OGTT	Oral Glukoz Tolerans Testi
SF 36	Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
UKPDS	İngiltere Prospektif Diyabet Çalışması
VLDL	Çok Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

TABLOLAR

	Sayfa
	No
Tablo 2.1.1.1. Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Regülasyonunda Yeni Tanı Kriterleri.....	9
Tablo 2.1.4.1.1. Diyabetli Erişkinlerde Lipoprotein Düzeylerine Göre Riskin Sınıflandırılması.....	18
Tablo 3.4.2.1. SF 36' nın Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Anlamı.....	30
Tablo 3.4.2.1.2. SF-36 Değerlendirme Yönergesi.....	31
Tablo3.4.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları.....	33
Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4.1.2. Hastaların Yaşam Şekli İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	39
Tablo 4.1.3. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	41
Tablo 4.1.4. Hastaların Hastalık İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	43
Tablo 4.1.5. Hastaların Tedavi ve Egzersiz İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo4.2.1. Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.2.2. Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	47
Tablo 4.2.3. Yaşa Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	49
Tablo 4.2.4. Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 4.2.5. Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	53
Tablo 4.2.6. Çalışma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
Tablo 4.2.7. İş-Mesleki Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57

Tablo 4.2.8. Yaşanılan Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	59
Tablo 4.2.9. Birlikte Yaşanılan Kişi Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61
Tablo 4.2.10.Sosyal Güvence Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	63
Tablo 4.2.11. Gelir Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	64
Tablo 4.2.12. Sigara Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
Tablo 4.2.13.Diyabet Hastalığı Süresine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	68
Tablo 4.2.14. Hiperglisemik ve Hipoglisemik Atak Geçirme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	70
Tablo 4.2.15. Koroner Arter Hastalığı Süresine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	72
Tablo 4.2.16. KAH Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	73
Tablo 4.2.17. Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	75
Tablo 4.2.18. Diyet Programına Uyuma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	77
Tablo 4.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	80

Ek Tablo 1. Hipertansiyon Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	129
Ek Tablo 2. Hipertansiyon Atakları Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	130
Ek Tablo 3. KAH ve Diyabete Yönelik Egzersiz Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	131

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde son 50 yıl içinde demografik anlamda ortaya çıkan en önemli değişim yaşlı nüfusun artması olmuştur (10). Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler, tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, temel sağlık hizmetleri ve koruyucu sağlık hizmetlerine verilen önemin artması yaşlı nüfusun artışına bağlı kronik hastalığı olan birey sayısını artırmıştır (26) .

Kronik hastalık, uzun yıllar sürebilen, kişinin tıbbi destek almasını gerektiren ve günlük yaşamını kısıtlayan bir durumdur (47). Aynı zamanda kronik hastalık, ABD’ deki kronik hastalıklar komisyonu (CCI; Commission on Chronic Illness)’ na göre “tam iyileşmesi mümkün olmayan, sürekli, yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlığa yol açan, oluşmasında sosyoekonomik, kişisel ve genetik etkenlerin rol aldığı, çoğunlukla non-enfeksiyöz karakterde hastalıklar” olarak tanımlanmıştır (10).

Dünyada 2005 yılında meydana gelen 58 milyon ölümün 35 milyonu (%60) kronik hastalıklar nedeniyle olmuş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi’ nde 2005 yılındaki hastalık yükünün %77’ sini kronik hastalıklar oluşturmuştur (6). Ulusal raporlarda da ülkemizde ölüme neden olan ilk 10 hastalıktan yedisinin kronik hastalıklar nedeni ile olduğu belirtilmektedir (72,51). Sağlık Bakanlığının 2004 yılında yayımladığı Ulusal Hastalık Yükü Raporuna göre tüm ölümlerin %71’ inin kronik hastalıklar nedeniyle olduğu görülmektedir (98).

Başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları üretken dönemi kapsayan 20-64 yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturan kronik hastalıklardır (9,12,113).

DSÖ’ nün 2008 yılında yayımladığı Küresel Hastalık Yükü Raporuna göre, kardiyovasküler hastalıklar, kadınlarda %31.5, erkeklerde %26.8 görülme oranları ile dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. 2020 ve 2030 yılları tahminlerinde ise iskemik kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklar açısından bu oranların daha da yükseleceği öngörülmektedir (30). Bu verilere

bakıldığında kronik hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünde en büyük pay, kardiyovasküler hastalıklara aittir.

Koroner Kalp Hastalığı (KKH) ya da Koroner Arter Hastalığı (KAH) kardiyovasküler hastalıklar arasında teşhis ve tedavi yöntemlerindeki hızlı değişim ve gelişime rağmen, dünya genelinde önde gelen mortalite ve morbidite nedenleri arasında yer almaktadır (107).

Kardiyovasküler alanda kalp hastalığı sıklığına ait veri elde etmek amacı ile Türk Kardiyoloji Derneği İnceleme Grubu 1990 yılında Sağlık Bakanlığının lojistik desteği ile Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması yürütmüştür. Bu çalışmanın 18 yıllık izlem verilerine göre KKH nedeni ile ölüm oranı %40' lık bir pay ile ilk sırada yer almaktadır, onu %22 oranla kanser ve %10' luk oranla serebrovasküler hastalık izlemektedir. Koroner Kalp Hastalığı' ndan yıllık mortalite 45-74 yaş grubunda erkeklerde binde 7.6, kadınlarda binde 3.8 olarak bulunmuştur. Bu oranlarla Türkiye diğer Avrupa ülkeleri arasında KKH' na bağlı ölümlerde ilk sıralarda yer almaktadır. TEKHFARF çalışmasının 2008 yılındaki bu çarpıcı verilerinin yanı sıra, her yıl Koroner Kalp Hastası birey sayısının 200 bin kadar artmakta olduğu belirtilmektedir (79). Sağlık Bakanlığı, 2023 yılında koroner kalp hastalığı için risk faktörü olarak kabul edilen 40 yaş ve üstü nüfusun %39.7 oranında (tüm nüfusun artış oranının üç katı kadar) artacağını tahmin etmektedir (99).

Nüfusumuz gelişmekte olan ülkelerdeki gibi genç yapıda iken, ülke genelinde koroner hastalık mortalitesinin, yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek olması, hem günümüz, hem de gelecek için kaygı verici bir durumdur (7). Koroner kalp hastalığı ortaya çıktıktan sonra uygulanan tıbbi, cerrahi ve girişimsel tedavi yöntemleri oldukça yüksek bir maliyet gerektirmektedir. Böyle önemli bir sağlık sorununda, yüksek maliyetle yürütülebilen tedavi çalışmalarından çok, primer ve sekonder korunma çalışmalarına ağırlık verilmesi gerekir (64). Primer korunmada ilk amaç, kontrol edilebilir risk faktörlerinin gelişmesini önlemektir. Bu risk faktörleri; hipertansiyon, sigara içimi, diyabet, hiperkolesterolemi, düşük HDL kolesterol, yüksek LDL kolesterol, obezite, sedanter yaşam (fiziksel inaktivite), stres ve alkol kullanımıdır

(13,88,112). KAH' nın kontrol edilemeyen risk faktörleri ise yaş, cinsiyet ve kalıttır (88,107).

Sekonder korunmadaki amaç ise KAH tanısı konmuş bireylerde, koroner damarlardaki aterosklerotik sürecin ilerlemesini azaltmak ve trombolitik olayların önüne geçerek majör iskemik hastalık gelişimini ve kardiyak ölüm oranını düşürmektir (7).

Koroner Arter Hastalığına sebep olan en önemli risk faktörlerinden birisi diyabettir. Ulusal Kolesterol Eğitim Programı-Erişkin Tedavi Paneli III (NCEP-ATPIII) kriterlerine göre diyabet, kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olmayıp KAH ile eş değer kabul edilmektedir (77). Diyabet görülme sıklığının 2025 yılında dünya genelinde 300 milyon kişiyi etkileyeceği öngörülmektedir (68). Bu nedenle diyabetin artan oranda dünya geneline yayılması, ileride yaşanacak koroner olaylara bağlı ölüm oranlarını da önemli ölçüde artıracaktır.

Diyabetik bireylerde 2-4 kat daha fazla vasküler hastalık görülmekte olduğu ve kardiyovasküler sistem hastalıklarının bu bireylerde mortalite ve morbiditenin en sık nedeni olduğu belirtilmektedir (49,92,110). Aynı zamanda koroner ateroskleroz görülme oranı diyabetiklerde, diyabetik olmayanlara göre daha yüksek olup hızlı bir seyir gösteren daha yaygın damar tutulumu olduğu bilinmektedir (24). Aterosklerotik hastalıklar diyabetin komplikasyonlarına bağlı hastaneye yatış nedenlerinin %75'inden fazlasını oluşturmaktadır. Yeni tanı konmuş tip 2 diyabetlilerin %50'sinde sessiz ya da klinik KKH bulunmaktadır (93).

Diyabeti olan bireylerde dislipidemi, hipertansiyon, sigara içimi, obezite ve sedanter yaşam koroner arter hastalığı gelişimini hızlandıran risk faktörleridir (57,115). Diyabetlilerde KAH geliştikten sonraki süreçte hastalık tedavi edilse bile tekrarlama olasılığı diyabeti olmayanlara göre daha yüksektir. Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda (92,57) diyabetik bireylerde koroner arter hastalığı için risk faktörlerine yönelik analizler yapılmış ve bu bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelenmiştir. Bu çalışmalara göre diyabetik bireylerin kardiyovasküler hastalıklara yakalanma açısından risk altında oldukları ve diyabetik bireylerde kardiyovasküler risk faktörleri yönetiminin çok daha önemli olduğu görülmektedir.

Bu doğrultuda diyabet yönetiminin KAH gelişme riskini önleme açısından önemi büyüktür. Bu iki kronik hastalığın birlikte gelişmesinin en büyük riski, bireyin yaşamını idame ettirmede tek bir kronik hastalık için göstermesi gereken sağlığı geliştirme ve sağlığını yönetebilme davranışları için daha fazla güç ve gayret göstermesi gerektiğidir.

Yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının artması sonucunda yaşam kalitesi kavramı gündeme gelmiş ve kronik hastalığı olan bireyler için kaliteli yaşamın önemi vurgulanmaya başlamıştır. Yaşam kalitesi 1950'lerin başından beri incelenen bir konudur (81). Sağlık ile ilgili yaşam kalitesi, bireyin fiziksel, emosyonel ve sosyal sağlığına yönelik görüşleridir. Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkilerini gösteren bir kavramdır. Yaşam kalitesi genellikle hastanın o anki kişisel sağlık fonksiyonlarını nasıl algıladığını yansıtır (83). Sağlığı algılama kişinin sağlık davranışlarının bir göstergesidir. Sağlık davranışı ise bireyin sağlıklı kalmak ve hastalıklardan korunmak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünüdür. Pender (1982) sağlıklı yaşam biçiminin sağlığı geliştirmenin bir bileşeni olduğunu belirtmiştir. Sağlığı geliştiren davranışlar; bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmesini sağlayan davranışlarını içerir. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korunmak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (58,118).

Ülkemizin içinde bulunduğu sosyo-ekonomik gelişme ve şehirleşme, sağlıksız beslenme alışkanlıklarına ve yaşam biçiminde değişikliklere yol açmaktadır (78). Yaşam biçimindeki değişiklikler kronik hastalıkların gelişme riskini artırmaktadır. Kronik hastalıkların gelişmesinde rol oynayan risk faktörlerinin ortaya çıkması ile bu risk faktörlerinin iyileştirilmesi (tedavisi), tüm sağlık bakım sistemleri tarafından benimsenmelidir (107). KAH üzerinde yapılan çalışmalarda risk faktörü girişimlerinin yaşam süresini uzattığı ve yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir (107). Kurçer ve ark.'nın yaptığı "Koroner arter

hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi” adlı çalışmada, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sağlıklı vücut ağırlığının korunması, sigara ve alkolün bırakılması konularında eğitim ve danışmanlık müdahalesi yapılmış ve üç ay sonra hastalar tekrar değerlendirildiğinde diyete uyumları ve egzersiz sürelerinin arttığı, diyastolik kan basınç ortalamalarının düştüğü ve yaşam kalitesi puan ortalamalarının yükseldiği belirtilmiştir (61). Bu doğrultuda diyabetik koroner arter hastalarında da yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik yaşam şekli değiştirilmesi eğitim ve danışmanlık programlarının uygulanabileceği görülmektedir. Yaşam kalitesinin artırılması, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da bilinmesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artırılmasını gerektirir.

Diyabetik bireylerde koroner arter hastalığı gelişme sürecini en aza indirmek olumlu sağlık davranışları ile mümkün olabilir. Diyabetik bireylerde koroner arter hastalığı geliştikten sonra, bu iki kronik hastalık ile başa çıkmanın ve olumlu sağlık davranışları geliştirmenin yaşam kalitesini artırma açısından etkisi büyüktür.

Bireyde yaşam biçimini değiştirmek zaman alıcı ve zor bir süreçtir, bu nedenle hastalığı önlemede hastanın kendi gösterdiği çabanın yanı sıra sağlık sisteminin de etkisi büyüktür (62). Sağlık bakım sistemi içinde hemşireler, bireylerin sağlığını geliştirmede ve hastalıklardan korunmasında etkili sağlık profesyonelleridir ve bu bireylerde hemşirelerin vereceği bakımın etkisi kuşkusuz büyüktür. Bu doğrultuda bakım verici rolleri ile hemşirelerin bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olabilecekleri bilinmektedir. Çünkü bireylerin sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda hemşirelik bakımı ile bireyin kendi bakımını yapar hale gelmesi ve bireyde yaşam doyumunun maksimum seviyeye çıkarılması hedeflenerek yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır. Hastalığın ve tedavinin neden olduğu sorunlar üzerinde kontrol sağlamak, hastanın iletişimini geliştirmek ve hastalık öncesi aktivitelerin yeniden yapılabilmesini sağlamak için yaşam kalitesi ölçümleri ile hemşirelik bakımına yön verilebilir.

Dünyada ve ülkemizde diyabet ile birlikte koroner arter hastalığı görülme sıklığının artması ve diyabeti olanlarda koroner arter hastalığı gelişme süreci ve tekrarlama olasılığının diyabeti olmayanlara göre daha fazla olduğu bilinmektedir.

Ülkemizde doğrudan bu konuyu ele alan sınırlı sayıda araştırma bulunması nedeniyle ve hemşirelik bakımının planlanmasına katkı sağlaması amacıyla diyabetik koroner arter hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, Diyabetik Koroner Arter Hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesini belirlemektir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Diyabetik koroner arter hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları puanlar nasıldır?
2. Diyabetik koroner arter hastalarının tanımlayıcı özelliklerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etkisi nasıldır?
3. Diyabetik koroner arter hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

20. yüzyılın başında kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler, tüm dünyadaki ölümlerin % 10' undan daha azının sebebi olmasına rağmen, bu oran 21. yüzyılın başından itibaren gelişmiş ülkelerde %50'ye, gelişmekte olan ülkelerde ise %25' e kadar artmıştır (73).

KAH bulunanlarda koroner kan akımını düzenleme amacı ile geliştirilmiş ve sık olarak kullanılmaya devam eden intrakoroner stent ve baypas operasyonu gibi tedaviler bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik yapılan önemli uygulamalardır. Bu tedavi yöntemlerine rağmen hastalığın doğal seyri ve hastalığın tekrarlama olasılığı değişmemektedir. Bu nedenle KAH' nın ortaya çıkmasını engellemek ya da geciktirmek, hastalığın ilerleme seyrini azaltmak ve sağ kalım süresini uzatmak önemli hedeflerdir. Bu hedeflere ulaşmak için KAH' nın kontrol edilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesi gerekir (42,73). KAH için kontrol edilebilir ve kontrol edilemeyen risk faktörleri ise şunlardır;

Kontrol edilemeyen risk faktörleri: yaş, aile öyküsü ve cinsiyet.

Kontrol edilebilir risk faktörleri: hipertansiyon, sigara içimi, diyabet, hiperkolesterolemi, düşük HDL kolesterol, yüksek LDL kolesterol, obezite, sedanter yaşam (fiziksel inaktivite), stres ve alkol kullanımındır (88,42,56,107,112,113,).

Kontrol edilebilir risk faktörleri içinde yer alan diyabet, KAH gelişimini hızlandıran, erken dönemde ortaya çıkmasına neden olan ve prognozu kötüleştiren önemli bir kronik hastalıktır. Diyabetik hastalarda KAH en önde gelen mortalite ve morbidite sebebidir.

2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Diyabetes Mellitus

“Diabetes mellitus, glikoz tolerans bozukluğu, hipertansiyon, lipid metabolizma bozukluğu, şişmanlık ve kan akışkanlığında bozukluk, genetik ve çevrenin de etkisinde yol olarak aterosklerotik kalp hastalıklarında birbirleri ile buluşurlar” (115).

2.1.1. Koroner Arter Hastalığı ve Diyabetin Tanımı

Diyabetes mellitus, insülin salgılanması, insülin etkisi ya da her ikisinin de bozukluğu sonucu hiperglisemi ile seyreden metabolik bir hastalıktır(111). Hastalık tip1 diyabet, tip2 diyabet, spesifik nedenlere bağlı diyabet ve gestasyonel diyabet (GDM) olarak başlıca dört tipte görülmektedir (105).

Uzun vadede kronik hiperglisemi ile organ ve bu organların fonksiyonlarında hasar ve yetersizlikler meydana gelebilmektedir (25). Diyabeti olan hastalarda hem makrovasküler hastalık (koroner kalp hastalığı, konjestif kardiyak yetmezlik, stroke ve periferik vasküler hastalık) hem de mikrovasküler hastalık (retinopati, nefropati ve nöropati) diyabetin iyi bilinen komplikasyonlarıdır (111).

Makrovasküler komplikasyonların en önemlisi ve mortaliteyi artıran koroner arter hastalığının tanımı ise şöyledir; Kalbi besleyen koroner arterlerin kalbin ihtiyacı olan yeterli kanı taşıyamaması nedeniyle oluşan, iskemiye bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar koroner kalp hastalıkları olarak adlandırılır (104).

Koroner kalp hastalığı ifadesi ile aterosklerotik kalp hastalığı, aterosklerotik koroner kalp hastalığı, iskemik kalp hastalığı, koroner arter hastalığı terimleri eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (104).

Miyokardın oksijen ihtiyacı arttığında ihtiyaç koroner kan akımının artırılması ile karşılanır. Koroner arterler ateroskleroz nedeniyle daraldığında koroner kan akımı artırılmaz, daralan damarın beslediği miyokard bölgesinde iskemi veya nekroz meydana gelir. Miyokard iskemisinin meydana gelmesi için koroner kan akımının yetersiz olması veya miyokardın oksijen tüketiminin artmış olması gerekir. Koroner arter hastalığının en sık nedeni koroner arterlerin aterosklerotik plakla tıkanmasıdır (104,66).

Ateroskleroz arter duvarının intimasında ve mediasında lipid ve kanın şekilli elemanları ile fibröz dokunun fokal birikiminin oluşturduğu değişikliklerin tümünü açıklayan bir terimdir. Başka bir ifade ile damar duvarının yapısında kanın şekilli elemanlarıyla hemodinaminin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan bir lezyondur (21).

Koroner arterlerin ateroskleroz nedeniyle daralması sonucunda angina pectoris denilen göğüs ağrısı veya miyokard infarktüsü gelişir (27).

Koroner arter hastalığının diyabetik bireylerde gelişimini önlemek için sıkı kan şekeri kontrolü yapılmalı ve koroner arter hastalığının gelişmesine neden olan risk faktörlerinin ortadan kaldırılması gerekir. Bu da yaşam tarzı değişiklikleri ile yapılabilir. Aynı zamanda diyabetin komplikasyonlarından korunmak için erken tanı şarttır, diyabetin tanı kriterleri Tablo 2.1.1.1' de verilmiştir;

Tablo 2.1.1.1. Diyabet ve Bozulmuş Glukoz Regülasyonunda Yeni Tanı Kriterleri (101)

Kategori	Tanı Testi		
	APG	OGTT 2-st PG	Rastgele PG
	<100 mg/dl	<140mg/dl	-
Bozulmuş Glukoz Regülasyonu			
İzole BAG	100-125 mg/dl	<140 mg/dl	-
İzole BGT	<100 mg/dl	140-199 mg/dl	
KGTB	100-125 mg/dl	140-199 mg/dl	
Diyabet	≥126 mg/dl	≥200 mg/dl	Diyabet semptomları (+) ≥200 mg/dl
<p>APG: Venöz kan örneğinde glukoz oksidaz yöntemi ile ölçülen açlık plazma glukoz düzeyi, OGTT: Oral glukoz tolerans testi, BAG: Bozulmuş açlık glukozu, BGT: Bozulmuş glukoz toleransı. KGTB: Kombine glukoz tolerans bozukluğu.</p>			

2.1.2. Diyabet ve KAH Prevelansı

Her yıl 8 ile 14 milyon insan diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok kronik hastalıklar nedeniyle kaybedilmektedir. Yaşam tarzındaki değişimler ile birlikte diyabetin gelişen ve gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığı giderek artmaktadır. Özellikle tip 2 diyabetin prevelansı hızla yükselen bir seyir göstermektedir (105).

2009 sonu itibari ile tüm dünyadaki diyabet nüfusu 285 milyon iken bu sayının 2030 yılında 438 milyona ulaşması beklenmektedir. Diyabetin artışıdaki

en büyük etken nüfus artışı ve kentleşmenin de etkisi ile obezite ve fiziksel inaktivitenin artmasıdır (49).

Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde diyabet ilk beşinci sırada yer almaktadır (48,111). Sağlık Bakanlığının 2009 yılında yayınladığı sağlık istatistikleri yılına göre kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümler ise erkeklerde %31.3, kadınlarda %36.6 ve tüm toplumda %33.7 oranları ile başta gelen ölüm nedenleri arasında ilk sırayı almıştır (71).

Tahminlere göre 2010 yılı itibari ile Avrupa erişkin (20-79 yaş) nüfusunda diyabet prevalansı %8.5'tir ve 2030 yılında yaklaşık olarak bu oranın %18 artış ile %10 olacağı öngörülmektedir. 2010 yılı standardize diyabet prevalansı %6.9 iken 2030 yılında prevalansın %8.1'e ulaşması beklenmektedir. Başka bir ifade ile Avrupa erişkin nüfusunda şimdi 55 milyon civarında olan diyabetli nüfusun 20 yıl sonra 66 milyonu aşması beklenmektedir (105).

Diyabetes mellituslu toplumda koroner yetersizliğin görülme oranı oldukça yüksektir. Diyabetin toplumda görülme oranı %2.8 olmasına rağmen toplumda erişkinlerde %25 kadar bir oranda bulunan hipertansiyon, %20 yoğunluğunda bulunan hiperlipidemi veya %40 oranında bulunan sigara içimi gibi risk faktörlerine göre diyabet koroner arter hastalığı için daha güçlü bir risk faktörüdür. Diğer bir ifade ile diyabette koroner arter hastalığı nedeniyle mortalite diyabetin toplumdaki prevalansı ile bağlantılıdır. Oysaki hipertansiyon genel popülasyonda daha yaygın olmakla birlikte koroner arter hastalığı nedeniyle olan mortalite üzerine daha az etkiye sahiptir. Böylece diyabetin prevalansındaki herhangi bir küçük değişiklik koroner arter hastalığı sebebi ile olan mortalite üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (115).

2.1.3. Diyabetik Koroner Arter Hastalıklar

Tip 1 ve tip2 diyabetli hastalarda kardiyovasküler hastalık sıklığı artmıştır. 1949 yıllarında başlayan Framingham çalışmalarında DM'de periferik vasküler hastalık, konjestif kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, miyokard infarktüsü ve ani ölüm gibi birçok kardiyovasküler hastalıkta 1-5 kat risk artışı ortaya konmuştur (17).

Diyabetes mellitus ve kalp damar hastalıklarının sık birlikteliği yüzyıllardır gözlenen bir konu olmuştur. 900 yıllarında İbn'i Sina diyabetli insanlarda göz hastalığının ve ayaklarda gangrenin öldürücü olduğunu yazmıştır. Vergelly'nin 1883 yılında göğüs ağrısı çeken hastaların idrarlarında şeker aranmasını önermesi, o yıllarda dahi diyabetle kardiyovasküler hastalıklar arasında bir ilişki olduğunun bilindiğini göstermektedir (17,115).

Tıp biliminin gelişmesi ile birlikte diyabetli bireyler diyabeti olmayan bireyler kadar yaşamakta ve bunun etkisi ile aterosklerotik komplikasyonlardan daha fazla etkilenmektedirler (17,52,115).

Diyabetik hastaların yaşam süresini uzatan faktörler şunlardır;

- Ketoasidoz nedenli yüksek mortalite oranını düşüren insülinin bulunması,
- Diyabetli bireylerde sık görülen ve bir diğer mortalite nedeni olan enfeksiyonların tedavi edilebilmesi,
- Diyabetik nefropatinin tedavisindeki imkanların artışı, diyaliz ve hatta böbrek transplantasyonu yapılma olanakları,
- Diyabetin tanınması, diyabetiklerin eğitilmesi ve koruyucu hekimlik çalışmalarının artması.

Framingham çalışmalarının gösterdiği gibi diyabetiklerde, kardiyovasküler hastalıklardan ölüm hızı 1960 yıllarında tepe noktasına varmış ve bu oran, kardiyovasküler hastalıkların tedavisindeki artış ile 1988 yılında düşüş eğilimine girmiştir. Buna rağmen aynı yıl Amerika Birleşik Devletlerinde diyabetten ölüm oranı diğer ölümlerin beşinci sırasında bulunmuş, diyabetik ölüm sebeplerinin başında da kardiyovasküler hastalıkların geldiği gözlenmiştir (115).

2.1.3.1.Diyabetik Hastalarda Angina Pektoris

Koroner arter hastalığının en sık rastlanan semptomu, kalp kaslarına yeterli miktarda oksijen gitmemesi nedeniyle duyulan göğüs ağrısı olan angina pektoristir. Angina, genellikle göğsün sol kısmında ve göğüs kafesinin altında hissedilen sıkışıklık, baskı ya da tatsız bir ağrı olarak ve hastalar tarafından “ sanki göğsümün üzerinde birisi oturuyor ” gibi tariflediği bir durum olarak bilinir. Ağrı göğüsten sol kola ya da çene kemiğinin sol kısmına ve nadiren sırta yayılır (17,20,39,91,96).

Angina pectoris ile kalp, günlük aktiviteler için yeterli miktarda kan alabilmesine rağmen egzersiz, duygusal veya fiziksel stres, aşırı ortam ısılarına bağlı olarak artan oksijen gereksinmesine uygun biçimde yanıt veremeyebilir (4,76). Angina pectoris; stabil angina pectoris, unstabil angina pectoris, Prinzmetal angina pectoris olmak üzere üç gruba ayrılır (4,76,65).

Unstable angina pectoris, istirahatte veya eforda gelen, daha uzun süren, daha zor geçen, gittikçe artan krizlerle seyreden ve kısa sürede akut miyokard infarktüsüne, ağır aritmilere ve ani ölüme yol açabilen bir durumdur (115,39,91).

Stabil olmayan angina pectoris nedenlerinin başında gelişen aterosklerotik plakların koroner lümeni daraltması ve bazen de bu plakların rüptürü ile lümeninde tam tıkanmaya yol açması stabil olmayan angina pectoriste sık görülebilen bir durumdur.

Diyabetes mellitusta stabil olmayan angina pectorisin çok daha sık görüleceği bilinmektedir. Diyabetin bir diğer etkisi de, diyabetik olmayan kadınlarda erkeklere oranla daha az görülen stabil olmayan angina pectorisin, diyabetik kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda görülmesidir (115).

Diyabetik durum nedeni ile artmış diyabetik mikroanjiyopati ve makroanjiyopatinin uyardığı bir koroner yetersizlik durumu olan unstabil angina pectoris müdahale edilmediği durumlarda aniden miyokard infarktüsü ve ani ölüme neden olabilen bir klinik tabloya dönüşebilmektedir (21,91,115).

Stabil anginanın unstabil anginaya dönüşmesine neden olan faktörler şunlardır;

- Kontrolsüz hipertansiyon gelişimi,
- İlaç kullanımında uyumsuzluk, antianjinal ve antihipertansif ilaçların uygunsuz kesilmesi,
- Aritmi, özellikle de atriyal fibrilasyonun gelişmesi,
- İlerleyici kalp yetmezliği gelişmesi,
- Hastanın sessiz miyokard infarktüsü geçirmesi,
- Hipertiroidi, anemi ve ateşli hastalıklar,
- Diyabetes mellitus gelişmesi ve kötü takibi (115).

Angina pectoris tanısı ve değerlendirilmesi, klinik değerlendirme, laboratuvar testleri ve özgül kardiyak incelemeler olan EKG, eforlu EKG, Holter monitoring, Radyoizotop çalışmaları (miyokard sintigrafisi, pozitron emisyon tomografisi, koroner anjiyografi) ve diğer invaziv ve noninvaziv tanı metodları olan magnetik rezonans spektroskopy, doppler ekokardiyografi, sol ventrikül anjiyografi ile yapılır (115,18).

Angina pectoris için en önemli tanı yöntemi anamnezdir. Anamnezde hastanın tanımladığı ağrıya ait özelliklerin (yeri, yayılımı, karakteri, ortaya çıkaran veya kolaylaştıran ve geçiren faktörler, sublingual nitrogliserine cevabı, süresi, eşlik eden faktörler) bilinmesi gerekir (115,18).

Angina pectorisin tedavisinde amaç, semptomları en aza indirerek yaşam kalitesini arttırmak, MI geçirme riskini azaltarak ölüm olaylarının önüne geçmek ve yaşam süresini uzatmaktır (41). Angina pectorisin tedavisinde nitritler, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri kullanılır (55).

2.1.3.2. Diyabetik Hastalarda Akut Miyokard İnfarktüsü

Akut miyokard infarktüsü geçiren diyabetli hastaların mortalite oranı diyabetli olmayanların mortalite oranının yaklaşık iki katıdır (52,115). Genç diyabetiklerde, diyabetik olmayan bireylere göre daha genç yaşta miyokard infarktüsü geçirilmektedir ve bu durum prognozun ağırlığı ile yakından ilişkilidir. Genç yaştaki diyabetlilerde miyokard infarktüsü geçirilmesi ile birlikte diyabetik olmayan bireylere göre mortalite oranı 3.5 kat daha fazladır. Diyabetik kadınlarda %37, erkeklerde ise %28 oranında hastane mortalitesi miyokard infarktüsü sebebi ile görülmektedir (115).

Diyabetiklerde miyokard infarktüsüne bağlı olarak görülen mortalite artırıcı sebepler şunlardır;

- Diyabetik miyokardiyopati, kalp yetmezliği ve kardiyonöropatinin oluşturduğu aritmilerin meydana gelmesi,
- Diyabetik ketoasidoz ve komanın görülmesi,
- Hipertansiyonun diyabetiklerde daha sık ortaya çıkması,
- Diyabetik enfeksiyonlar ve embolilere eğilimin artması,
- Periferik arter tıkanmaları ve pulmoner emboli sıklığının artması,

- Diyabetin oluşturduğu ateroskleroza eğilimin artması ile birlikte hemoglobinin glikolizlenmesi, serbest oksijen radikallerinin diyabetiklerdeki yüksek yoğunluğu ve lipid anomalilerinin sık görülmesi gibi faktörlerdir (115).

Miyokard infarktüsü sonrası oluşabilen komplikasyonlar (tekrarlayan infarktüs, kardiyojenik şok, atriyoventriküler ve intraventriküler ileti anormallikleri, konjestif kalp yetmezliği ve miyokard rüptürü) diyabetiklerde diyabetik olmayanlara göre daha fazla görülmektedir. Bu da diyabetik hastalardaki kötü prognozun nedenini açıklamaktadır (115).

Miyokard iskemisi durumlarında, glisemik kontrol özellikle önemlidir. Çünkü iskemi sırasında kalp, esas yakıt kaynağı olarak serbest yağ asitlerini kullanır ve aerobik metabolizmadan anaerobik metabolizmaya doğru eğilim gösterir ve bu durumda hücrelere glukozun taşınması en can alıcı noktadır (115).

Çoğu zaman infarktüs sırasında ortamda bulunan katekolaminlerin (adrenalin, noradrenalin) fazlalığı insülin salgısını azaltıcı etkiye sahiptir ve bu da lipolizin artması ile birlikte daha fazla serbest yağ asitinin miyokarda girmesine neden olur. Bu durum diyabetik hastada miyokard metabolizmasını kötüleştiren bir olaydır (115).

Diyabetik hastalarda akut miyokard infarktüsü esnasında erken dönemde mortalite artırıcı nedenler; Q dalgalı miyokard infarktüsü geçirilmesi, defalarca infarktüs geçirilmesi, kadın cinsiyeti ve insüline bağımlı diyabet durumunun varlığıdır (115).

Miyokard infarktüsü (MI), uzun sürmüş iskemi sonucu meydana gelen geri dönüşümü olmayan kalp kası nekrozu olarak tanımlanmaktadır (5,29,51) .

MI vakalarının çoğunun sebebi, koroner arterleri kritik seviyede daraltan ve komplike olma olasılığı yüksek olabilen aterosklerotik plaklardır (84).

MI' de koroner tıkanma nedenlerinin % 90'ı akut bir tromboz, %5' i spazm ve %5'i geçici trombosit agregasyonu, aterosklerotik plağı içine kanama ve aterosklerotik plağın büyümesi olabilmektedir (13).

Tek başına ateroskleroz nadiren öldürücü bir sebeptir. Yırtılmış veya aşınmış aterosklerotik plak üzerine oturmuş trombus, bireyde akut koroner sendrom ve inme görülme sıklığını artırmaktadır. Bu nedenle trombus eğilimli plakların oluşmasını önlemek veya var olanları bulup tedavi etmek miyokard infarktüsü

gelişme riskini azaltmak açısından oldukça önemlidir (35,66). Miyokard infarktüsünde erken tanı bu nedenle hayati önem taşımaktadır.

MI' ın %20-60'ında öncü belirtiler mevcuttur. Bu öncü belirtiler göğüste rahatsızlık ya da ağrı hissi olan anginadır. Ağrı çoğu zaman dayanılmaz şiddettedir ve 30 dakikadan fazla süre devam eder. Ağrı sıkışma ve baskı şeklinde hissedilmektedir (13). Hastaların ifadesi çoğunlukla, göğüslerine birinin oturduğu hissidir. Genellikle baskı tarzında, ezici-boğucu nitelikte bir ağrıdır. Nadiren bıçak saplanması veya oyucu tarzda ağrı olabilir (19). Ölüm korkusu, çarpıntı ve halsizlik de görülen diğer belirtilerdir (19).

Miyokard infarktüsü tanısı için Dünya Sağlık Örgütü (WHO, DSÖ) tanı kriterleri kullanılır. Bunlar;

- 20 dakikadan fazla süren iskemik tipte göğüs ağrısı,
- EKG çekimlerinde değişiklikler olması,
- Kreatin-Kinaz, Troponinler ve Laktat Dehidrogenaz gibi kalp için spesifik enzim ve markerlarda meydana gelen değişikliklerdir (75).

Kreatin Kinaz MI geçirenlerde artar ve 24 saat içinde en üst seviyeye ulaşır. Normal değeri 0-4 ünitedir. Laktik Dehidrogenaz, AMI başlamasından 24-48 saat sonra yükselmeye başlar ve 8-14 günde normal (150-300 ünite) düzeyine geri gelir. Troponin, kalbe özgü troponin AMI sonrası 3.5-10 saat içinde görülmeye başlar ve MI için önemli bir tanı kriteridir. MI sonrası troponin düzeyi 7-20 gün arası yüksek seyredebilmektedir (13).

Bu kriterlerden ikisi varsa büyük olasılıkla, üçü varsa kesin olarak miyokard iskemisi tanısı konur (75).

MI' den ölümlerin büyük kısmı (%65'i) günün ilk saatlerinde meydana gelmektedir. İlk müdahale ve defibrilasyon uygulaması bu nedenle çok önemlidir (13).

Genellikle koroner arterlerin büyük bir kısmının tıkanmasına bağlı olarak ortaya çıkan *MI' de tedavideki amaç*, tıkanmış koroner arterin açılması yani reperfüzyonunu sağlamaktır. Trombolitik tedavi ve primer PTCA uygulaması ile istenilen hedefe ulaşılır. Bu tedavilerin yanı sıra medikal tedavi ajanları ve destek önlemlerden de faydalanılır (40).

2.1.3.3. Diyabetik Hastalarda Sessiz İskemi

Diyabetik bireylerde büyük oranda koroner yetersizlik görülmesi bu bireylerde koroner hastalık sebebi ile meydana gelen ölümlerin çok daha fazla yaşanmasına neden olan bir durumdur. Bu durum diyabetik bireylerin koroner yetmezliğe sahip olduklarından habersiz yaşamaları, tedavi olmamaları ve sonucunda koroner olaylara bağlı ölümlerin daha sık yaşanması olarak açıklanmaktadır. Diyabetiklerde koroner yetersizlik sebebi ile ölümlerin nedeni olarak otonom ve periferik anjiopatinin de uyardığı sessiz iskemi olarak belirtilmektedir (115).

Holter monitoring ile yapılan bazı çalışmalarda diyabetik hastaların algıladıkları göğüs ağrısı olaylarının üç katı kadarını hissetmedikleri belirlenmiş ve diyabetiklerdeki sessiz iskemi durumunun diyabetik olmayanlara göre 2 kat fazla olduğu tespit edilmiştir (115). Sessiz iskemide miyokarda gelen kan yetersiz kalmakta ve iskeminin laboratuvar ve klinik bulguları ortaya çıkmamaktadır (115,52).

Diyabetik hastalarda infarktüs ve iskemik olayların çoğunun ağrısız meydana geldiği belirtilmektedir (52). Bu durum diyabetik hastalarda egzersiz testlerinde miyokard iskemisinin başlangıcından ağrının hissedilmesine kadar geçen sürenin ifadesi olan ağrı algılama eşiğinin uzaması olarak açıklanmaktadır. Ağrının algılanmasındaki bu gecikme otonomik sinir fonksiyon bozukluklarından dolayı olabilmektedir (52).

Sessiz iskemide tanı, ani ölümleri önlemek adına çok önemlidir. Sessiz iskemi tanısında kullanılan testler şunlardır;

- Miyokard fonksiyon bozukluğu (Egzersiz ekokardiyografisi, egzersiz radyonüklid ventrikülografisi, radyoizotop miyokard artık indeksi).
- Metabolik değişiklikler (pozitron emüsyon tomografik ventrikülografisi, MR spektroskopisi).
- Elektrokardiyografik değişiklikler (Holter monitoring, egzersiz EKG' si).
- Geçici perfüzyon bozukluğu (Thallium 201 sintigrafisi, rubidin 82).

Sessiz iskemi tedavisinde, özellikle sessiz iskeminin farkına varılamayan nedenlerin (diyabetik nedenli veya farklı nedenlerle oluşan nöropatiler, psikişik bozukluklar veya metabolik tablolar) ortaya konması ve ortadan kaldırılması

gerekir. Tedavide diyabetin metabolik takibi ve kan şekeri regülasyonu esas alınmalıdır. Diyabetlide sessiz iskeminin tedavisinde, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve nitratlar kullanılır. Amaç, semptomatik ve asemptomatik tüm iskemik yükü ortadan kaldırmaktır (52,115).

2.1.4. Diyabetik Hastalarda Kardiyovasküler Risk Faktörleri

Diyabet hastalarında, özellikle tip 2 diyabeti olanlarda, klinik olarak belirgin koroner arter hastalığının gelişimini belirleyen kardiyovasküler risk faktörlerini inceleyen UKPDS (İngiltere Prospektif Diyabet Çalışması) çalışmasında; yüksek LDL kolesterol ve trigliserid, düşük HDL kolesterol, hipertansiyon, sigara içimi ve artmış HbA1c düzeyi gibi kardiyovasküler risk faktörlerinin diyabeti olan bireylerde, koroner arter hastalığı gelişme riskini artırdığı belirtilmektedir (106).

2.1.4.1. Dislipidemi

Diyabetik bireylerde erken morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar olarak belirtilmekte ve aterosklerozun en büyük nedeni ise dislipidemidir (70,93).

DM'da birçok kardiyovasküler risk faktörü arasında lipid ve lipoprotein metabolizmasındaki anormallikler önde gelmektedir (93).

Kan şekeri yüksekliğine sıklıkla yüksek kolesterol ve trigliserid seviyeleri de eşlik etmektedir (115).

Diyabetin lipid metabolizmasını bozmakta ve kan lipidlerini yükselttiği oranda aterosklerotik lezyonlar erken başlamakta ve hızlanmaktadır. Diyabetik, bozuk OGTT' li (oral glukoz tolerans testi) veya diyabetik olmayan bireylerde hiperglisemi varsa damarlarda yağ depolanması gözlenir. Bu depolanmanın derecesi ile LDL (düşük yoğunluklu lipoprotein) kolesterol arasında yakın bir ilişki vardır. Diyabetik hastalarda VLDL (çok düşük yoğunluklu lipoprotein) kolesterol, trigliserit ve LDL kolesterol yükseklikleri görülür. HDL kolesterol düşebilir, değişmeyebilir veya yükselebilir (93).

İyi takip edilmeyen diyabetiklerde, hiperlipideminin ve hiperinsülineminin yanında sıklıkla görülen total kolesterol, LDL ve VLDL kolesterol seviyesi artışı, düşük HDL kolesterol seviyesi ve hipertrigliseridemi tablosu diyabetik olmayan

bireylerde olduğu gibi kardiyovasküler risk faktörleridir. Bu risk faktörleri diyabetiklerde aterosklerotik kalp hastalığının oluşumunu hızlandıran etkenlerdir (115,111).

Diyabetik bireylerde iyi bir glisemik izlem ile birlikte LDL kolesterol oranını düşürmek, HDL kolesterol oranını yükseltmek, endotel dokuların ve hemoglobinin glikolizlenmesini ve hipertrigliseridemiye önleyerek çeşitli büyüme faktörlerinin uyarılmasını azaltmak diyabetik kardiyovasküler olayların azalmasını sağlayacaktır (115,111).

Amerikan Diyabet Birliği (ADA), diyabeti olan erişkin hastalar için optimal LDL kolesterol düzeylerini < 100 mg/dl, optimal HDL kolesterol > 45mg/ dl ve istenen trigliserid düzeyleri de < 150 mg/dl olarak tanımlamıştır. Diyabeti olmayan kadınların erkeklere göre daha yüksek HDL kolesterol düzeyleri olup diyabeti olan kadınlarda daha yüksek HDL düzeyleri olması istenmektedir (110). Diyabetik erişkinlerde lipoprotein düzeylerine göre riskin sınıflandırılması tablo 2.1.4.1.1.' de gösterilmiştir;

Tablo2.1.4.1.1. Diyabetli Erişkinlerde Lipoprotein Düzeylerine Göre Riskin Sınıflandırılması (111)

Risk	LDL	HDL	Trigliserid
Yüksek	≥130	< 35	≥ 400
Sınırdaki	100-129	35-45	200-399
Düşük	<100	>45	<200

(Değerler mg/dl olarak verilmiştir. Kadınlar için HDL kolesterol değerleri 10mg/dl artırılmalıdır.)

Glisemik kontrol ve yaşam tarzı değişiklikleri ile diyabetik dislipideminin önüne geçilebilir. Özellikle VLDL konsantrasyonlarını azaltacak şekilde tip1 ve tip2 hastalarında glisemik kontrolün düzeltilmesi ile lipid profilinin düzeleceği öngörülmektedir. Ancak, en uygun tedaviyi alan diyabet hastalarında da lipid anormallikleri görülmeye devam edecektir (111).

2.1.4.2. Hipertansiyon

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar için kontrol edilebilir bir risk faktörüdür. Hipertansiyon gibi bilinen bu risk faktörünün diyabeti olan kişilerde kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı ve bu nedenle diyabetin kardiyovasküler

hastalık olarak sınıflandırılmasını desteklediği ve diyabetin kardiyovasküler hastalık ile eş değer kabul edildiği bilinmektedir (111,52).

Kan basıncındaki ve kan şekerindeki yükseklikler hem küçük damarların hem de büyük damarların aterosklerotik kardiyovasküler hastalığına neden olmaktadır. Hipertansiyon ve glikoz intoleransı metabolik açıdan kardiyovasküler hastalık gelişme sürecinde birbirleri ile bağlantılıdır (115).

Diyabeti olan hastalar hipertansiyon gelişimine ve hipertansiyonu olan hastalar da diyabet gelişimine eğilimlidir (111,115). Hipertansiyonu ve diyabeti olan hastaların damarlarında ateroskleroz gelişme riski oldukça yüksektir. Bu hastalarda kan basıncı yüksekliği ve dislipideminin kontrolü çok önemlidir (115). Diyabeti veya glikoz intoleransı olan hastaların kan basıncı 130/85mmHg' nın altında tutulmalıdır (52,93, 111,115,).

Hipertansiyon, arterlerin dallara ayrıldığı bölgelerde intima profilerasyonuna neden olur. Bu bölgelerde aterom plakları, ülserasyon, tromboz daha sık oluşur. Hipertansiyon, miyokardın oksijen gereksinimini artıran bir etkidir. Bu nedenle angina pectoris krizleri hipertansiyonu olan bireylerde sık görülebilen bir durumdur. Hipertansiyonu olan bireylerde miyokard infarktüsü ve ani ölüm oranı yüksektir (115).

Diyabet, hipertansiyonu olan bireylerde daha yaygın olup, artmış kan basıncı ile birlikte prevalansı da artmaktadır. Framingham çalışmalarında hipertansif 35-64 yaş arasındaki kişilerden erkeklerin %4.3 ve kadınların %2.1'inde diyabet olduğu saptanmıştır. 65 yaş üstü bireylerde bu oran kadınlarda %10, erkeklerde %14 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon ve diyabet metabolik olarak ilişkili diğer risk faktörleri ile farklı bir eğilim göstermektedir (115).

Diyabet ve hipertansiyon ile birlikte kilo alımı, obezite ve abdominal obezite kardiyovasküler hastalık görülme riskini artırmaktadır (111).

2.1.4.3. İnsülin Direnci

Diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak insülin plazma seviyelerinin yüksek oluşu, aterosklerotik kalp hastalığı gelişimini hızlandıran bir faktördür. Tip2 diyabetli hastalarda tip 1 diyabetlilere göre daha fazla oranda aterosklerotik damar hastalığının görülmesinin nedenleri hiperinsülinemi ve insülin direncidir (52,115).

Tip 2 diyabetli hastalarda insülin eksikliği ve insülin direnci bir arada bulunmaktadır. Bu bireylerde yemek sırasında veya sonrası insülin miktarı ve salgılanması önemli oranda azalmıştır (52,93,111,115).

İnsülin direncinin gelişmesi hücre içi serbest kalsiyum konsantrasyonunu artırmaktadır. Hücre içi serbest kalsiyum konsantrasyonunun artması kalsiyumun hücre içinde anormal yönlendirilmesi ile ilgilidir ve bu durum miyokardiyal sersemlemeyi başlatıcı bir nedendir (115).

Tip 2 diyabetlilerde hiperinsülinemi, insülin direncinin dengeleyici bir işareti olarak kabul edilmektedir (52,111,115).

İnsülin direnci ile ilişkili kardiyovasküler risk faktörleri şunlardır; hipertansiyon, abdominal obezite, dislipidemi (artmış çok düşük dansiteli lipoprotein-trigliserdi, azalmış yüksek dansiteli lipoprotein, küçük yoğun aterojenik düşük dansiteli lipoprotein partikülleri), yüksek PAI-I (plazminojen aktivatör inhibitörleri) aktivitesi (52).

2.1.4.4. Şişmanlık

Son yıllarda tüm dünyada obezitenin görülme sıklığı giderek artan bir oranda karşımıza çıkmaktadır. Yaş, cinsiyet, gibi demografik faktörlerle, eğitim düzeyi, medeni durum gibi sosyokültürel faktörlerin yanında biyolojik faktörlerin ve beslenme alışkanlıklarının, sigara ve alkol kullanımı ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin de obeziteden sorumlu olduğu bilinmektedir (2,100).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) verilerine göre dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve yaklaşık 1.6 milyardan fazla kilolu birey bulunmakta ve bu oran 2015 yılında 700 milyon ve 2.3 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (2,100). Obezite ve fazla kilolu olmak diyabet ve kardiyovasküler hastalık gelişme sürecini hızlandıran bağımsız bir risk faktörüdür (115).

Şişmanlarda görülen android tip (erkek tipi) yağlanmanın hiperinsülinemiye uyaracağı bilinmektedir (93,115).

Normal ve obez insanlarda yapılan çeşitli çalışmalarda, obezlerde insülin kullanma oranında azalma ve insüline karşı oluşan direnç artışı gözlenmiştir. Özellikle istirahat sırasında fazla anlamı olmayan bu durum kas işlevinin arttığı,

glikoz ve serbest yağ asitlerinin yıkılmasının arttığı efor esnasında daha fazla görülmektedir. Bunun nedeni şişmanlarda artmış yağ dokusu nedeni ile artmış serbest yağ asidi varlığı ve yağ asitlerinin yıkılmasındaki eksikliğin insülin direncine yol açmasıdır (80,115).

Obezite hem erkeklerde hem de kadınlarda koroner arter hastalığının bağımsız risk faktörüdür. Bel / kalça oranı en iyi belirteçtir. BKİ (beden kitle indeksi) 25 olan kadınlarda bile artmış bel / kalça oranının önemli bir etkiye sahip olması kayda değer bir gerçektir. Karın çevresi kalça çevresinden daha geniş olan bireylerde insülin direnci, diyabetes mellitus ve koroner kalp hastalığı gelişme eğilimi daha güçlüdür. Viseral obezite hipertansiyon ve aterosjenik lipid profili ile birlikte. Bunların her ikisi de kardiyovasküler hastalık gelişimine katkıda bulunmaktadır. Aynı zamanda obezitede daha büyük bir yağ dokusunun perfüzyonu gerekmekte ve bu da kalbin iş yükünü artırmaktadır (80).

2.1.4.5. Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı diyabetes mellitus gibi aterosklerotik bir risk faktörüdür. İki risk faktörünü oluşturan (sigara içen diyabetli) durumda, aterosklerotik damar olaylarının daha kolay gelişebileceği bilinmektedir (115).

Nedensel ilişkinin kesin olarak kanıtlanmamış olması ile birlikte, sigara içimi ile birçok başka koroner kalp hastalığı risk faktörü değişikliğe uğramaktadır. Sigara kullanımı ile kolesterol, trigliseridler ve LDL kolesterol yükselir, HDL kolesterol düşer; açlık kan glukozu yükselir; eritrosit ve lökosit sayıları ile fibrinojen düzeyi yükselir, pıhtılaşmaya eğilimi artar, hormon uyarısı yaparak (insülin karşıtı hormonlar) insülin direncine yol açar (115).

Sigara içme diyabetli bireyde ateroskleroz oluşmasını artırıcı önemli risk faktörlerinden biridir. Sigara, kanda karbonmonoksit artışına ve hipoksiye neden olarak damar endotelini bozan bir etkidir. Yirmi sigaradan az içenlerde sigaranın risk faktörü 1.5' dir. Yirmi ile kırk sigara arası 2.5; 40' dan fazla içenlerde ise 4' tür. Sigaranın çeşitli zararlarından birisi de damar endotelinde fibrinojen artırmasıdır. Fibrinojen artması, aterom plağı üstünde trombus oluşmasını kolaylaştırır. Bu da aterosklerotik olayları hızlandırır ve artırır. Sigaranın bırakılması hiç içmeyenler kadar olmasa da riskin azalmasını sağlayacaktır (115).

2.1.5. Yaşam Kalitesi

Sağlık genellikle hastalığın ve sakatlığın olmayışı olarak tanımlanır. Ancak bu tanım tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerin ışığında oldukça yön değiştirmiş durumdadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır; “Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil bedence ve ruha aynı zamanda sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. Kişinin bedenlen hasta veya sakat olmaması sağlıklı olmak için yeterli değildir. Aynı zamanda kişinin ruhen sağlıklı olması, sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması gerekir. Tanımın en önemli yönü sağlığın sosyal iyilik hali ile koşullandırılmasıdır. Sağlık için gerekli ortamın bulunmaması veya bireyin içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamaması beden ve ruh sağlığının olumsuz yönde etkilenmesi demektir (54).

Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel ve zihinsel zindelik durumu olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi, yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, ruhsal ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. İçinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu ve amaçları bulunur (45).

Yaşam kalitesi kavramı 1960’lı yıllarda ABD’ de (Amerika Birleşik Devletleri) politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllar ile birlikte kullanımı yaygınlaşan bir kavramdır. O dönemde bu kavramın ilk defa ekonomistler tarafından kullanıldığı görülmektedir. Aynı yıllarda yaşam kalitesi kavramı sosyal bilimlere doğru da kaymaya başlamıştır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi kavramı yaşam biçimi kavramı ile benzerlik göstermektedir. 1970’li yıllarda ise psikoloji alanında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesine, bireyin yaşam hakkında sahip olduğu doğrudan veya dolaylı algısı üzerine temellenmektedir (60,86).

Yaşam kalitesi kavramı 1973 yılından bu yana sağlık ile ilgili alanlarda yapılan araştırmalarda da oldukça sık kullanılan bir olgu olmuştur (117).

Günümüzde kronik hastalıkların artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte bu olgunun önemi vurgulanmaktadır. Çünkü kronik hastalıklara bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar bireylerin bağımsızlıklarını azaltmakta, uzun süreli bakım gereksinimleri sağlığın algılanmasını ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır (60).

Tıp alanında çalışanlar ve araştırmacılar son zamanlarda ilgilerini sağlığın çıktıkları ve sonuçları üzerine odaklamışlardır. Bugüne kadar toplumun sağlığını değerlendirmek için kullanılan geleneksel morbidite ve mortalite yaklaşımı ve beklenen yaşam stresinin artık sağlıklılığın değerlendirilmesinde yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Sağlık hizmeti ile ilgili girişimlerin değerlendirilmesinde, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinin zorunlu olduğu görüşü gündeme gelmiştir (116).

Sağlık alanında 1973'lü yıllarda kullanımı artan yaşam kalitesi kavramı hemşirelikte 1980'li yıllardan sonra kullanılmaya başlamıştır ve sağlığın, hastalıkların ve tedavilerin yaşam kalitesine olan etkisine odaklanılmıştır.

Fitzpatric ve arkadaşları yaptıkları araştırmalarda birçok yaşam kalitesi ölçeğini incelemiş ve yaşam kalitesi alt boyutlarını şöyle sıralamışlardır; fiziksel fonksiyon (hareket kabiliyeti, öz bakım), emosyonel fonksiyon (depresyon, anksiyete), sosyal fonksiyon (cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki), rol performansı (hayatında ve günlük ev işlerinde), ağrı ve diğer semptomlar (yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar) (86,117).

Padilla ve arkadaşları ise yaşam kalitesinin boyutlarını hemşirelik ile ilişkilendirerek şöyle özetlemişlerdir;

- Yaşamdan doyum alan, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, gelişme öğrenme durumu, ilişkiler, hedefe ulaşma, yaşamın anlamı, yaşamın normallığı ve mutluluk gibi durumları içeren emosyonel esenlik,
- Fonksiyonel yeterlilik, günlük yaşam aktiviteleri, yeme-içme, iştah, seks, uyku, zindelik, yorgunluk, sağlık-hastalık görünüşü, tanı ve tedavinin sonucunu da içeren fiziksel esenlik,
- Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal ve bireysel esenlik,
- Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma duygusu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ev değiştirebilme gibi finansal ve maddi esenlik (82).

Yaşam kalitesi ölçekleri; hastalar tarafından bildirilen sağlık üzerine odaklanmanın sonucu olarak geliştirilmiştir.

Hasta tarafından bildirilen sağlık ölçekleri jenerik ve spesifik ölçekler olarak iki kategoride sınıflandırılmaktadır.

Jenerik ölçekler yaş, hastalık veya tedaviye spesifik değildir, hem hasta hem de genel popülasyon ile ilgili SYK'nın (Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi) çok yönlü kavramlarını kapsar. Bu nedenle her iki popülasyonda da uygulanabilir.

Jenerik ölçekler sağlık profilleri ve yararlılık ölçekleri olarak iki kategoride sınıflandırılmaktadır. SF-36 en sık kullanılan jenerik sağlık profilidir. Fiziksel ile mental sağlığı içeren sekiz alandan oluşur (44).

Yararlılık ölçekleri SYK'nin genellikle birkaç alanını içermesine rağmen ağırlıklı olarak tek bir indeksten oluşur ve 0 ölümü 1 mükemmel sağlığı ifade eder. EuroQoL (EQ-5D) yararlılık ölçeğine bir örnektir (44).

Spesifik ölçekler ise özel bir hastalığa (diyabet gibi), hasta popülasyonuna (yaşlılar gibi), spesifik bir probleme (ağrı gibi) veya tanımlanmış bir fonksiyona (günlük yaşam aktiviteleri gibi) özgüdür (44).

2.1.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığı geliştirme; bireyin, ailenin, toplumun ve toplumu oluşturan toplum gruplarının var olan sağlık durumlarını geliştirmek ve iyilik düzeylerini artırmaya yönelik etkinlikleri olarak ifade edilmektedir (114).

Sağlığı geliştirmede bireyin başarılı olabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durması gerekir (114). Bu davranışları kendi hayat görüşü olarak benimseyen ve yaşamının her noktasında uygulamaya çalışan birey, sağlıklı kalmayı başarabilir, sağlıklılığı sürdürebilir ve mevcut sağlık durumunu daha iyi seviyelere getirebilir (87).

Sağlığın geliştirilmesi, kişinin kendi sağlığını geliştirmek ve sağlığı üzerinde kontrol sağlama gücünü kazanması olarak tanımlanır. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi ve kullanılması şarttır (36,43). Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır (87). Bu hastalıkların ortaya çıkmasında kişinin kendi sağlık algısı ve bunu davranışlarına yansıtmasının rolü büyüktür. Yapılan birçok çalışmada ölüme neden olan hastalıkların çoğunda sağlığa zararlı olan davranışların rol oynadığı görülmektedir (87).

Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının onların davranış ve yaşam stillerinden kaynaklandığını belirtmektedir (102).

2.1.7. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Hastalıklardan korunma, sağlığı geliştirme ve sürdürülebilir yaşam şekli değişikliği ile mümkün olabilir. Çevre ve genetiğin etkisinin yanında insanların olumsuz sağlık davranışı sergilemesi ve risk faktörlerini ortadan kaldırmadan yaşamasının sonucunda birçok kronik hastalık dünya genelinde milyonlarca insanı etkilemiştir. Bu durumun altında yatan en önemli sebep ise toplumdaki sağlığı geliştirme ve sürdürme davranışlarına yönelik oluşan derin bilgi eksikliğidir. Bu bilgi eksikliğin giderilmesinde sağlık bakım hizmetlerinin en büyük topluluğunu oluşturan profesyonel bakım verici olan hemşireler rol almalıdır.

Günümüzde birçok kuruluş ve aynı zamanda DSÖ sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde aktif görev alması gereken sağlık grubunun hemşireler olduğu görüşünü savunmaktadır (114).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için uygun hemşirelik bakımının her hasta için sağlanması ve uygulanması gerekir.

Hemşirelik bakımının en temel hedefi; bireyi merkeze yerleştirerek, bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik tüm fonksiyonlarını ele alarak yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektir. Birey bu yaklaşımla odak noktasındadır ve kendisi ile ilgili kararlara katılır, sorumluluk alır (13).

Diyabetik koroner arter hastalarında hemşirelik bakımının amacı; Angina pektoris olan hastaların göğüs ağrısının tanınması, AMI geçiren hastalarda anginal ağrının kontrolünün sağlanması ve ağrının kontrolünün yapılması, hasta için sakin

ve güvenli bir ortamın sağlanması, hasta/aile eğitiminin yapılması (29) ve diyabet yönetiminin sağlanmasıdır (13).

Hemşirelik Tanıları;

- Miyokard perfüzyonunun değişmesi nedeniyle “Göğüs Ağrısı”,
- Ölüm korkusu ve tanısı hakkında bilgi eksikliği ile ilgili “Anksiyete”,
- Hastalığa neden olan komplikasyonlar konusunda “Bilgi Eksikliği”,
- “Gerekli Yaşam Tarzı Değişikliği ile Etkin Başedememe”,
- “Tedavi Planını Uygulama Yetersizliği” (13)
- Bilgi eksikliği nedeniyle “Beden Gereksiniminden Fazla Beslenme”
- Dolaşım yetersizliği nedeniyle “Cilt Bütünlüğünde Bozulma”
- Alt ekstremitelerdeki arteriyel kan akımındaki azalma ve koroner tıkanma ile ilgili “Doku Perfüzyonunda Azalma / Değişiklik”
- Glikozun hücre içine girememesi nedeniyle enerji üretiminde azalma ve oksijen gereksinimi ile tüketimi arasındaki dengesizlik nedeniyle “Aktivite İntoleransı”
- Sık genitoüriner problemler nedeniyle diyabetle ilgili fiziksel ve psikolojik stresörlere bağlı ve anjinadan korkmaya, benlik kavramında değişime bağlı “Seksüel Örüntülerde Değişim Riski”(14).

Diyabetlilerde kalp hastalıklarına yakalanma riskini azaltmak için hemşirelerin vereceği eğitim şunları kapsamalıdır: İdeal kiloya ulaşılması, Sigara içilmemesi, Yaşam tarzı düzenlemeleri, Kandaki HbA1c değerinin %6'dan düşük olması gerektiği, LDL değerinin 100mg/dl'nin altında olması, Egzersiz yapılması, Tansiyonun 120/80mmHg ve altında olması ve üzerine çıkmaması, 40 yaşın üzerinde olan hastaların ve mikroalbuminürisi olan 20 yaşın üzerindeki hastaların doktorun önerdiği kolesterol düşürücü ilaçları kullanması, ilaçların kullanılmaya başlamasıyla ortaya çıkan farklı belirtilerin/bulguların doktor ve hemşire ile paylaşılması, Mide bağırsak problemi olmayan bireyler için doktorun önerisiyle her gün 75 mg aspirin kullanılması, HDL' yi yükseltmek ve kan şekerini regüle etmek için düzenli egzersiz yapılması ve sigaranın bırakılması (85).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, diyabetik koroner arter hastalarında yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma 1 Temmuz- 30 Kasım 2012 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kalp damar cerrahi ve kardiyoloji servislerinde yatan diyabetik koroner arter hastaları ile yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara ilinde yer almaktadır. Hastanede 9 kardiyoloji ve 4 kalp-damar cerrahi polikliniği bulunmaktadır. Kalp-damar cerrahisinde yapılan ameliyatların %40'ı koroner by-pass olduğu belirtilmekte ve kalp-damar cerrahi polikliniklerinde günde ortalama 180 hastaya poliklinik hizmeti verilmektedir. Hastanenin KVC 1, KVC 2 ve KVC 3 servislerinde toplam 109, Kardiyoloji 1, Kardiyoloji 2 ve Kardiyoloji 3 servislerinde ise toplam 98 yatak bulunmaktadır. KVC servislerinde toplam 26 hemşire ve 54 uzman-asistan doktor; kardiyoloji servislerinde toplam 22 hemşire ve 69 uzman-asistan doktor görev yapmaktadır.

Bu hastane Türkiye'nin birçok ilinden gelen ve sosyo-demografik özellikleri yönünden çeşitlilik gösteren hastaların başvurduğu bir hastanedir. Bu kurumun tercih edilmesinde hasta çeşitliliğinin yanı sıra, hasta seçim kriterlerini karşılayabilecek yeterli sayıda hastanın hastaneye başvuru yapması etkili olmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklem kapsamına; koroner arter hastası, en az 6 ay önce diyabet tanısı almış, iletişim sorunu olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, ameliyat öncesi dönemde olan ve DM, KAH, HT dışında başka bir kronik hastalığı olmayan bireyler alınmıştır.

Örneklem büyüklüğü, NCSS programı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçekleri arasında 0,65'lik bir korelasyon miktarı öngörüldüğünde

0,50'ye karşı anlamlılığını test edebilmek için, %80 güvenilirlikle $p=0,05$ olarak alındığında 156 kişi olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından literatür incelemesi yapılarak oluşturulmuş olan “Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 1)”, yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile belirlenmiş “Kısa Form 36 (EK 2)” ve sağlığı geliştirme aktivitelerini değerlendirmek amacı ile belirlenmiş “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (EK 3)” kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Diyabetik koroner arter hastalarının tanımlayıcı özelliklerini içeren tanıtıcı bilgi formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra oluşturulmuştur. Tanıtıcı bilgi formu dört bölüme ayrılmıştır, birinci bölümde sosyodemografik özellikler, ikinci bölümde yaşam şekli ile ilgili özellikler, üçüncü bölümde hastalık ile ilgili özellikler ve hastalık ile ilgili bilgi düzeyleri, dördüncü bölümde ise tedavi ve egzersiz ile ilgili özelliklerine ilişkin sorulara yer verilmiştir.

Bireye ilişkin sosyodemografik özellikler; cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, iş-mesleki durum, yaşantının büyük çoğunluğunun (1/3) geçirildiği yer, kim ile birlikte yaşadığı, sosyal güvence ve gelir gider durumu,

Yaşam şekli ile ilgili özellikler; sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, yaşamın tanımlanma durumu, kişinin stresli olup olmama durumu,

Hastalık ile ilgili özellikler ve hastalık ile ilgili bilgi düzeyleri; diyabet süresi, hipoglisemik ve hiperglisemik atak geçirme durumu, son bir yılda hastaneye yatma durumu ve sebebi, hipertansiyon tanısı varlığı, hipertansif atak geçirme sıklığı, koroner arter hastalığı soygeçmiş, koroner arter hastalığı süresi, koroner arter hastalığı ile ilgili bilgi kaynağı, koroner arter hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi yeterliliği, diyabet ile ilgili bilgi kaynağı, diyabet ile ilgili bilgi düzeyi yeterliliği,

Tedavi ve egzersiz ile ilgili özellikler; diyabet tedavisi tipi, kontrollere düzenli gitme durumu, ilaçların düzenli kullanılma durumu, diyet programına uyma durumu ve koroner arter hastalığı ve diyabete yönelik egzersiz yapma durumudur.

3.4.2. Yaşam Kalitesi Kısa Form 36 (SF 36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36, Ware ve Sherbourne tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (108). Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir ve geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması amaçlanmıştır. Ölçek 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde olarak tasarlanmış ve 22000'den fazla hasta üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile 20 maddeli şekli olan SF-20 ortaya konmuştur. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacı ile 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur (16).

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır (108).

Tablo 3.4.2.1. SF 36' nın Alt Ölçeklerinin Puanlanmasının Anlamı (108)

ALT ÖLÇEKLER	DÜŞÜK PUAN	YÜKSEK PUAN
Fiziksel Fonksiyon	Yıkama ve giyinme dahil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri herhangi bir kısıtlılık olmaksızın yerine getirebilme
Rol Kısıtlılıkları (fiziksel)	Fiziksel sağlığın bozulmasının sonucu olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar.	Fiziksel sağlık olarak işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
Sosyal Fonksiyon	Fiziksel ve emosyonel sorunlara bağlı olağan toplumsal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Fiziksel ya da emosyonel sorunlara bağlı kesinti olmaksızın olağan toplumsal etkinlikleri yürütme
Ağrı	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
Mental Sağlık	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme
Rol Kısıtlılıkları (emosyonel)	Emosyonel sorunların sonucu işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Emosyonel sorunlara bağlı işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun
Vitalite/Enerji	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
Sağlığın Genel Olarak Algılanması	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma

Ölçeğin Türkçe geçerliliği ilk kez Türkiye’de Rukiye Pınar tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada “Diabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler” incelenmiştir (89). SF-36’nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlik çalışması daha sonra 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (74). Koçyiğit ve arkadaşları osteoartriti olan 50 hasta ve kronik bel ağrısı olan 50 hasta üzerinde 1997 yılında bu çalışmayı yürütmüştür. Güvenirlilik için ölçeğin iç tutarlılığına bakılmış ve her alt ölçek için cronbach alfa katsayıları bulunmuştur. Ölçeğin cronbach alfa katsayıları 0,7324-0,7612 arasında bulunmuştur. Madde toplam korelasyon katsayıları da 0,4712-0,8872 arasında bulunmuştur. Yani bu ölçeğin Türkiye’de kullanımı için geçerli ve güvenilir olduğu ortaya konmuştur (58). Bu araştırmada da ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alfa katsayıları 0,71-0,83 arasında bulunmuştur.

Sf-36 ölçeğinin değerlendirilmesi dört aşamada yapılmaktadır;

İlk aşamada, skalada işaretlenen soru değerlerinin yeniden kodlanması yani ters kodlama işlemi yapılır. Yeniden kodlama her soru için yapılmaz, ters kodlama 1,6,7,8,9a,9d,9h,11b,11d soruları için yapılmaktadır.

İkinci aşamada, ölçekte yanıtlanmayan soruların skorlarının tespit edilmesidir. Bu işlemde, her boyut ile ilgili olan soruların en az yarısı değerlendirilir ve yanıtlanan soruların ortalaması hesaplanarak yanıtlanmamış soruların skorları belirlenmiş olur.

Üçüncü aşamada, her bir boyutu oluşturan soruların değerleri toplanarak ham skala skoru elde edilir.

Dördüncü aşamada ise ham skala skorlarını 0-100 arasında değerlendirilmesi yapılır (74). Ham skala skoru değiştirilirken kullanılan formül;

Dönüştürülmüş Puan= (ham skala puanı-en düşük olası puan / olası puan)x100 (74).

Tablo 3.4.2.1.2. SF-36 Değerlendirme Yönergesi (58)

Parametreler		İlgili Şıklar	En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan
Fiziksel Sağlık Bileşenleri	Fiziksel Fonksiyon	$3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)$	10	20
	Fiziksel Rol	$4(a+b+c+d)$	4	4
	Ağrı	$7+8$	2	10
	Genel Sağlık Algısı	$1+11(a+b+c+d)$	5	20
Mental Sağlık Bileşenleri	Canlılık	$9(a+e+g+i)$	4	20
	Sosyal Fonksiyon	$6+10$	2	8
	Emosyonel Rol	$5(a+b+c)$	3	3
	Mental Sağlık	$9(b+c+d+f+g)$	5	25

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden toplam puan elde edilememektedir. Bunun yerine her alt ölçek için ayrı ayrı puanlar elde edilebilmektedir. Ölçek iki grup ve 8 alt boyutta incelenebilir. Bunlar fiziksel ve mental sağlık bileşenleridir. Sağlığın fiziksel ve mental bileşenleri için özet puanlar da elde edilebilmektedir (58). Ölçek

yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir (22,74).

Bu araştırmada da hastaların yaşam kalitesi; fiziksel sağlık bileşenleri ve mental sağlık bileşenleri olarak iki kategoride incelenmiştir. Fiziksel sağlık bileşenleri kategorisi için; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı olarak dört alt başlıkta incelenmiştir. Mental sağlık bileşenleri kategorisinde ise; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık olarak dört alt başlıkta incelenmiştir. Hastaların toplam sekiz alt başlıkta kişisel özellikler ve hastalık ile ilgili özellikleri arasındaki ilişkisi gösterilmiştir.

3.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)

Yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer. Pender (1987) tarafından geliştirilen ölçek “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir. Birçok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve çok sayıda kullanılmış bir ölçektir (98,99). Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Esin tarafından 1997 yılında “Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi” adlı doktora tezinde yapılmıştır (43). Güvenirlilik için madde toplam puan güvenirliliğine bakılmış ve her madde için korelasyon değerleri 0,27 ve 0,55 arasında olduğu belirtilmiştir. Türkçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin ülkemizde kullanımı için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptanmıştır (43,28).

Bu çalışmada da ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alfa katsayıları; toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları için 0.93, kendini gerçekleştirme için 0.82, sağlık sorumluluğu için 0.81, egzersiz için 0,70 beslenme için 0.74, kişilerarası destek için 0.73, stres yönetimi için 0.72 olarak bulunmuştur. Güvenirlilik değerleri 0.70’den büyüktür. Kaplan ve Saccuzzo (1982) bu durumun temel araştırmalar için kabul edilebilir olduğunu ifade etmektedirler (53).

Ölçekte toplam 48 madde vardır. Ve her madde altı alt grubun öğelerini oluşturmaktadır. Bu öğeler, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup kendi arasında

bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir (58).

- Kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derece tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
- Sağlık sorumluluğu alt grubu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
- Egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
- Beslenme alt grubu; bireyin öğelerini seçme, düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
- Kişiler arası destek alt grubu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
- Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (58).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadelerle oluşturulmuştur ve ters yönde madde içermemektedir. Seçenekler 4'lü likert tipi şeklindedir. "Hiçbir zaman" yanıtı için "1", "Bazen" yanıtı için "2", "Sık sık" yanıtı için "3", "Düzenli" yanıtı için "4" puan verilir. Ölçekten en düşük 48, en yüksek 192 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından ve puan aralığından oluşmaktadır (58,87).

Tablo.3.4.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları

Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Puan Aralığı
Kendini Gerçekleştirme	13	13-52
Sağlık	10	10-40
Egzersiz	5	5-20
Beslenme	6	6-24
Stres Yönetimi	7	7-28
Kişiler arası Destek	7	7-28
Toplam	48	48-192

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması; araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunun anlaşılabilirliğinin ve araştırmanın uygulama sürecinin işleyişinin değerlendirilmesi amacıyla, soru formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 1-7 Temmuz 2012 tarihinde Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi ve Kardiyoloji Servisinde yatan diyabetik koroner arter hastalığı olan 15 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra tanıtıcı bilgi formunda yer alan “metabolik kontrol sonuçları ve diyabete bağlı gelişen hastalık varlığı” ile ilgili sorular tüm hastalar için kesin ve doğru bilgiye ulaşamadığı için çıkarılmıştır. Hasta ifadeleri ile ilgili sorularda anlaşılmama gibi bir durum söz konusu olmadığı için ve bu bölümlerde değişiklik yapılmadığı için ön uygulamada yer alan hastalar da araştırma grubuna dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma araştırmacı tarafından Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi ve Kardiyoloji servisinde yatan diyabetik koroner arter hastalarına 8 Temmuz- 30 Kasım 2012 tarihlerinde uygulanarak yapılmıştır. Araştırma verileri tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler de dahil olmak üzere lise ve üniversite mezunu 10 hasta tarafından istekleri üzerine kendileri tarafından ve diğer 146 hastaya ait veriler ise birebir görüşme ile hasta odalarında uygulanarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının uygulanması araştırmacı tarafından birebir görüşme ile uygulanan hastalar için 25 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma 156 hastaya ulaşılması ile sonlandırılmıştır. Araştırma verilerinin bilgisayar ortamına aktarılması araştırmacı tarafından yapılmıştır. Verilerin istatistiki değerlendirilmesinde uzman istatistikçiden yardım alınmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu, SF-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeklerinden elde edilen veriler SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir.

Araştırmadaki bağımlı değişkenler, yaşam kalitesi (SF-36) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeklerinden elde edilen puanlardır, bağımsız değişkenler ise kişisel özellikler ve hastalık ile ilgili özelliklerdir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki fark ve ilişkiyi incelemek için parametrik test varsayımları sağlandığında tek yönlü varyans analizi ve t testi ile, parametrik test varsayımlarının sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır. Farklılığı yaratan grupların bulunması için parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda Tukey HSD analizi kullanılmış ve ikili karşılaştırmalarda ise parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda Bonferroni Mann Whitney U testi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Arasındaki sayısal veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Veriler tabloda gösterilirken sayısal veriler için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, nitelik değişkenler için tanımlayıcı istatistiksel metodlardan yararlanılmış, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi (Bkz. Ek 5.2), araştırmaya katılan hastaların 72'sinden imza vermek istemedikleri için sözlü, 84'ünden de yazılı izin alınmıştır (Bkz. Ek 5.3).

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 05 Haziran 2012 tarihli LUT 12/50 kayıt numaralı etik komisyon onayı alınmıştır (Bkz. Ek 5.1).

4. BULGULAR

Bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi bu bölümde üç başlık altında verilecektir.

4.1. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerine etkisi ile ilgili bulgular

4.3. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye ait bulgular

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 156)

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	62	39.7
Erkek	94	60.3
Yaş		
54 ve altı	31	19.9
55-64	59	37.8
65 ve üstü	66	42.3
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	49	31.4
Okur yazar	26	16.7
İlköğretim	63	40.4
Lise	14	9.0
Ünv. ve üzeri	4	2.6
Medeni Durum		
Evli	95	60.9
Bekar	11	7.1
Diğer(dul, boşanmış)	50	32.1
Çalışma Durumu		
Tam gün	25	16.0
Yarım gün	11	7,1
Çalışmıyor	120	76,9
Meslek		
Memur	12	7.7
İşçi	8	5.1
Serbest meslek	15	9.6
Ev hanımı	57	36.5
Emekli	64	41.1
En Uzun Yaşadığı Yer		
Köy	44	28.2
İlçe	59	37.8
İl	53	34.0
Yaşadığı Kişi		
Evde yalnız	26	16.7
Eşi ile	68	43.6
Eş ve çocuk ile	27	17.3
Diğer aile üyeleri	35	22.4
Sosyal güvence		
Evet	128	82.1
Hayır	28	17.9
Gelir_Gider Durumu		
Gelir<Gider	130	83.3
Gelir=Gider	21	13.5
Gelir>Gider	5	3.2
Toplam	156	100.0

Tablo 4.1.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastalara ilişkin kişisel özellikler incelendiğinde, hastaların %60.3’ü erkek, %42.3’ü de 65 ve üstü yaş aralığındadır. Hastaların %40.4’ü ilköğretim seviyesinde eğitim görmüş, %60.9’u evli, %76.9’u çalışmıyor, %36.5’i ev hanımı, %41.1’i emeklidir. Araştırma grubunun yaşam şartları incelendiğinde ise, %37.8’i ilçede ve %43.6’sı eşiyile birlikte yaşamaktadır. Bununla birlikte hastaların %82.1’inin sosyal güvencesi vardır. Ayrıca katılımcıların %83.3’ünün geliri giderinden azdır.

Tablo 4.1.2. Hastaların Yaşam Şekli İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n:156)

Sigara	Sayı	%
Kullanıyor	42	26.9
Hiç kullanmamış	61	39.1
Bırakmış	53	34.0
Toplam	156	100.0
Sigara kullanılan süre (n:95)		
1-10 yıl	2	2.1
11-20 yıl	23	24.2
21 yıl ve üzeri	70	73.7
Toplam	95	100.0
Sigara kullanılan miktar		
Günde 1 paket	48	50.5
Günde 1,5 paket	19	20.0
Günde 2 paket	22	23.2
Günde 4 paket	1	1.0
Günde Yarım paket	5	5.3
Toplam	95	100.0
Sigara bırakma süresi		
1 yıldan az	9	17.0
1-5 yıl	20	37.8
6-10 yıl	12	22.6
11 yıl ve üzeri	12	22.6
Toplam	53	100.0
Alkol kullanımı		
Kullanıyor	2	1.3
Hiç kullanmamış	141	90.4
Bırakmış	13	8.3
Toplam	156	100.0
Alkol bırakma süresi		
1-5 yıl	1	7.7
6-10 yıl	5	38.5
11 yıl ve üzeri	7	53.8
Toplam	13	100.0
Hastanın yaşamını değerlendirme durumu		
Sakin	125	79.6
Hareketli	31	20.4
Toplam	156	100.0
Stres durumu		
Var	98	62.8
Yok	24	15.4
Kısmen	34	21.8
Toplam	156	100.0

Tablo 4.1.2’de hastaların yaşam şekli ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların %39.1’i sigarayı hiç kullanmamış ve %34’ü sigarayı bırakmıştır. Sigara kullananların ve bırakanların %73.7’si 21 yıl ve üzeri süre ile sigara kullanmışlardır. Sigara kullananların ve bırakanların %50.5’i günde bir paket sigara kullanmışlardır. Ayrıca sigarayı bırakanların ise %37.8’i 1-5 yıldır sigara kullanmamaktadırlar. Alkol kullanımı araştırıldığında, hastaların %90.4’ü alkolü hiç kullanmamıştır. Ayrıca alkolü bırakanların %53.8’i 11 ve fazla yıldır alkol kullanmamaktadır. Hastaların %79.6’sının sakin bir hayatı olmasına karşın %62.8’inin hayatı streslidir.

Tablo 4.1.3. Hastaların Hastalık İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n:156)

Diyabet hastalığı süresi	Sayı	%
1yıldan az	23	14.7
1-5 yıl	48	30.8
6-10 yıl	44	28.2
11 yıl ve üzeri	41	26.3
Toplam	156	100.0
Hipoglisemi yaşayanlar		
Evet	64	41.0
Hayır	92	59.0
Toplam	156	100.0
Hipoglisemik atak geçirme sıklığı		
Her gün	6	9.4
Günde birkaç kez	5	7.8
Haftada birkaç kez	16	25.0
Ayda birkaç kez	28	43.8
Yılda birkaç kez	9	14.0
Toplam	64	100.0
Hiperglisemi yaşayanlar		
Evet	92	59.0
Hayır	64	41.0
Toplam	156	100.0
Hiperglisemik atak geçirme sıklığı		
Her gün	4	4.4
Günde birkaç kez	5	5.4
Haftada birkaç kez	48	52.2
Ayda birkaç kez	28	30.4
Yılda birkaç kez	7	7.6
Toplam	92	100.0
BKI Değerleri		
18-25	85	54.5
26-30	58	37.2
30dan fazla	13	8.3
Toplam	156	100.0
Hipertansiyon		
Var	129	82.7
Yok	27	17.3
Toplam	156	100.0
Hipertansiyon süresi		
1 yıldan az	20	15.5
1-5 yıl	42	32.6
6-10 yıl	39	30.2
11 yıl ve üzeri	28	21.7
Toplam	129	100.0
Hipertansiyon atakları		
Evet	63	40.6
Hayır	93	59.4
Toplam	156	100.0

Hipertansiyon atakları süresi		
Her gün	3	4.8
Günde birkaç kez	2	3.2
Haftada birkaç kez	18	28.6
Ayda birkaç kez	35	55.5
Yılda birkaç	5	7.9
Toplam	63	100.0
KAH soygeçmiş		
Var	67	43.1
Yok	89	56.9
Toplam	156	100.0
KAH hastalık süresi		
1yıldan az	57	36.5
1-5	60	38.5
6-10	28	17.9
11 ve fazla	11	7.1
Toplam	156	100.0
Hastaneye yatma durumu		
Hiç	2	1.3
Yılda 1-2	124	79.5
Yılda 3-5	30	19.2
Toplam	156	100.0

Tablo 4.1.3.'de hastaların hastalık ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastalar için hastalıklarla ilgili bulgular incelendiğinde, hastaların %30.8'i 1-5 yıldır diyabet hastasıdır. Hastaların %59'u hipoglisemi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hipoglisemik atak geçiren hastaların atağı geçirme zamanları incelendiğinde ise %43.8'i ayda birkaç kez atak geçirmektedir. Hastaların %59'u hiperglisemi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hiperglisemik atak geçiren hastaların atağı geçirme zamanları incelendiğinde ise %52.2'si haftada birkaç kez atak geçirmektedir. Hastaların BKİ değerleri incelendiğinde %54.5'inin BKİ 18-25 değer aralığındadır. Hastaların %82.7'si hipertansiyon hastasıdır. Bununla birlikte %32.6'sı 1-5 yıldır hipertansiyon hastasıdır. Hastaların %40.6'sı hipertansif atak geçirdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların %56.9'nun KAH soygeçmiş yoktur. Hipertansiyon atağı geçiren hastaların %55.5'i ayda birkaç kez bu atağı geçirmektedir. Hastaların %38.5'i ise 1-5 yıldır KAH hastasıdır ve hastaların %79.5'i son 1 yılda 1-2 kez hastaneye yattıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.1.4. Hastaların Hastalık İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Dağılımı (n:156)

KAH ile ilgili bilgi kaynağı	Sayı	%
Hekim	60	38.5
Hemşire	1	0.6
Sağlık personeli dışı	9	5.8
Bilgi almadım	86	55.1
KAH ile ilgili bilgi düzeyi yeterliliği		
Yeterli	15	9.6
Yetersiz	141	90.4
Diyabet ile ilgili bilgi kaynağı		
Hekim	10	6.4
Hemşire	29	18.6
Sağlık personeli dışında	8	5.1
Bilgi almadım	109	69.9
Diyabet ile ilgili bilgi düzeyi yeterliliği		
Yeterli	26	16.7
Yetersiz	130	83.3
Toplam	156	100.0

Tablo 4.1.4’de hastaların hastalık ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %90.4’ü KAH hakkında ve %83.3’ü de diyabet hakkında bilgi düzeylerini yeterli bulmamaktadır. Bununla birlikte KAH ile ilgili bilgi sahibi olanların %38.5’i bu bilgiyi hekimden almıştır. Diyabet ile ilgili bilgi sahibi olanların ise %18.6’sı bu bilgiyi hemşireden almıştır.

Tablo 4.1.5. Hastaların Tedavi ve Egzersiz İle İlgili Özelliklerinin Dağılımı (n:156)

Tedavi türü	Sayı	%
Diyet	19	12.2
Diyet ve oral antidiyabetik	54	34.6
Diyet ve insülin	57	36.5
Diyet, oral antidiyabetik, insülin	26	16.7
Toplam	156	100.0
Düzenli kontrole gitme sıklığı		
Her zaman	31	19.9
Bazen	61	39.1
Hiçbir zaman	64	41.0
Toplam	156	100.0
Antihipertansifi düzenli kullanma durumu		
Her zaman	86	55.5
Bazen	43	27.7
Hiçbir zaman	10	7.5
Kullanmıyor	16	11.2
Toplam	156	100.0
Oral antidiyabetik ve insülini düzenli kullanma durumu		
Her zaman	77	49.3
Bazen	48	30.8
Hiçbir zaman	12	7.7
Kullanmıyor	19	12.2
Toplam	156	100.0
Antilipid veya Kolesterol ilacı düzenli kullanma durumu		
Her zaman	37	23.7
Bazen	66	42.3
Hiçbir zaman	36	23.1
Kullanmıyor	17	10.9
Toplam	156	100.0
Diyet programına uyma durumu		
Her zaman	29	18.6
Bazen	81	51.9
Hiçbir zaman	46	29.5
Toplam	156	100.0
KAH ve Diyabete yönelik egzersiz yapma durumu		
Yapıyor	15	9.6
Yapmıyor	141	90.4
Toplam	156	100.0
Egzersiz türü		
Yürüyüş	13	76.4
Yürüyüş ve koşu	2	11.8
Diğer	2	11.8
Toplam	17	100.0

Tablo 4.1.5’de hastaların tedavi ve egzersiz ile ilgili özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %36.5’i tedavi amaçlı diyet uygulamakta ve insülin kullanmaktadır. Hastaların %41’i düzenli kontrollerine gitmezken ancak %19.9’u her zaman düzenli kontrollerine gitmektedir. Hastaların ilaç kullanımlarına ilişkin bulgular incelendiğinde, antihipertansifi her zaman düzenli kullananların oranı %55.5, oral antidiyabetik ve insülini her zaman düzenli kullananların oranı %59 ve Antilipid ve Kolesterol ilaçlarını her zaman düzenli kullananların oranı sadece %23.7’dir. Araştırmaya katılan hastaların %51.9’u bazen diyet programına uymaktadır. Bununla birlikte KAH ve diyabete yönelik egzersiz yapanların oranı sadece %9.6’dır. Araştırmaya katılanların %76.4’ü KAH ve diyabete yönelik egzersiz olarak yürüyüş yapmaktadırlar. Tabloda yer almamakla birlikte hasta ifadelerine göre hipertansiyon tanısı almamış 11(%7) kişi antihipertansif kullanmaktadır. Tabloda yer almamakla birlikte hastaların ifadesine göre düzenli egzersiz yapmayan 2 kişi egzersiz olarak yüzme ve tenis yaptıklarını belirtmişlerdir.

4.2. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi İle İlgili Bulgular

Tablo 4.2.1. Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı

	Toplam $\bar{x} \pm SS$
SYBD alt ölçekleri	
Kendini Gerçekleştirme*	28,2±4,73
Sağlık Sorumluluğu	19,6±5,75
Egzersiz	6,66±1,65
Beslenme*	14,5±3,13
Stres*	18,3±3,09
Kişilerarası Destek*	18,8±3,11
SYBD Toplam*	106,2±17,9
SF-36 alt ölçekleri	
Fiziksel Fonksiyon	
Fiziksel Sağlık*	35,6±12,6
Fiziksel Rol Güçlüğü	28,8±11,8
Ağrı	57,5±14,3
Genel Sağlık Algısı*	62,4±6,92
Fiziksel Fonksiyon Özet*	46,1±12,8
Mental Fonksiyon	
Canlılık (Enerji)*	54,8±6,52
Sosyal Fonksiyon*	45,0±11,2
Emosyonel Rol*	47,4±14,6
Mental Sağlık*	57,4±10,3
Mental Fonksiyon Özet*	51,1±12,7

Tablo 4.2.1’de sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental fonksiyon özeti toplam puanları yer almaktadır. SYBD toplam puan ortalaması 106.2, fiziksel fonksiyon özeti 46.1 ve mental fonksiyon özeti 51.1 ortalamaya sahiptir.

Tablo 4.2.2 Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Kadın $\bar{x} \pm SS$	Erkek $\bar{x} \pm SS$	z yada T	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri				
Kendini Gerçekleştirme*	27.0±3.2	29.0±4.2	4.147	0.003
Sağlık Sorumluluğu*	29.0±4.5	20.8±5.1	4.211	0.000
Egzersiz	6.14±2.8	7.01±3.4	4.154	0.001
Beslenme*	14.2±2.1	14.6±2.8	1.021	0.436
Stres*	16.8±3.3	19.3±3.3	4.251	0.000
Kişilerarası Destek*	19.7±5.2	18.2±4.1	4.244	0.004
SYBD Toplam*	101.8±17.6	109.2±17.6	3.952	0.012
SF-36 alt ölçekleri				
Fiziksel Fonksiyon				
Fiziksel Sağlık	24.5±7.6	42.9±6.5	4.589	0.003
Fiziksel Rol Güçlüğü	14.1±8.6	38.5±4.8	4.215	0.003
Ağrı*	55.4±4.3	61.0±7.3	4.921	0.006
Genel Sağlık Algısı*	63.2±5.6	61.1±5.6	1.057	0.248
Fiziksel Fonksiyon Özet	40.8±7.8	49.6±4.7	4.244	0.001
Mental Fonksiyon				
Canlılık (Enerji)	55.8±7.8	54.2±8.1	1.214	0.565
Sosyal Fonksiyon*	45.3±5.5	44.1±4.5	0.954	0.766
Emosyonel Rol*	37.6±6.4	53.9±3.6	1.514	0.272
Mental Sağlık*	58.1±5.8	56.8±4.5	0.627	0.697
Mental Fonksiyon Özet*	49.2±7.1	52.4±6.1	1.547	0.240

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.2’de cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine etkisi incelendiğinde, beslenme ($p>0.05$) hariç diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarında anlamlı fark bulunmuştur. Erkeklerin kendini gerçekleştirme (29.0), egzersiz (7.01), stres (19.3) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların sağlık sorumluluğu (29.0) ve kişiler arası destek (19.7) sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca toplam SYBD puanı erkeklerin (109.7) daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.2.2’de cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde, erkeklerin fiziksel sağlık (42.9), fiziksel rol güçlüğü (38.5) ve fiziksel fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların ağrı (55.4) yaşam kalitesi puanları erkeklere oranla daha düşüktür.

Ayrıca genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve mental sağlık fonksiyon özetleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 4.2.3. Yaşa Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	54 ve altı $\bar{x} \pm SS$	55-64 $\bar{x} \pm SS$	65 ve üstü $\bar{x} \pm SS$	KW yada F	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	29.5±3.5	29.2±3.2	26.7±3.8	16.117	0.002
Sağlık Sorumluluğu*	20.9±4.2	20.9±4.5	17.9±4.6	13.577	0.046
Egzersiz	7.19±4.5	6.83±3.6	6.27±3.8	15.214	0.023
Beslenme*	15.4±3.2	14.8±4.2	13.7±4.5	9.448	0.053
Stres*	19.1±4.2	18.7±3.2	17.5±3.5	19.517	0.000
Kişilerarası Destek*	19.6±1.5	19.6±1.2	17.8±1.8	18.158	0.002
SYDB Toplam*	111.1±15.3	110.3±16.4	100.1±18.6	19.551	0.001
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık	59.8±7.5	43.5±6.1	17.1±7.1	19.147	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	58.8±8.6	36.0±4.5	8.33±1.5	18.482	0.000
Ağrı	65.0±7.9	54.2±6.8	48.0±5.4	18.584	0.000
Genel Sağlık Algısı*	62.7±8.6	61.9±9.4	62.7±6.7	2.511	0.822
Fiziksel Fonksiyon Özet	57.3±6.6	48.9±7.4	38.3±8.9	17.541	0.000
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	54.0±5.6	55.3±4.5	54.8±6.5	3.177	0.721
Sosyal Fonksiyon*	44.7±8.4	46.1±8.6	44.1±4.5	2.952	0.483
Emosyonel Rol	56.9±7.8	52.5±9.7	38.3±8.5	2.511	0.085
Mental Sağlık*	58.5±4.9	58.9±7.4	55.5±6.5	3.514	0.093
Mental Fonksiyon Özet	53.5±6.9	53.2±5.3	48.2±8.2	9.145	0.043

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.2.'de yaşa göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi incelendiğinde, beslenme ($p>0.05$) hariç diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişiler arası destek, SYBD ölçeği toplam puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişiler arası destek sağlıklı yaşam biçimi puanları için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U analizi yapılmıştır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişiler arası destek ve SYBD ölçeği toplam sağlıklı yaşam biçimi puanları için 65 ve üstü yaş grubunun farklılığa neden olduğu bulunmuştur. 65 ve üstü yaş grubu sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı tüm alt boyutlarda en azdır.

Tablo 4.2.2.'de yaşın yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde, fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bununla birlikte genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve

mental sağlık yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölçeğin alt grupları için Tukey testi yapılmış ve fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğu, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental fonksiyon yaşam kalitesi puanları için 54 ve altı yaş grubu ile 55-64 yaş grubu arasında anlamlı farklılık tespit edilememiş, 65 ve üstü yaş grubunun farklılığa neden olduğu bulunmuştur. 65 ve üstü yaş grubunun yaşam kalitesi alt grupları için en düşük puanı aldıkları görölmektedir.

Tablo 4.2.4. Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Okur- yazar değil $\bar{x} \pm SS$	Okur- yazar $\bar{x} \pm SS$	İlk- öğretim $\bar{x} \pm SS$	Lise $\bar{x} \pm SS$	Üni.ve üstü $\bar{x} \pm SS$	KW yada F	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri							
Kendini Gerçekleştirme*	25.0±3.4	27.7±2.1	29.1±3.4	33.3±3.1	37.2±1.8	19.547	0.000
Sağlık Sorumluluğu*	15.6±4.2	18.8±3.3	20.6±1.2	27.3±2.1	30.2±3.9	18.628	0.000
Egzersiz	5.95±3.1	6.38±4.1	6.68±4.3	9.15±2.2	8.40±4.1	19.641	0.000
Beslenme*	12.3±3.8	14.6±3.2	15.0±3.2	17.9±3.4	18.8±3.6	18.125	0.000
Stres*	16.3±2.1	18.5±1.2	18.5±2.4	21.9±4.1	23.8±2.5	18.544	0.000
Kişilerarası Destek*	17.6±4.6	19.5±3.5	19.1±3.8	19.5±3.1	22.6±4.1	18.455	0.004
SYDB Toplam*	92.9±11.1	105.5±15.1	109.3±14.7	129.2±11.7	141.0±14.6	19.554	0.000
SF-36 alt ölçekleri							
Fiziksel Fonksiyon							
Fiziksel Sağlık	16.7±2.1	28.8±2.4	45.7±4.2	61.1±6.4	62.0±2.3	19.517	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	6.1±1.8	26.9±2.5	37.3±2.3	73.0±5.1	40.0±4.2	18.474	0.000
Ağrı	49.1±3.5	53.3±2.6	60.3±4.1	65.2±4.6	66.0±5.1	17.548	0.000
Genel Sağlık Algısı*	63.4±3.9	61.1±3.8	62.2±5.2	61.5±3.2	64.4±3.6	3.541	0.553
Fiziksel Fonksiyon Özet	37.8±4.8	44.3±3.9	49.4±3.6	61.2±4.2	55.5±2.6	19.251	0.000
Mental Fonksiyon							
Canlılık (Enerji)*	55.9±2.3	53.9±4.2	54.6±3.8	53.0±3.4	58.0±2.8	3.514	0.554
Sosyal Fonksiyon*	45.1±2.5	44.2±3.0	46.0±3.9	44.2±2.8	37.5±4.1	2.257	0.697
Emosyonel Rol	38.7±4.5	42.3±5.3	45.5±4.2	97.4±3.9	53.3±5.6	19.547	0.001
Mental Sağlık*	53.6±5.6	57.6±5.0	58.4±5.1	61.2±4.9	69.6±6.4	19.522	0.001
Mental Fonksiyon Özet*	48.3±6.4	49.5±6.1	51.1±6.3	63.9±2.7	54.6±2.3	19.357	0.004

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.4’de eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Eğitim durumuna göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres, kişiler arası destek sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları anlamlıdır ($p<0.05$). Tukey testi ile egzersiz yaşam biçimi davranış puanı incelendiğinde, lise ve üniversite ve üstü mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, lise ve üniversite ve üstü mezunlarının okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilköğretim mezunları ile aralarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, stres, kişiler arası destek sağlıklı yaşam biçimi puanları için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, SYBD toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında tüm gruplar birbirinden farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Stres sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı okuryazar ve ilköğretim grupları için farklılık göstermezken ($p>0.05$), diğer gruplar arasında farklılık mevcuttur. Kişiler arası destek yaşam biçimi davranışları puanı ise

okuryazar, ilköğretim ve lise gruplarında farklılık göstermezken, diğer gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçekleri puanları incelendiğinde üniversite ve üstü eğitime sahip grubun en yüksek puanlara sahip olduğu da görülmektedir.

Tablo 4.2.4'de eğitim durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde, genel sağlık algısı, canlılık ve sosyal fonksiyon yaşam kalitesi alt ölçekleri için anlamlı farklılık tespit edilememiştir ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti, emosyonel fonksiyon, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti alt ölçekleri için anlamlı fark mevcuttur ($p<0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve emosyonel fonksiyon için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, gruplar arası farklılık, fiziksel sağlık için okuryazar olmayan, okuryazar olan ve ilköğretim gruplarından kaynaklanırken, mental fonksiyon özeti için lise grubundan kaynaklandığı, diğer alt ölçekler için ise tüm grupların birbirinden farklı oldukları tespit edilmiştir. Fiziksel sağlıkta en yüksek puanı üniversite ve üstü (62.0), fiziksel rol üstünlüğünde lise (73.0), ağrıda üniversite ve üstü (66.0), fiziksel fonksiyon özetinde lise (61.2) ve emosyonel rolde lise (97.4) almıştır. Mental sağlık ve mental fonksiyon özeti alt ölçekleri için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre mental sağlık ve mental fonksiyon özeti için tüm gruplar birbirinden farklıdır. Mental sağlık alt ölçeği için en yüksek puanı üniversite ve üstü (69.6) ve mental fonksiyon özeti için lise (63.9) almıştır.

Tablo 4.2.5. Medeni Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Evli	Bekar	Diğer (dul.boşanmış)	KW yada	Olasılık
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	F	Değeri
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	29.2±7.2	26.1±6.8	26.7±7.8	16.245	0.002
Sağlık Sorumluluğu*	20.5±5.4	18.4±4.6	18.3±6.4	15.561	0.027
Egzersiz*	6.86±3.4	6.27±2.9	6.38±2.1	2.214	0.153
Beslenme*	15.1±5.5	12.3±6.1	13.7±5.6	19.587	0.001
Stres*	19.1±8.9	16.9±7.5	17.6±7.8	19.844	0.000
Kişilerarası Destek*	19.6±6.2	16.7±4.5	17.7±9.1	19.141	0.000
SYBD Toplam*	110.6±17.9	96.9±11.4	100.0±16.6	18.987	0.001
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık	45.6±8.5	27.7±10.2	18.3±8.4	19.547	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	40.5±9.5	22.7±4.5	8.0±2.6	19.552	0.000
Ağrı*	53.1±6.7	57.2±9.6	66.0±4.4	19.771	0.000
Genel Sağlık Algısı*	62.3±7.4	62.7±5.8	62.5±8.1	2.521	0.947
Fiziksel Fonksiyon Özet	50.4±8.6	52.6±4.7	38.7±5.6	18.622	0.000
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	54.3±5.4	57.7±4.5	55.3±4.5	2.014	0.367
Sosyal Fonksiyon*	44.6±7.5	44.3±7.6	46.0±7.1	1.514	0.664
Emosyonel Rol*	52.9±6.7	51.5±8.6	36.0±8.3	3.521	0.104
Mental Sağlık*	58.6±5.5	60.3±4.6	54.3±9.2	17.652	0.012
Mental Fonksiyon Özet*	52.6±6.4	53.4±5.8	47.9±5.9	3.932	0.075

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.5.'de medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Medeni duruma göre SYBD ölçeği egzersiz alt boyutu anlamlı farklılık göstermektedir ($p>0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres, kişiler arası destek ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Fraklılığın hangi gruptan kaynaklandığını araştırmak için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres, kişiler arası destek ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları farklılığının nedeni evli grubundan kaynaklanmaktadır. Evli grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları diğer gruplardan tüm alt ölçekler için en yüksek puana sahiptir.

Tablo 4.2.5'de yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt gruplar incelendiğinde genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel fonksiyon ve mental sağlık özeti anlamlı değildir ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel

fonksiyon özeti ve mental sağlık yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Fiziksel sağlık ve fiziksel rol güçlüğü için yapılan Tukey testi sonucuna göre tüm gruplar birbirinden farklıdır ($p<0.05$). Bu gruplar arasında fiziksel sağlık (45.6) ve fiziksel rol güçlüğü (40.5) için en yüksek puanı alan grup evlilerdir. Fiziksel fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanında ise farklılığı oluşturan grup diğer (dul, boşanmış) grubudur. Fiziksel fonksiyon özeti en yüksek puanı bekarlara (52.6) aittir. Ağrı ve mental sağlık için yapılan Bonferroni düzeltilmiş Mann Whitney-U analizi sonuçlarına göre ise, ağrı puanı için farklılık tüm gruplardan kaynaklanırken, mental sağlık puanı için diğer grubundan kaynaklanmaktadır. En yüksek ağrı puanı diğer gurubuna (66.0) ve en yüksek mental sağlık puanı bekar (60.3) grubuna aittir.

Tablo 4.2.6. Çalışma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Tam gün $\bar{x} \pm SS$	Yarım gün $\bar{x} \pm SS$	Çalışmıyor $\bar{x} \pm SS$	KW yada F	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	31.1±2.4	30.2±5.6	27.4±4.8	18.517	0.000
Sağlık Sorumluluğu*	22.0±5.6	22.0±4.4	18.9±6.6	17.514	0.013
Egzersiz	7.64±3.1	7.36±2.8	6.40±1.9	18.111	0.001
Beslenme*	15.9±4.6	15.2±3.7	14.1±4.2	18.177	0.017
Stres*	20.3±5.2	20.1±4.6	17.7±5.3	19.241	0.000
Kişilerarası Destek*	19.6±7.1	18.3±5.8	18.7±6.3	1.258	0.190
SYDM Toplam*	116.8±16.9	113.5±17.9	103.4±17.2	18.171	0.001
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık*	65.6±5.1	55.9±5.6	27.5±4.5	19.561	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü*	65.0±8.2	56.8±8.2	18.7±6.3	19.178	0.000
Ağrı*	60.9±6.3	46.3±3.1	49.9±2.8	18.574	0.000
Genel Sağlık Algısı*	62.0±4.2	61.8±4.6	62.5±5.4	3.218	0.873
Fiziksel Fonksiyon Özet*	59.7±5.6	55.2±9.1	42.4±10.0	19.584	0.000
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	52.0±10.2	55.9±11.5	55.3±9.7	3.214	0.200
Sosyal Fonksiyon*	44.0±8.6	50.0±10.5	44.7±6.8	2.152	0.186
Emosyonel Rol	64.0±9.4	84.8±14.1	40.5±4.1	18.514	0.001
Mental Sağlık*	58.4±7.3	60.3±12.0	56.9±10.9	2.015	0.386
Mental Fonksiyon Özet*	54.6±9.6	62.7±13.2	49.4±6.1	19.541	0.001

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.6’da çalışma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Çalışma durumuna göre kişiler arası destek sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları farklılık göstermektedir ($p<0.005$). Egzersiz sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı Tukey testine göre incelendiğinde gruplar arası farklılık çalışmayan grubundan kaynaklanmaktadır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları farklılıkları Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U testi ile incelenmiştir. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres alt boyutlarında ve SYBD ölçeği toplam puanlarında farklılığın nedeni çalışmayan gruptan kaynaklanmaktadır. Yarım gün çalışan ve tam gün çalışan grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bununla birlikte tüm alt ölçeklerde en yüksek puana tam gün çalışanlar sahiptir.

Tablo 4.2.6’da yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt gruplar incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti emosyonel

fonksiyon ve mental fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Emosyonel rol için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre tüm çalışma grupları arasında anlamlı farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental fonksiyon özeti için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre ise, ağrı alt boyutu için farklılığın nedeni çalışmayan grup, canlılık alt boyutu için farklılığın nedeni tam gün çalışan grup ve sosyal fonksiyon alt boyutu için farklılığın nedeni yarım gün çalışan grup olarak tespit edilmiştir. Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon özeti ve mental fonksiyon özeti için tüm gruplar birbirlerinden farklıdır. Fiziksel sağlık için en yüksek puan tam gün çalışanlara (65.6), fiziksel rol için tam gün çalışanlara (65.0), ağrı için tam gün çalışanlara (60.9), fiziksel fonksiyon özeti için tam gün çalışanlara (59.7), emosyonel rol için yarım gün çalışanlara (84.8) ve mental fonksiyon özeti için yarım gün çalışanlara (62.7) aittir.

Tablo 4.2.7. İş-Mesleki Duruma Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Memur $\bar{x} \pm SS$	İşçi $\bar{x} \pm SS$	Serbest Meslek $\bar{x} \pm SS$	Ev Hanımı $\bar{x} \pm SS$	Emekli $\bar{x} \pm SS$	KW yada F	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri							
Kendini Gerçekleştirme*	33.7±4.5	29.7±7.4	30.0±5.6	26.9±5.6	28.1±4.6	19.177	0.001
Sağlık Sorumluluğu*	26.0±4.3	20.0±8.6	21.2±3.4	17.7±4.6	20.6±4.6	19.617	0.001
Egzersiz	9.25±3.4	6.68±3.6	7.50±2.9	6.11±2.8	6.76±3.4	17.824	0.000
Beslenme*	17.7±9.6	15.2±5.4	15.2±5.6	14.1±9.5	14.2±9.5	3.514	0.075
Stres	21.2±5.9	19.4±4.6	20.1±8.9	16.7±6.7	18.8±7.4	17.057	0.000
Kişilerarası Destek	20.5±7.4	18.6±6.3	18.8±6.8	19.8±8.6	17.8±6.5	20.548	0.009
SYBD Toplam*	128.5±4.4	109.8±17.9	113.0±19.4	101.4±17.8	106.4±16.3	20.596	0.007
SF-36 alt ölçekleri							
Fiziksel Fonksiyon							
Fiziksel Sağlık	78.5±10.2	60.0±9.8	55.2±6.4	25.0±4.6	29.9±7.6	18.695	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	87.5±9.8	53.1±5.7	57.5±8.9	14.5±5.6	22.7±4.5	20.514	0.000
Ağrı*	60.0±7.6	61.8±4.6	47.0±6.3	51.3±3.2	40.1±6.3	20.654	0.000
Genel Sağlık Algısı*	63.7±9.4	61.2±4.6	62.5±4.1	63.1±8.7	61.8±9.1	3.057	0.644
Fiziksel Fonksiyon Özet	67.5±8.5	56.5±8.9	55.5±8.2	41.0±9.6	43.6±8.2	19.517	0.000
Mental Fonksiyon							
Canlılık (Enerji)	52.5±6.4	51.8±8.9	54.5±5.6	56.1±6.4	54.6±5.2	3.214	0.170
Sosyal Fonksiyon*	46.8±8.5	43.7±9.6	47.5±8.4	45.2±5.2	44.1±6.3	2.362	0.661
Emosyonel Rol	10.0±9.6	68.7±8.9	56.6±4.6	38.8±4.3	43.4±4.1	16.514	0.011
Mental Sağlık*	64.0±6.5	57.0±6.5	57.4±4.5	58.3±6.3	56.0±8.2	3.121	0.517
Mental Fonksiyon Özet*	65.8±4.3	55.3±9.6	54.0±6.5	49.6±4.1	49.5±3.4	4.251	0.052

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.7’de iş-mesleki duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. İş-meslek durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme alt boyutu anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişiler arası destek alt boyutları ve SYBD ölçeği toplam puanı iş-meslek değişkenine bağlı olarak farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Egzersiz, stres, kişiler arası destek alt ölçekleri için Tukey testi sonuçlarına göre, emekli ve işçi arasında anlamlı fark bulunmazken, diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar mevcuttur ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme ve sağlık sorumluluğu için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre farklılık memur ve ev hanımlarından kaynaklanmaktadır. Kendini gerçekleştirme sağlıklı yaşam biçimi davranış puanına göre en yüksek puan memura (33.7), sağlık sorumluluğu puanı bakımından memura (26.0), egzersiz puanı bakımından serbest meslek mensubuna (7.50), stres puanı bakımından memura (21.2) ve kişiler arası destek bakımından memura (20.5) aittir. Ayrıca en yüksek SYBD toplam puanı memura (128.5) aittir.

Tablo 4.2.7’de yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt gruplar incelendiğinde genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon özeti ve emosyonel rol için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ve emosyonel rol yaşam kalitesi puanları için tüm gruplar birbirinden farklıdır. Fiziksel fonksiyon özeti için işçi ve serbest meslek, ev hanımı ve emekli grupları anlamlı olarak farklılık göstermemekte ancak diğer gruplar arasında farklılık bulunmaktadır. Ağrı yaşam kalitesi için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre ev hanımı ve emekli arasında anlamlı fark bulunmamakta ancak diğer gruplar arasında anlamlı farklar bulunmaktadır. En yüksek puanlara bakıldığında, fiziksel sağlık (78.5), fiziksel rol güçlüğü (87.5), ağrı (60.0), fiziksel fonksiyon özeti için memur (67.5) ve emosyonel rol için ise işçi (68.7) olarak bulunmuştur.

Tablo 4.2.8. Yaşanılan Yere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Köy $\bar{x} \pm SS$	İlçe $\bar{x} \pm SS$	İl $\bar{x} \pm SS$	KW yada F	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	25.9±4.4	27.7±6.4	30.6±6.5	19,247	0.000
Sağlık Sorumluluğu	16.6±5.6	19.3±2.3	22.4±6.4	18,417	0.000
Egzersiz	5.97±2.1	6.27±3.1	7.28±3.1	20,120	0.000
Beslenme*	13.2±4.5	14.2±2.6	15.7±9.4	18,147	0.001
Stres*	17.5±9.5	17.7±5.3	19.6±8.6	18,474	0.001
Kişilerarası Destek*	18.1±8.7	18.8±4.6	19.5±7.1	3,214	0.241
SYBD Toplam*	97.5±15.4	104.6±15.2	115.3±18.8	19,521	0.000
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık	22.5±10.2	37.7±7.5	44.1±8.6	18,147	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	15.9±6.8	33.4±8.1	44.4±4.3	17,518	0.030
Ağrı*	55.8±9.4	55.0±9.2	62.9±9.1	18,641	0.012
Genel Sağlık Algısı*	62.2±7.6	62.4±7.3	62.5±7.6	2,120	0.950
Fiziksel Fonksiyon Özet	40.9±9.7	47.2±6.4	50.2±8.1	19,514	0.004
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	53.5±6.2	55.8±8.3	54.9±6.1	2,047	0.300
Sosyal Fonksiyon*	46.3±5.4	46.1±6.4	42.6±4.3	3,214	0.227
Emosyonel Rol*	34.8±1.9	47.4±6.5	57.8±5.2	2,100	0.060
Mental Sağlık*	52.8±9.5	58.7±4.3	59.6±8.4	19,211	0.003
Mental Fonksiyon Özet*	46.8±7.6	52.0±5.2	53.7±4.9	17,244	0.021

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.8’de yaşanılan yere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Yaşanılan yer ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki fark incelenmiş ve kişiler arası destek ($p>0.05$) alt boyutu hariç, diğer alt boyutlarda anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyutlarında farklılığı araştırmak adına yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, tüm gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sağlık sorumluluğu ve egzersiz için en yüksek puan il (22.4;7.28) olarak bulunmuştur. Kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres alt boyutları için uygulanan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre kendini gerçekleştirme ve beslenme için tüm alt gruplarda farklılık bulunmuştur. Stres grubu için yapılan analizde köy ve ilçe arasında anlamlı farka rastlanmamış, farkı oluşturan değer il olduğu tespit edilmiştir. En yüksek puanlar ise kendini gerçekleştirme, beslenme ve stres için ildir (30.6;15.7;19.6). En yüksek SYBD puanı ilde yaşayanlara (115.3) aittir.

Tablo 4.2.8’de yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt gruplar incelendiğinde genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol için anlamlı fark tespit edilememiştir. Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti, mental sağlık ve mental sağlık özeti yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark söz konusudur. Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyon özeti için Tukey testi uygulandığında, farklılığın tüm gruplardan kaynaklandığı görülmektedir. Bununla birlikte fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyon özeti için en yüksek puanlar il (44.1;44.4;50.2) grubuna ait puanlardır. Ağrı, mental sağlık ve mental sağlık özeti yaşam kalitesi puanları arasındaki farklılık için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi uygulandığında, üç alt boyut içinde farklılığa köy grubundaki puanlar neden olmaktadır. Ağrı, mental sağlık ve mental sağlık özeti için en yüksek puanlar incelendiğinde ağrı için il (62.9), mental sağlık ve mental sağlık özeti için il grubu (59.6;53.7) oluşturmaktadır.

Tablo 4.2.9. Birlikte Yaşanılan Kişi Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Evde yalnız	Eşle	Eş ve Çocuk	Diğer(gelin,torun vb.)	KW yada F	Olasılık Değeri
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
SYBD alt ölçekleri						
Kendini Gerçekleştirme	28.6±4.1	29.3±5.0	28.4±5.1	25.6±4.1	17,24	0.002
Sağlık Sorumluluğu*	20.1±5.2	20.7±6.1	19.8±6.3	17.0±5.2	18,58	0.005
Egzersiz	7.16±1.1	6.76±2.4	7.04±2.4	5.80±1.6	19,65	0.003
Beslenme*	14.2±4.1	15.1±6.4	15.0±8.6	13.2±4.5	19,51	0.013
Stres*	18.1±3.6	19.1±7.6	19.1±4.3	16.3±1.6	17,54	0.000
Kişilerarası Destek*	18.3±2.0	19.7±9.0	19.3±2.1	17.3±8.7	19,54	0.000
SYBD Toplam	106.7±21.1	110.8±15.7	95.4±11.2	106.2±17.9	20,11	0.000
SF-36 alt ölçekleri						
Fiziksel Fonksiyon						
Fiziksel Sağlık	24.8±4.1	41.8±6.7	59.5±4.6	17.1±6.0	19,54	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	18.3±5.3	34.9±4.9	57.6±9.5	7.14±8.4	18,64	0.000
Ağrı*	61.1±6.1	54.1±8.6	50.4±8.6	62.0±6.3	19,54	0.000
Genel Sağlık Algısı*	63.0±8.9	62.9±9.5	61.0±7.9	61.8±9.0	2,01	0.725
Fiziksel Fonksiyon Özet	42.0±4.1	48.4±4.2	57.1±5.7	37.8±4.8	19,21	0.000
Mental Fonksiyon						
Canlılık (Enerji)*	55.0±5.1	55.0±4.5	53.0±6.9	55.7±7.5	2,12	0.657
Sosyal Fonksiyon*	46.2±4.6	44.6±8.9	45.1±7.8	44.6±9.6	3,52	0.936
Emosyonel Rol*	50.0±3.2	49.0±6.4	59.4±9.4	34.2±4.2	1,32	0.158
Mental Sağlık*	54.2±5.9	59.0±5.6	57.5±2.3	56.9±8.1	3,62	0.061
Mental Fonksiyon Özet*	51.3±8.9	51.9±3.7	53.7±7.1	47.8±6.1	2,54	0.304

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.9’da birlikte yaşanılan kişi durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Birleriyle birlikte yaşama durumu incelendiğinde kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt ölçekleri anlamlıdır ($p < 0.05$). Kendini gerçekleştirme ve egzersiz için uygulanan Tukey testi sonuçlarına göre, farklılığı diğer (torun, çocuklar ile) grubu oluşturmaktadır. Sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve kişiler arası destek için uygulanan Bonferroni düzeltmeli MannWhitney-U testi sonuçlarına göre farklılığın nedenini diğer (gelin, torun vb.) grubu oluşturmaktadır. En yüksek puanlar incelendiğinde ise kendini gerçekleştirme için eşle birlikte yaşayan (29.3) sağlık sorumluluğu için eşle birlikte yaşayan (20.7) egzersiz için evde yalnız yaşayan (7.16), beslenme için eşle birlikte yaşayan (15.1), stres için eşle birlikte yaşayan ve eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan grup (19.1) ve kişiler arası destek için eşle birlikte yaşayan gruptur (19.7). En yüksek SYBD puanı eşle yaşayanlara (118.7) aittir

Tablo 4.2.9’da yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin anlamlılıklar incelendiğinde, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon alt ölçekleri anlamlı değildir ($p > 0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü,

ağrı ve fiziksel fonksiyon özeti alt ölçekleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Anlamlılığın hangi değişkenden kaynaklandığını araştırmak için fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyon özeti için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, tüm değişkenlerin birbirinden farklı olduğu tespit edilmiştir. Ağrı alt ölçeği için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre tüm değişkenler birbirinden anlamlı olarak farklıdır sonucuna ulaşılmıştır. En yüksek puanlar incelendiğinde ise, fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyon özeti için eşle ve çocukla yaşayan bireyler (59.5;57.6;57.1) olarak tespit edilmiştir. Ağrı alt ölçeği için en yüksek puan ise diğer (gelin, torun) (62.0) grubu bulunmuştur.

Tablo 4.2.10. Sosyal Güvence Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Var $\bar{x} \pm SS$	Yok $\bar{x} \pm SS$	z yada T	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri				
Kendini Gerçekleştirme*	28.7±8.9	26.0±9.7	4.214	0.006
Sağlık Sorumluluğu*	20.3±6.4	16.6±4.5	3.954	0.001
Egzersiz	6.82±2.6	5.92±1.6	4.514	0.009
Beslenme*	14.6±5.1	13.7±5.6	1.021	0.269
Stres*	18.5±8.6	17.1±7.6	0.912	0.917
Kişilerarası Destek*	18.9±9.4	18.6±4.5	3.921	0.029
SYBD Toplam*	108.0±17.9	98.1±15.6	4.512	0.008
SF-36 alt ölçekleri				
Fiziksel Fonksiyon				
Fiziksel Sağlık*	36.8±7.8	30.0±7.8	1.081	0.139
Fiziksel Rol Güçlüğü*	29.2±9.6	26.7±6.9	1.625	0.785
Ağrı*	56.8±4.3	60.7±4.7	0.912	0.162
Genel Sağlık Algısı*	62.3±9.6	63.0±9.5	0.954	0.507
Fiziksel Fonksiyon Özet*	46.3±8.0	45.1±8.6	0.856	0.408
Mental Fonksiyon				
Canlılık (Enerji)*	55.1±5.3	53.5±7.3	0.741	0.238
Sosyal Fonksiyon*	44.5±6.4	47.3±9.1	1.521	0.116
Emosyonel Rol*	49.7±8.9	36.9±8.2	1.231	0.164
Mental Sağlık*	58.0±5.6	54.7±5.6	1.201	0.113
Mental Fonksiyon Özet*	51.8±7.1	48.1±7.2	1.302	0.177

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.10'da sosyal güvence durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Beslenme ve stres alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz ve kişiler arası destek alt boyutları için değişkenler anlamlıdır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz ve kişiler arası destek alt boyutları için en yüksek puan sosyal güvenceye sahip olan gruptur (28.7;20.3;6.82;18.9). Ayrıca en yüksek SYBD puanı sosyal güvenceye sahip (108.0) olanlara aittir.

Tablo 4.2.9'da yaşam kalitesi alt ölçekleri ile sosyal güvenceye sahip olma durumu arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.11. Gelir Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ortalama Puanlarının Dağılımı

	Gelir<Gider	Gelir=Gider	Gelir>Gider	KW yada F	Olasılık Değeri
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	27.3±8.9	31.9±6.7	36.8±10.2	19.11	0.000
Sağlık Sorumluluğu*	18.3±4.6	25.0±8.5	31.0±11.3	18.52	0.000
Egzersiz*	6.32±2.3	8.19±4.1	9.20±2.6	19.65	0.000
Beslenme*	13.9±9.5	16.8±5.6	19.6±4.7	19.84	0.000
Stres*	17.7±8.9	20.5±9.5	24.2±8.9	19.51	0.000
Kişilerarası Destek*	18.5±6.7	20.2±7.8	21.4±6.4	20.18	0.004
Toplam SYBD*	102.2±15.4	122.2±14.8	142.0±9.9	20.12	0.000
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık*	31.6±6.4	54.5±7.1	60.0±10.3	20.14	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	23.4±7.8	52.3±8.2	70.0±11.5	20.95	0.000
Ağrı*	50.9±9.6	50.9±9.4	58.0±6.8	19.52	0.026
Genel Sağlık Algısı*	62.1±5.6	65.0±7.3	60.0±9.7	3.65	0.093
Fiziksel Fonksiyon Özet*	44.0±8.9	55.7±6.5	60.0±6.4	19.51	0.000
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	54.6±4.1	55.7±7.4	56.0±4.2	2.36	0.889
Sosyal Fonksiyon*	45.4±6.3	42.8±5.3	42.5±5.3	3.01	0.594
Emosyonel Rol	40.7±5.2	77.7±6.1	93.3±9.6	20.14	0.000
Mental Sağlık*	56.2±9.1	62.2±8.6	67.2±5.2	19.62	0.002
Mental Fonksiyon Özet	49.2±6.4	59.6±9.1	64.7±8.1	20.14	0.000

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.11’de gelir durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımı yer almaktadır. Kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres, kişiler arası destek alt boyutları için anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres, kişiler arası destek alt boyutları için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre tüm gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. En yüksek puanlar incelendiğinde ise, tüm gruplar için gelirin giderden yüksek olduğu gruba ait olduğu tespit edilmiştir (36.8; 31.0; 9.20; 19.6; 24.2; 21.4). Ayrıca en yüksek SYBD ölçeği puanı geliri giderinden çok (142.0) olanlara aittir.

Tablo 4.2.11’de yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt gruplar incelendiğinde genel sağlık algısı, canlılık ve sosyal fonksiyon için anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti, emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları

arasında anlamlı fark mevcuttur ($p<0.05$). Fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol ve mental fonksiyon özeti için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre, tüm gruplar için anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Fiziksel sağlık, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental sağlık için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre fiziksel sağlık, fiziksel fonksiyon özeti ve mental sağlık için tüm grupların farklı, ağrı alt boyutu için gelirin giderden az olduğu grubun farklı olduğu tespit edilmiştir. En yüksek puanlar ise, fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon özeti, ağrı, emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti için gelirin giderden çok olduğu gruba ait olduğu tespit edilmiştir (60.0; 70.0;58.0; 60.0; 56.0; 93.3; 67.2; 64.7).

Tablo 4.2.12. Sigara Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Kullanıyor $\bar{x} \pm SS$	Hiç Kullanmamış $\bar{x} \pm SS$	Bırakmış $\bar{x} \pm SS$	KW yada F	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	28.3±9.8	26.9±9.8	29.6±8.1	20.11	0.001
Sağlık Sorumluluğu*	19.6±7.4	18.0±7.6	21.5±9.6	19.21	0.002
Egzersiz	6.59±2.3	6.26±2.1	7.18±1.3	20.21	0.010
Beslenme*	14.4±6.6	14.0±4.6	15.3±9.4	3.21	0.065
Stres*	18.6±7.1	16.8±8.1	19.7±8.3	20.51	0.000
Kişilerarası Destek*	18.0±8.2	19.3±7.2	19.0±4.5	3.51	0.099
SYBD Toplam*	105.4±15.1	101.4±18.5	112.5±17.7	19.61	0.003
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık	47.5±7.6	54.2±6.3	39.3±4.5	19.51	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	40.4±4.2	43.1±5.3	37.7±6.2	19.58	0.000
Ağrı*	53.3±5.3	61.3±6.3	56.6±5.0	19.41	0.017
Genel Sağlık Algısı*	61.7±9.8	63.1±7.9	62.0±9.8	2.01	0.329
Fiziksel Fonksiyon Özet	50.7±4.1	59.4±5.4	48.9±7.1	20.12	0.000
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	53.9±7.2	55.5±6.1	54.8±10.2	3.21	0.206
Sosyal Fonksiyon*	43.7±9.3	45.0±7.8	45.9±9.6	2.01	0.588
Emosyonel Rol*	46.8±8.5	47.7±9.4	59.1±8.4	19.21	0.040
Mental Sağlık	57.0±4.1	57.9±5.6	57.0±7.6	2.08	0.867
Mental Fonksiyon Özet*	50.3±9.0	49.0±8.6	54.2±5.2	3.25	0.081

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.12’de sigara kullanma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Sigara kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı arasındaki ilişki incelendiğinde, beslenme ve kişiler arası destek alt boyutları için anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$). Kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres alt boyutları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutu için uygulanan Tukey testi sonuçlarına göre farklılığın nedeni sigarayı bırakan gruptur. Kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu ve stres alt boyutları için uygulanan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre tüm gruplar birbirlerinden farklıdır. En yüksek puanlar incelendiğinde ise, kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres alt boyutları için sigarayı bırakan grubun değerleri en yüksektir (29.6; 21.5; 7.18; 19.7). Ayrıca en yüksek SYBD ölçeği puanı sigarayı bırakanlara (112.5) aittir.

Tablo 4.2.12’de yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt gruplar incelendiğinde genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, mental sağlık ve mental fonksiyon alt

boyutlarında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol g¼c¼l¼đ¼, ağrı, fiziksel fonksiyon ¼zeti ve emosyonel rol istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol g¼c¼l¼đ¼ ve fiziksel fonksiyon ¼zeti için yapılan Tukey testi sonuçlarına g¼re, t¼m değişkenler birbirlerinden farklıdır. Ağrı ve emosyonel rol alt boyutları için yapılan Bonferroni d¼zeltmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına g¼re t¼m değişkenler birbirlerinden farklıdır. En y¼ksek puanlar incelendiğinde ise, fiziksel sağlık, fiziksel rol g¼c¼l¼đ¼, fiziksel fonksiyon ¼zeti, ağrı için sigara kullanmayan gruptur. (54.2;43.1;64.2; 61.3). Emosyonel rol için sigarayı bırakan (59.1) grup en y¼ksek puana sahiptir.

Tablo 4.2.13. Diyabet Süresine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	11+ yıl	KW yada	Olasılık
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	F	Değeri
SYBD alt ölçekleri						
Kendini Gerçekleştirme	30.6±9.8	27.8±6.4	27.9±7.1	27.6±7.1	2.01	0.147
Sağlık Sorumluluğu*	21.5±7.1	19.3±5.8	20.1±8.6	18.4±9.5	3.24	0.099
Egzersiz*	7.08±3.5	6.62±2.1	6.65±1.5	6.48±2.6	2.92	0.356
Beslenme*	15.5±6.8	14.0±5.6	14.5±6.3	14.6±4.6	19.12	0.030
Stres*	20.0±7.1	18.0±9.4	17.9±8.9	18.0±7.5	3.52	0.959
Kişilerarası Destek*	19.0±4.6	18.7±8.6	19.0±7.5	18.7±8.6	3.14	0.959
SYBD Toplam*	114.0±19.5	104.7±14.6	106.0±17.4	103.9±20.3	2.62	0.148
SF-36 alt ölçekleri						
Fiziksel Fonksiyon						
Fiziksel Sağlık*	58.9±7.4	39.5±4.6	32.5±4.2	21.3±4.8	19.21	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	52.1±8.6	34.8±6.5	26.7±6.5	10.9±7.2	19.41	0.000
Ağrı*	63.6±5.6	58.9±8.2	55.4±8.2	48.6±6.5	20.20	0.000
Genel Sağlık Algısı*	61.5±9.1	61.8±6.3	63.0±7.1	62.9±7.4	3.20	0.795
Fiziksel Fonksiyon Özet	55.3±7.3	49.9±4.1	45.2±9.3	39.7±6.5	19.21	0.000
Mental Fonksiyon						
Canlılık (Enerji)*	53.4±5.0	55.4±4.5	55.4±4.8	54.3±7.1	3.25	0.655
Sosyal Fonksiyon	42.9±6.3	43.4±9.6	48.5±6.5	44.2±5.6	1.23	0.096
Emosyonel Rol*	56.5±8.6	51.6±8.2	50.0±9.1	46.3±6.4	3.63	0.556
Mental Sağlık	61.3±7.4	58.4±7.6	55.6±7.5	55.9±7.5	3.92	0.110
Mental Fonksiyon Özet*	53.5±6.8	49.7±7.5	52.4±6.4	50.2±6.4	3.45	0.539

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır

Tablo 4.2.13'de diyabet süresine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Diyabet süresi durumuna bağlı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarından sadece beslenme alt boyutunda anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Beslenme alt boyutu için uygulanan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre farklılığın nedenini 1-5 yıldır diyabeti (14.0) olan bireylerden kaynaklandığı görülmektedir.

Tablo 4.2.13'de yaşam kalitesi ile diyabet süresi durumu arasındaki ilişki incelenmiş ve genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark tespit edilememiştir ($p > 0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve fiziksel fonksiyon özeti için anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Fiziksel rol güçlüğü ve

fiziksel fonksiyon özeti için uygulanan Tukey testi sonuçlarına göre tüm değişkenler birbirlerinden farklı bulunmuştur. Fiziksel sağlık ve ağrı alt boyutları için uygulanan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre tüm değişkenler birbirlerinden farklı bulunmuştur. En yüksek puanlara bakıldığında ise fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve fiziksel fonksiyon özeti alt boyutları için 1 yıldan az zamandır diyabet hastası olan grup en yüksek puanlara sahiptir (58.9; 52.1; 63.9; 55.3).

Tablo 4.2.14. Hiperglisemik ve Hipoglisemik Atak Geçirme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ortalama Puanlarının Dağılımı

	Evet $\bar{x} \pm SS$	Hayır $\bar{x} \pm SS$	z yada T	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri				
Kendini Gerçekleştirme*	26.7±8.2	29.2±5.8	4.214	0.001
Sağlık Sorumluluğu*	18.2±7.5	20.6±7.2	3.961	0.030
Egzersiz*	6.5±2.4	6.7±3.1	1.024	0.486
Beslenme*	13.6±5.6	15.1±5.8	4.201	0.004
Stres*	17.3±4.8	19.0±5.9	3.984	0.001
Kişilerarası Destek*	18.3±6.3	19.2±7.2	3.684	0.049
SYBD Toplam*	100.8±16.7	110.0±17.8	4.021	0.001
SF-36 alt ölçekleri				
Fiziksel Fonksiyon				
Fiziksel Sağlık	23.5±5.6	44.0±8.9	4.253	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü	12.8±1.2	39.9±8.6	4.941	0.000
Ağrı*	54.0±4.8	62.6±10.2	4.144	0.000
Genel Sağlık Algısı*	62.8±5.6	62.1±11.5	1.033	0.605
Fiziksel Fonksiyon Özet	40.4±2.4	50.0±12.6	4.214	0.000
Mental Fonksiyon				
Canlılık (Enerji)*	56.0±4.2	54.0±13.2	1.321	0.051
Sosyal Fonksiyon*	45.5±5.8	44.7±10.8	1.023	0.809
Emosyonel Rol*	42.1±6.2	51.0±12.1	1.204	0.248
Mental Sağlık*	55.6±5.1	58.6±13.4	3.962	0.019
Mental Fonksiyon Özet	49.8±5.1	52.1±11.5	1.025	0.250

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.14'de hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirme durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımı yer almaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, egzersiz alt boyutu ile hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirme durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyutları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Tüm alt ölçekler incelendiğinde hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirmeyen hastaların puanları daha yüksektir. Puanlar, kendini gerçekleştirme (29.2), sağlık sorumluluğu (20.6), beslenme (15.1), stres (19.0) ve kişiler arası destek (19.2) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca SYBD ölçeği toplam puanı (110.0) açısından hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirmeyen hastaların puanları daha yüksektir.

Tablo 4.2.14'de yaşam kalitesi alt ölçekleri ile hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirme durumu arasındaki ilişki incelenmiştir. Genel sağlık algısı, canlılık,

sosyal fonksiyon, emosyonel rol ve mental fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental sağlık puanları arasında anlamlı fark mevcuttur ($p<0.05$). Fiziksel sağlık (44.0), fiziksel rol güçlüğü (39.9), ağrı (62.6), fiziksel fonksiyon özeti (50.0), mental sağlık (58.6) olarak hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirmeyenlerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.15. Koroner Arter Hastalığı Süresine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Ortalama Puanlarının Dağılımı

	1 yıldan az	1-5 yıl	6-10 yıl	10+ yıl	KW yada F	Olasılık Değeri
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
SYBD alt ölçekleri						
Kendini Gerçekleştirme*	29.2±12.1	27.6±11.2	27.4±12.4	28.3±10.2	19.01	0.259
Sağlık Sorumluluğu*	20.9±14.2	18.7±10.2	19.4±10.2	18.8±5.9	17.21	0.098
Egzersiz*	6.80±2.3	6.60±3.5	6.57±2.8	6.36±3.4	3.201	0.432
Beslenme*	14.8±5.6	13.8±5.8	14.4±8.9	16.2±6.4	17.52	0.094
Stres*	18.3±4.8	18.0±5.9	18.4±8.6	19.6±8.4	18.51	0.542
Kişilerarası Destek*	19.1±14.8	18.5±8.4	18.3±9.7	20.3±9.4	16.52	0.325
SYBD Toplam*	109.4±18.7	103.3±16.3	104.6±17.2	109.8±22.7	19.20	0.256
SF-36 alt ölçekleri						
Fiziksel Fonksiyon						
Fiziksel Sağlık*	45.1±12.2	33.3±10.8	30.1±9.8	12.7±6.8	20.24	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü*	38.5±10.5	22.5±11.1	31.2±12.2	6.81±2.8	21.02	0.027
Ağrı*	79.0±14.5	59.2±13.6	56.6±18.4	55.0±15.2	20.95	0.006
Genel Sağlık Algısı*	62.6±13.5	62.5±14.4	60.7±15.6	65.0±15.6	3.015	0.306
Fiziksel Fonksiyon Özet*	50.3±16.4	43.7±13.4	45.3±17.3	38.8±9.8	23.05	0.007
Mental Fonksiyon						
Canlılık (Enerji)*	54.9±12.2	55.0±15.6	55.0±12.8	53.6±12.9	2.361	0.914
Sosyal Fonksiyon*	44.2±11.8	45.6±14.7	46.8±11.6	40.9±14.5	1.251	0.675
Emosyonel Rol*	50.8±10.6	45.0±9.8	47.6±11.4	42.4±16.5	3.210	0.862
Mental Sağlık*	59.7±11.9	55.5±6.8	58.4±12.3	53.0±19.6	2.659	0.071
Mental Fonksiyon Özet*	52.4±10.8	50.2±12.9	51.9±13.5	47.5±9.8	1.631	0.549

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır

Tablo 4.2.15' de Koroner arter hastalığı süresine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeğinin ortalama puanlarının dağılımı yer almaktadır. Koroner arter hastalığı süresi durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde, sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçeklerinden hiçbiri anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.15' de koroner arter hastalığı süresine göre yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı fark tespit edilememiştir ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve fiziksel fonksiyon özeti puanları arasında anlamlı fark mevcuttur ($p<0.05$). Anlamlılığın kaynağını bulmak için Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Farklılığın tüm değişkenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. En yüksek puanlar incelendiğinde ise fiziksel sağlık (45.1), fiziksel rol güçlüğü (38.5), ağrı (70.9) ve fiziksel fonksiyon özeti (50.3) olarak 1 yıldan az zamandır koroner arter hastalığı olanların daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2.16 KAH Bilgi Sahibi Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı

	Evet $\bar{x} \pm SS$	Hayır $\bar{x} \pm SS$	z yada t	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri				
Kendini Gerçekleştirme*	33.4±13.2	27.6±10.5	23.048	0.000
Sağlık Sorumluluğu*	24.3±10.2	19.1±9.8	24.210	0.002
Egzersiz*	7.46±3.6	6.58±4.2	3.201	0.069
Beslenme*	17.4±8.9	14.1±6.8	19.652	0.001
Stres*	20.8±9.5	18.0±9.7	20.614	0.006
Kişilerarası Destek*	21.2±8.7	18.6±6.3	26.214	0.007
SYBD Toplam*	111.5±19.9	107.0±17.5	19.114	0.030
SF-36 alt ölçekleri				
Fiziksel Fonksiyon				
Fiziksel Sağlık*	45.6±10.2	34.5±16.8	3.251	0.123
Fiziksel Rol Güçlüğü*	45.0±15.3	27.1±10.2	2.632	0.060
Ağrı*	53.3±14.6	58.0±15.6	1.256	0.204
Genel Sağlık Algısı*	65.6±9.8	62.0±16.9	20.14	0.014
Fiziksel Fonksiyon Özet*	52.4±14.6	45.4±9.7	3.214	0.508
Mental Fonksiyon				
Canlılık (Enerji)*	53.0±11.2	55.0±21.3	3.256	0.166
Sosyal Fonksiyon*	40.8±16.8	45.4±18.6	2.014	0.235
Emosyonel Rol*	62.2±14.6	45.8±14.7	3.268	0.210
Mental Sağlık*	61.8±18.9	56.9±17.9	2.952	0.068
Mental Fonksiyon Özet*	56.4±20.1	50.8±18.8	1.933	0.395

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.16' da KAH bilgi sahibi olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının dağılımı yer almaktadır. KAH bilgi sahibi olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde, egzersiz alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyutları istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Tüm alt ölçekler incelendiğinde KAH bilgi sahibi olanların puanları daha yüksektir. Puanlar, kendini gerçekleştirme (33.4), sağlık sorumluluğu (24.3), beslenme (17.4), stres (20.8) ve kişiler arası destek (21.2) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca KAH bilgi sahibi olanların SYBD toplam puanları (115.2) daha yüksektir.

Tablo 4.2.16'da KAH bilgi sahibi olma durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden sadece genel sağlık algısı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Genel sağlık algısı (65.6) alt boyut

puanları incelendiğinde ise KAH bilgi sahibi olanların puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.17. Kontrollere Düzenli Gitme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Her zaman	Bazen	Hiçbirzaman	KW yada F	Olasılık Değeri
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	32.0±10.2	28.1±11.3	26.5±11.2	23.04	0.000
Sağlık Sorumluluğu*	25.9±11.3	19.1±9.8	17.1±9.7	24.02	0.000
Egzersiz	8.00±4.5	6.45±3.2	6.21±3.4	20.34	0.000
Beslenme*	16.7±3.9	14.6±2.1	13.2±3.4	19.65	0.000
Stres*	20.6±12.1	18.2±10.8	17.3±11.2	20.36	0.000
Kişilerarası Destek*	20.1±10.8	19.3±9.7	17.8±13.4	20.69	0.000
SYBD Toplam*	123.3±17.8	106.0±13.8	98.2±15.7	19.01	0.000
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık	47.2±13.4	40.0±12.4	25.8±14.5	19.65	0.000
Fiziksel Rol Güçlüğü*	41.1±14.6	30.3±10.8	21.4±12.6	3.045	0.051
Ağrı*	42.5±14.6	54.7±11.3	62.9±18.4	20.21	0.001
Genel Sağlık Algısı*	62.7±15.9	62.8±16.6	61.8±13.2	2.015	0.654
Fiziksel Fonksiyon Özet*	51.0±10.7	46.9±12.8	52.9±14.0	19.01	0.007
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	55.9±14.5	54.7±12.6	54.4±15.6	3.021	0.566
Sosyal Fonksiyon*	41.5±13.4	45.4±14.8	46.2±14.8	2.014	0.195
Emosyonel Rol	63.4±15.6	42.0±15.6	44.7±17.9	3.019	0.102
Mental Sağlık*	62.3±20.1	57.8±20.4	54.6±20.6	20.31	0.001
Mental Fonksiyon Özet	55.8±13.4	50.0±14.7	50.0±14.5	3.011	0.087

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır

Tablo 4.2.17’de kontrollere düzenli gitme durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kontrollere düzenli gitme durumuna bağlı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde, egzersiz değişkenine uygulanan Tukey testi sonucuna göre farklılık her zaman kontrollerine düzenli giden gruptan kaynaklanmaktadır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve kişiler arası destek grupları için uygulanan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonucuna göre farklılık bütün değişkenlerden kaynaklanmaktadır. En yüksek puanlar incelendiğinde kendini gerçekleştirme (32.0), sağlık sorumluluğu (25.9), egzersiz (8.0), beslenme (16.7), stres (20.6) ve kişiler arası destek (20.1) alt boyutları için en yüksek puan her zaman kontrollerine düzenli giden gruba aittir. En yüksek SYBD ölçeği puanına (123.3) da kontrollerine düzenli gidenler sahiptir.

Tablo 4.2.17’de kontrollere düzenli gitme durumuna bağlı olarak yaşam kalitesi ölçeği incelenmiş ve fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal

fonksiyon, emosyonel rol ve mental sağlık fonksiyon özeti puanlarında anlamlı fark bulunmuştur ($p>0.05$). Fiziksel sağlık, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental sağlık alt ölçekleri için ise puanlar farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Fiziksel sağlık için Tukey testi uygulanmış ve tüm değişkenlerin birbirinden farklı oldukları görülmüştür. Ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental sağlık alt boyutları için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi uygulanmış ve farklılığın tüm değişkenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. En yüksek puanlar incelendiğinde ise, fiziksel sağlık (47.2) ve mental sağlık (62.3) için en yüksek puan her zaman kontrollerine düzenli giden gruba aittir. Ağrı (62.5)ve fiziksel fonksiyon özeti (59.2) için en yüksek puan kısmen kontrollerine giden gruba aittir.

Tablo 4.2.18 Diyet Programına Uyma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı

	Her zaman	Bazen	Hiçbirzaman	KW yada F	Olasılık Değeri
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$		
SYBD alt ölçekleri					
Kendini Gerçekleştirme*	31.2±5.8	28.0±6.7	26.6±5.4	20.64	0.000
Sağlık Sorumluluğu	23.3±7.9	19.5±8.1	17.5±6.2	19.32	0.000
Egzersiz	7.75±2.3	6.65±2.1	6.17±3.1	20.65	0.000
Beslenme*	17.1±8.4	14.2±7.5	13.2±5.4	19.63	0.000
Stres*	20.0±5.6	18.0±4.3	17.7±3.6	23.01	0.003
Kişilerarası Destek*	21.1±4.8	18.9±2.4	17.3±2.4	24.04	0.000
SYBD Toplam*	120.6±17.8	105.3±16.1	98.8±17.9	23.96	0.000
SF-36 alt ölçekleri					
Fiziksel Fonksiyon					
Fiziksel Sağlık*	37.0±8.9	27.4±7.4	26.0±6.3	3.25	0.054
Fiziksel Rol Güçlüğü	55.1±4.6	56.4±5.1	61.0±6.3	1.21	0.437
Ağrı	63.7±7.5	61.4±6.2	63.2±6.1	2.01	0.129
Genel Sağlık Algısı*	49.4±10.5	45.6±11.2	44.8±10.5	3.96	0.094
Fiziksel Fonksiyon Özet*	49.4±10.3	45.6±10.8	44.8±10.6	1.65	0.192
Mental Fonksiyon					
Canlılık (Enerji)*	54.6±7.8	55.2±8.9	54.3±7.1	3.65	0.814
Sosyal Fonksiyon*	42.2±8.9	45.8±8.4	45.3±8.9	2.12	0.535
Emosyonel Rol*	67.8±6.8	44.8±7.6	39.1±7.9	19.65	0.022
Mental Sağlık*	60.0±7.5	58.3±6.8	54.1±6.5	20.14	0.018
Mental Fonksiyon Özet*	56.1±7.9	51.0±7.2	48.2±8.4	19.65	0.031

* Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır

Tablo 4.2.18’de diyet programına uyma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ölçeği ortalama puanlarının dağılımı yer almaktadır. Diyet programına uyma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelenmiş ve tüm alt ölçekler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu ve egzersiz için yapılan Tukey testi sonuçlarına göre farklılık tüm değişkenlerden kaynaklanmaktadır. Kendini gerçekleştirme, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyutları için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testine göre farklılık tüm değişkenlerden kaynaklanmaktadır. En yüksek puanlar incelendiğinde ise, kendini gerçekleştirme (31.2), sağlık sorumluluğu (23.3), egzersiz (7.75), beslenme (17.1), stres (20.0) ve kişiler arası destek (21.1) olarak her zaman diyet programına uyan hastaların en yüksek puanları aldıkları görülmüştür. Ayrıca en yüksek SYBD ölçeği toplam puanı (120.6) diyet programına her zaman uyanlara aittir.

Tablo 4.2.18’de diyet programına uyma durumuna göre yaşam kalitesi incelenmiş ve fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyon özeti, canlılık ve sosyal fonksiyon alt boyutları için anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özetleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney-U testi sonuçlarına göre farklılık tüm değişkenlerden kaynaklanmaktadır. En yüksek puanlar incelendiğinde, emosyonel rol (67.8), mental sağlık (60.0) ve mental fonksiyon özeti (56.1) olarak her zaman diyet programına uyan hastaların en yüksek puanları aldıkları görülmüştür.

4.3. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Bu bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 4.3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

SYBD SF-36	Kendini gerçekleştirme	Sağlık sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişiler arası destek	Stres yönetimi
Fiziksel fonksiyon	0,508 (0,000)	0,437 (0,000)	0,422 (0,000)	0,368 (0,000)	0,250 (0,002)	0,393 (0,000)
Fiziksel rol	0,333 (0,000)	0,362 (0,000)	0,450 (0,000)	0,295 (0,000)	0,048 (0,550)	0,274 (0,000)
Ağrı	0,314 (0,000)	0,279 (0,000)	0,323 (0,000)	0,246 (0,000)	0,099 (0,220)	0,162 (0,043)
Genel sağlık algısı	-0,003 (0,956)	-0,149 (0,063)	-0,151 (0,059)	-0,074 (0,356)	0,091 (0,259)	-0,001 (0,987)
Fiziksel fonksiyon özeti	0,427 (0,00)	0,402 (0,000)	0,447 (0,000)	0,335 (0,000)	0,152 (0,058)	0,366 (0,000)
Canlılık	-0,085 (0,294)	-0,005 (0,955)	0,065 (0,421)	-0,156 (0,051)	-0,112 (0,164)	-0,151 (0,059)
Sosyal fonksiyon	-0,207 (0,009)	-0,087 (0,281)	-0,038 (0,641)	-0,112 (0,163)	-0,088 (0,275)	-0,180 (0,024)
Emosyonel rol	0,431 (0,000)	0,264 (0,001)	0,312 (0,000)	0,374 (0,000)	0,278 (0,000)	0,363 (0,000)
Mental sağlık	0,436 (0,000)	0,412 (0,000)	0,280 (0,000)	0,404 (0,000)	0,295 (0,000)	0,263 (0,001)
Mental fonksiyon özeti	0,411 (0,000)	0,296 (0,000)	0,331 (0,000)	0,365 (0,000)	0,270 (0,001)	0,313 (0,000)

* Parantez içi değerler olasılık değerleridir.

Tablo 4.3.1’de SYBD ve SF-36 alt ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Fiziksel rol ve kişiler arası destek; ağrı ve kişiler arası destek; genel sağlık algısı ve tüm SYBD alt ölçekleri; fiziksel fonksiyon özeti ve kişiler arası destek; canlılık ve tüm SYBD alt ölçekleri; sosyal fonksiyon ve sağlık sorumluluğu, sosyal fonksiyon ve egzersiz; sosyal fonksiyon ve beslenme; sosyal fonksiyon ve kişiler arası destek arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Fiziksel fonksiyon ile tüm SYBD alt ölçekleri arasında anlamlı ve pozitif ilişki mevcuttur. Fiziksel rol ve SYBD alt ölçeklerinden kişiler arası destek alt ölçeği hariç anlamlı ve pozitif ilişki mevcuttur. Ağrı ile SYBD alt ölçeklerinden kişiler arası destek alt ölçeği hariç anlamlı ve pozitif ilişki mevcuttur. Fiziksel fonksiyon özeti ile SYBD alt ölçeklerinden kişiler arası destek alt ölçeği hariç anlamlı ve pozitif ilişki mevcuttur. Sosyal fonksiyon ile kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi arasında anlamlı ve negatif ilişki mevcuttur. Emosyonel rol ile tüm SYBD alt ölçekleri arasında anlamlı ve pozitif ilişki mevcuttur. Mental sağlık ile tüm SYBD alt ölçekleri arasında anlamlı ve pozitif ilişki mevcuttur. Mental fonksiyon özeti ile tüm SYBD alt ölçekleri arasında anlamlı ve pozitif ilişki mevcuttur.

5. TARTIŞMA

Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amacı ile yapılan araştırma verilerine ait bulguların tartışılması üç başlık altında yapılacaktır.

1. Tanımlayıcı özellikler ile ilgili bulguların SYBD üzerine etkisinin tartışılması
2. Tanımlayıcı özellikler ile ilgili özelliklerin Yaşam Kalitesi üzerine etkisinin tartışılması
3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. Tanımlayıcı Özellikler İle İlgili Bulguların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerine Etkisinin Tartışılması

Hastaların SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 106,2 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınacak en yüksek puan ortalaması 148'dir, bu nedenle hastaların aldığı puanlar orta düzey olarak değerlendirilmektedir. Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yürüttüğü " Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi " çalışmasında kalp hastalarının toplam SYBD puan ortalamasını 127.45 olarak bulmuşlardır (63). Aradaki fark bizim çalışmamızda bireylerin yaş grubunun %42'sinin 65 ve üstü yaş grubunu oluşturması, çalışmaya dahil edilen tüm hastaların diyabeti olması ve tamamına yakınının (%82.7) HT' nu olması, okur yazar olmayan birey sayısının bu çalışmada daha yüksek oranda olması gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülmektedir. SYBD alt boyutları incelendiğinde araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, kendini gerçekleştirme boyutu için 28.2, sağlık sorumluluğu için 19.6, egzersiz için, 6.66, beslenme için 14.5, stres için 18.3 ve kişilerarası destek için 18.8 olarak bulunmuştur.

Kuru ve ark.'nın 2010 yılında yürüttüğü "GATA Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" çalışmasında hastaların SYBD alt boyutlarından aldığı puanlar, kendini gerçekleştirme alt boyutu için 30.5, kişiler arası destek alt boyutu için 30.45, beslenme alt boyutu için 27.68, sağlık sorumluluğu alt boyutu için 25.17,

stres yönetimi alt boyutu için 20.90, ve egzersiz alt boyutu için 18.44 olarak bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınabilecek en yüksek toplam puan bu araştırmada SYBDÖ II için 208 iken katılan grubun puan ortalaması 153,22 bulunmuş ve bu puan orta düzeyde bir puan olarak yorumlanmıştır (62). Yapılan bu çalışma ile bizim çalışmamız arasındaki farkın nedeni, Kuru ve ark.'nın yaptığı çalışmaya katılan hastaların bizim çalışmamıza katılan hastalara göre eğitim seviyelerinin yüksek olması ve subay-polis memuru gibi meslek mensubu bireylerin büyük çoğunluğu oluşturmamasından kaynaklandığı düşünülmüştür. SYBDÖ toplamından ve alt boyutlardan alınan puanların yüksek olması bireylerin sağlığı geliştirici davranışlara sahip olma ve kazanma düzeylerinin yüksek olduğunu gösterir. Bu durumda yaptığımız bu çalışmada bireylerin aldığı puanlara göre araştırmaya katılan hastaların kısmen sağlığı geliştirici davranışlara sahip olma ve kazanma düzeylerinin orta seviyelerde kaldığı görülmektedir.

Cinsiyet ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde beslenme hariç diğer sağlıklı yaşam biçimi alt boyutlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Erkeklerin kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların sağlık sorumluluğu ve kişiler arası destek sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca toplam SYBD ölçeği puanı erkeklerin daha yüksektir. Ege ve ark.'nın 2003 yılında "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi" , Zaybak ve ark.'nın 2004 yılında "Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi", İlhan ve ark.'nın 2004 yılında "Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" başlıkları ile yürüttükleri çalışmalarda cinsiyet ile SYBD alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamış ve kadın çalışanlar ve kız öğrencilerin SYBD puanları erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (28,31,118). Bizim çalışmamızda toplam SYBD puanı erkeklerde daha yüksek olarak tespit edilmiştir (109,2). Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yürüttükleri çalışmada ise erkeklerin SYBD puanları bizim çalışmamıza paralel olarak kadın cinsiyete göre yüksek tespit etmişlerdir (129,78) (63). Kuru ve ark.'nın 2010 yılında yürüttüğü çalışmada da erkeklerin sağlık sorumluluğu ve kişiler arası

destek alt boyutları dışında diğer alt boyutların puanlarının kadın cinsiyete göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (62). Bu çalışmadaki veriler bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar yorumlandığında erkeklerin hasta olduktan sonra SYBD' nı daha yüksek düzeyde gerçekleştirdikleri söylenebilir. Toplumumuzda sağlığı geliştirme programlarının yetersizliği ve kadınların bu programlara ulaşmada yaşadığı güçlük nedeni ile erkeklere göre kadınların SYBD' nı daha az gerçekleştirebildikleri söylenebilir. Aynı zamanda kadınların eğitim seviyesinin erkeklere göre daha düşük olması ve çalışma durumunun kadınlarda daha az olması sebebi ile SYBD puanları kadınlarda daha az bulunmasının sebebi olduğu düşünülmektedir.

Yaş ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde beslenme hariç diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişiler arası destek alt boyutları ve SYBD ölçeği toplam puanlarında anlamlı fark tespit edilmiştir. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres, kişiler arası destek alt boyutları ve SYBD ölçeği puanları için 54 ve altı yaş grubu ile 55-64 yaş grubu arasında anlamlı farklılık tespit edilememiş, 65 ve üstü yaş grubunun farklılığa neden olduğu bulunmuştur. 65 ve üstü yaş grubu sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı tüm alt ölçeklerde en az olandır. İleri yaşlarda alınan sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları en düşüktür. Bu durum Esin' nin 1997 yılında yürüttüğü "Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması" ve Sayan ve Erci' nin 1999 yılında yürüttüğü "Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" çalışmalarında tam tersidir (32,94). Yaş arttıkça SYBD ölçeği puanlarının da arttığını belirtmişlerdir. Sağlıklı gençlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha çok önem vermeleri bu durumun kaynağı olabilir. Bizim çalışmamızda ele alınan veri setinde tüm deneklerin hasta olması da bu durumun nedeni olabilir ve yaş arttıkça sağlığı geliştirme davranışları için gerekli olanaklara ulaşmada güçlük çekildiği ve hastalık ile birlikte yaşın da ileri seviyede olması sağlığı geliştirme davranışlarının gerçekleştirilmesinde anlamlı bir azalmaya neden olduğu düşünülmektedir. Genç hastalar kendilerine daha iyi bakmakta ve sağlığı geliştirme programlarına ulaşmada yaşlılara göre daha bağımsızdırlar. Çalışmamızda 54 ve altı yaş grubunun toplam SYBD puanı en yüksek bulunmuştur (111,1). Benzer şekilde Küçükberber ve ark.'

nın 2011 yılında yürüttüğü çalışmada da 49-60 yaş arasındaki bireylerin SYBD ölçeği puanları diğer yaş gruplarına göre daha yüksek tespit edilmiştir (130,82) (63). Kuru ve ark.'nın 2010 yılında yürüttüğü çalışmada da bizim çalışmamıza paralel olarak 20-49 yaş grubunun SYBD ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur (62). Bu sonuçlar yorumlandığında çalışmamızda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme düzeyinin azalması, yaşlandıkça başkalarına bağımlılık düzeyinin artması ve hastalıklar ile baş edebilme becerisinde anlamlı bir azalma olduğu ile açıklanabilir.

Eğitim durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres, kişiler arası destek boyutları ve toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyut puanları incelendiğinde üniversite ve üstü eğitime sahip grubun en yüksek puanlara sahip olduğu da görülmektedir. Eğitim durumu yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları da yükselmektedir. Ege ve ark.'nın 2003 yılında yürüttüğü “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi” ve Esin'nin 1998 yılında yürüttüğü “Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi” çalışmalarında da bizim çalışmamıza paralel sonuçlar bulunmuştur (28,33). Çalışmamızda üniversite ve üstü eğitime sahip olan bireylerin toplam SYBD ölçeği puanı en yüksektir (141.0). Farklı olarak Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yürüttüğü çalışmada lise eğitimine sahip olan bireylerin SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur (135.03) (63). Kuru ve ark.'nın 2010 yılında yürüttüğü çalışmada da üniversite mezunlarında, ilkokul, lise ve yüksekokul mezunlarına göre kişilerarası destek alt boyutu dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme düzeyi daha yüksek düzeyde bulunmuş ve anlamlılık gösterdiği belirtilmiştir (62). Bizim çalışmamız ve yapılan bu çalışmalara göre eğitim seviyesi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme düzeyi de artış göstermektedir. Bunun sebebi eğitimin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışların sağlık algısını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Medeni durum ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres, kişiler arası destek ve SYBD ölçeği puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Evli grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları diğer gruplardan tüm alt boyutlar için en yüksek puana sahiptir. Esin'in 1998 yılında yürüttüğü Türk kadınlarının sağlık davranışlarının değerlendirilmesi çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (33). Çalışmamızda evli olan bireylerin toplam SYBD puanı en yüksektir (110,6). Benzer olarak Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yürüttüğü çalışmada da bizim çalışmamıza paralel olarak evli bireylerin SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur (128,5) (63). Bu durumun kaynağı ise evli olmanın bireye kazandırdığı düzen, sorumluluk ve sosyal desteğin sağlanması ile açıklanabilir.

Çalışma durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres ve SYBD ölçeği puanları farklılık göstermektedir. Yarım gün çalışan ve tam gün çalışan grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bununla birlikte tüm alt boyutlarda en yüksek puana tam gün çalışanlar sahiptir. Çalışmamızda tam gün çalışanların toplam SYBD puanı en yüksektir (116,8). Benzer olarak Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yürüttüğü çalışmada da çalışan bireylerin SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur (130,11) (63). Tam gün çalışan bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok sergilemektedir. Bu sonuçların ortaya çıkmasındaki sebep tam gün çalışmanın verdiği motivasyon ve gelir yüksekliğinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmakta olduğunu düşündürmektedir.

İş-mesleki durum ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme sağlıklı yaşam biçimi davranış puanına göre en yüksek puan memura, sağlık sorumluluğu puanı bakımından memura, egzersiz puanı bakımından serbest meslek mensubuna, stres puanı bakımından memura ve kişiler arası destek puanı bakımından memura aittir. Aynı şekilde Kuru ve ark.'nın 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre de diğer meslek mensuplarına göre memurların sağlığı geliştirici davranışlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (62). Düzenli gelirin sağlığı geliştirici davranışları yapmada olumlu bir etken olduğu ve memur grubundaki bireylerin eğitim seviyelerinin yüksek olması, memurların çoğunlukla il ve buna

yakın oranda ilçede yaşadıkları ve sağlık hizmetlerine ve sağlığı geliştirme programlarına ulaşma imkanlarının ev hanımları ve emeklilere göre daha çok olması bu durumun sebebi olarak düşünülmektedir.

Yaşanılan yer ile SYBD ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, beslenme, stres alt boyutları ve SYBD toplam puanı için en yüksek puanlar ilde yaşanlara aittir. Bu durum Esin' nin 1998 yılında Türk kadınları ile ve Zaybak ve Fadıloğlu' nun 2004 yılında üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarda da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (33,118). Şehir yaşamı bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesini sağlar. Şehir yaşamı ile birey sağlıklı yaşam için gerekli bilgi ve motivasyonu sağlar. Sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve bu hizmetlerden yararlanma, ayrıca sağlığı geliştirme programlarına katılabilme şansı ilde yaşayan bireyler için daha olanaklı ve mümkündür.

Birlikte yaşanılan kişi durumu ile SYBD ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme alt boyutu için eşle birlikte yaşayan sağlık sorumluluğu alt boyutu için eşle birlikte yaşayan egzersiz alt boyutu için evde yalnız yaşayan, beslenme alt boyutu için eşle birlikte yaşayan, stres alt boyutu için eşle birlikte yaşayan ve eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan grup ve kişiler arası destek alt boyutu için eşle birlikte yaşayan grup en yüksek puanlara sahiptir. Ayrıca en yüksek SYBD puanı eşle yaşayanlara aittir. Zaybak ve Fadıloğlu' nun 2004 yılında yürüttüğü "Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışmada da benzer şekilde aile tipi çekirdek aile olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları daha yüksek bulunmuştur (118). Düzenli bir aile ortamında yaşayan bireyler diğer aile üyeleri ile birlikte yaşayan ve yalnız yaşayan bireylere göre sağlığını geliştirme davranışlarını üstlenmede eşlerden destek almaktadırlar, bu durum sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarının daha yüksek bulunmasının sebebi olarak düşünülmektedir.

Sosyal güvenceye sahip olma durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz ve kişiler arası destek alt ölçekleri için en yüksek puan sosyal güvenceye sahip olan grup olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca en yüksek SYBD puanı sosyal güvenceye sahip olanlara

aittir. Bu durum sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının sağlanmasında düzenli bir gelirin olmasının önemli olduğunun göstergesidir. Benzer olarak Aldinç ve ark.’nın 2004 yılında yürüttüğü “Ankara İlinde Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Medikososyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması” başlıklı araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye benzer bir ilişki sağlık güvencesi ile yaşam kalitesi arasında da bulunmuştur (3). Çalışmamıza paralel olarak Koçoğlu’ nun 2006 yılında yürüttüğü “Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler” başlıklı çalışmada da sosyal güvenceye sahip olanların SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur (58). Bireylerin sağlık güvencesine sahip olmaları sağlık hizmetlerine ulaşım imkanlarını artırma ve sağlık davranışlarını benimseyip uygulamada bireylere daha geniş imkanlar sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Gelir durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde gruplar için gelirin giderden yüksek olduğu grup en yüksek puanlara sahiptir. Bu durum gelirin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında en önemli etkenlerden biri olduğunu bir kere daha ispatlamaktadır. Birçok çalışmada gelir durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki doğrulanmıştır. Eski’ nin 1999 yılında yaptığı “Miyokart İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi”, Acaray ve Pınar’ ın 2004 yılında yaptığı “Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” çalışmalarda da gelir seviyesinin SYBD’ nı etkilediğini ve düşük gelire sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeye zorlanmakta olduklarını belirtmişlerdir (1,34). Çalışmamızda da geliri giderinden yüksek olanların toplam SYBD puanı en yüksektir (142,0). Benzer olarak Küçükberber ve ark.’ nın 2011 yılında kalp hastaları ile yaptıkları çalışmada maddi durumu iyi olan bireylerin SYBD ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur (133,24) (63). Aynı şekilde İlhan ve ark.’ nın 2010 yılında üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da ekonomik durumu çok iyi olanların kendini gerçekleştirme alt boyutu puan ortalaması 42, egzersiz alt boyutu puan ortalaması 13,22, kişilerarası destek alt boyutu puan ortalaması 24,38 ve SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 137,11 ile ekonomik durumu orta ve iyi olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (31). Zaybak ve Fadiloğlu’ nun 2004 yılında üniversite

öğrencileri ile yaptığı çalışmasında da ekonomik durumu iyi öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması, daha düşük gelirli öğrencilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (118). Sağlığı geliştirme modelinde ekonomik düzeyin artması ile olumlu sağlık davranışına sahip olma düzeyinin arttığı düşünüldüğünde gelir durumu yükseldikçe SYBD puanlarının da artması beklenen bir sonuçtur.

Sigara kullanımı ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres alt ölçekleri için sigarayı bırakan grubun değerleri en yüksektir. Ayrıca yüksek SYBD puanı sigarayı bırakanlara aittir. Sigarayı hiç kullanmayanlara oranla bırakanların daha yüksek puan alması, sigara kullanan bireylerin sağlıklı yaşamın farkına varmaları ve daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemeleriyle ilgilidir.

Diyabet süresi ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde sadece beslenme alt boyutunda anlamlı fark tespit edilmiştir (beslenme:15.5, $p<0.05$). 1 yıldan az zamandır diyabet hastalığına sahip olan bireyler beslenmelerine daha çok önem vermektedir. Bu durum hastalıkta henüz yeni olmalarının verdiği motivasyondan kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte uzun zamandır diyabet hastalığı olan bireylerin artık beslenmelerini çok da fazla önemsemediklerini göstermektedir. Aynı zamanda araştırma grubundakilerin ileri yaşlarda olanların uzun yıllardır diyabeti olması ile birlikte ilerleyen yaş ile birlikte diğer aile üyelerine bağımlı yaşamaları da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından düşük puan almalarının sebebi olarak düşünülmektedir.

Hiperglisemik ve Hipoglisemik atak geçirme durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyutları istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu alt boyutlarda hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirmeyen hastaların puanları daha yüksektir. Hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçiren hastalar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına fazla dikkat etmemektedir. Hiperglisemi ve Hipoglisemi bireyin beslenme alışkanlıkları, antidiyabetik tedavilerin düzgün uygulanıp uygulanmadığı, egzersiz yapma durumu, diyabete yönelik eğitim ve bilgi eksikliği ile ilişkilidir. Araştırma grubundaki hastaların bu durumu karşıladığı söylenebilir.

Hipertansiyon durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde alt boyutlardan hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Hipertansiyon olan veya olmayan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklılık göstermemektedir. Hipertansiyonu olmayan hastalarda SYBD toplam puanı ve SYBD alt boyutlarının tümünden elde edilen puanlar hipertansiyonu olan gruba göre daha yüksektir. HT sağlığı, sağlıklı davranmanın önüne geçebilecek düzeyde etkileyen kronik bir hastalıktır, bu grubun sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarından HT olan gruba göre yüksek bulunması beklenen bir durumdur. (Ek Tablo 1)

Hipertansiyon atakları ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyut puanları hipertansiyon atakları geçirmeyen bireylere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Hipertansiyon atakları geçiren bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına dikkat etmemektedir. SYBD alt boyutlarından ve SYBD toplam puanı en yüksek alan grup atak geçirmeyenlere aittir. Araştırmacıların verdiği ifadelerle göre HT atağı geçirmeyen grup genel olarak yaş ortalaması 65 yaşın altı, eğitim seviyesi biraz daha yüksek ve antihipertansifi düzenli kullanan bireyler olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların eğitim seviyesi, yaş ve düzenli ilaç kullanma alışkanlıkları atak geçirmemeleri ile doğru orantılıdır. (Ek Tablo 2)

Koroner arter hastalık süresi durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde alt boyutlardan hiçbiri istatistiksel olarak anlamlı değildir. Koroner arter hastalık süresine ilişkin sağlıklı yaşam biçimi davranışları farklılık göstermemektedir. Ancak 1 yıldan az zamandır KAH olan hastalar için egzersiz, sağlık sorumluluğu ve kendini gerçekleştirme alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur. Kuru ve ark.' Nın 2010 yılında koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmaya göre de KAH süresi iki yıldan az olan bireylerin toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme düzeyi daha yüksek bulunmuştur (62). KAH ile ilgili hastalık süresi arttıkça bireyin fiziksel ve mental sağlığı da olumsuz etkilendiği için hastalığın başında olan bireyler için fiziksel fonksiyon kapasitesinin daha yüksek olacağı düşünülerek egzersiz puan ortalamasının yüksek olması bu sonuçla uyumluluk göstermektedir. KAH 1 yıldan daha az zamandır olan bireylerin ifadelerine bakıldığında daha genç yaşta oldukları ve çalışmaya devam ettikleri,

eşleri, eşleri ve çocukları ile birlikte yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle bu alt boyutlardan yüksek puan almış olmaları beklenen bir durumdur. Hastalık süresi uzadıkça hastalığa ve riske ilişkin duyarlılığın azalması bu durumun sebebi olabileceği düşünülmektedir.

KAH bilgi sahibi olma durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyut puanları için KAH bilgi sahibi olanların puanları daha yüksektir. KAH bilgi sahibi olmak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Kurçer ve ark.'nın 2011 yılında yürüttüğü “Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı çalışma ile benzer sonuçlara ulaşılmıştır (61). Kuru ve ark. (2012)'nin çalışmasında da KAH ile ilgili sağlık davranışlarıyla ilgili bilgi alan bireylerde sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (62). Çalışmamızda hasta verilerine göre bilgi seviyelerini yeterli gören hastalar genel olarak sosyoekonomik düzeyi ve eğitim seviyesi yüksek bireylerden oluştuğu görülmektedir, bu kişilerde SYBD alt boyutlardan yüksek puan almaları beklenen bir durumdur.

Kontrollere düzenli gitme durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyutları için en yüksek puan her zaman kontrollerine düzenli giden gruba aittir. Ayrıca en yüksek SYBD toplam puanı kontrollerine düzenli gidenlere aittir. Kontrollere düzenli gitme durumu ile SYBD karşılıklı ilişkiye sahiptir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireyler kontrollerine daha sıklıkla ve düzenli gitmektedir. Araştırma grubundaki bireylerin genel özelliklerine göre kontrollere düzenli giden birey sayısı oldukça azdır ve bu grubun SYBD puanlarının yüksek bulunması beklenen bir durumdur.

Diyet programına uyma durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres ve kişiler arası destek al boyutları olarak her zaman diyet programına uyan hastaların en yüksek puanları aldıkları görülmüştür. Ayrıca en yüksek SYBD toplam puanı diyet programına her zaman uyanlara aittir. Diyet programına uyma durumu SYBD

karşılıklı ilişkiye sahiptir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireyler diyet programlarına daha düzenli uymaktadır.

KAH ve diyabete yönelik egzersiz durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres ve kişiler arası destek alt boyutları olarak KAH ve diyabete yönelik egzersiz yapan hastaların puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca KAH ve diyabete yönelik egzersiz yapanların SYBD toplam puanları daha yüksektir. KAH ve diyabete yönelik egzersiz durumu SYBD karşılıklı ilişkiye sahiptir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyen bireyler KAH ve diyabete yönelik egzersizi yerine getirmektedir. Kuru ve ark.'nın 2010 yılında koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada SYBD alt boyutlarından egzersize ait bulguların diğer alt boyutlara göre kıyaslandığında daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Egzersiz sağlığı geliştirmede en önemli faktörlerden biridir. Özellikle egzersizin hem sağlıklı hem de hasta bireylerde uygulanmasının ne kadar az olduğu yapılan birçok çalışmaya göre kanıtlanmıştır. Kuru ve ark.'nın 2010 yılında yaptıkları çalışmada bu durumun fiziksel hareketlilikle ilgili toplu taşıma araçları, güvenli yaya yolları kısıtlılığını yansıtıyor olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir (62). Egzersiz yapılmasındaki eksikliklerin egzersiz için oluşturulmuş uygun alanların eksikliği ve bu alanlara ulaşımındaki güçlüklerin toplumsal bir eksiklik olması egzersiz puanlarının düşük çıkmasının bir sebebi olarak düşünülmektedir ve egzersiz yapmaya elverişli alanlarda yaşayan bireylerin yüksek sosyoekonomik seviyede olması bizim çalışmamız için ayırt edici bir bulgu olmuş ve egzersiz yapan bireylerin SYBD puanları daha yüksek bulunmuştur. (Ek tablo 3)

Genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları, genç yaşta olanların, evlilerin, eğitim düzeyi yüksek olanların illerde, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ve gelir düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek tespit edilmiştir. Frank-Stromborg ve ark.(1990), Küçükberber ve ark (2011), kurçer ve ark (2012) yaptığı çalışmalarda da benzer şekilde Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında eğitim düzeyinin, gelir durumunun, yaş ve çalışma durumunun etkili değişkenler olduğu, sağlık davranışlarında ve hastalığa verdikleri ilk tepki üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir (38,63).

5.2. Tanımlayıcı Özellikler İle İlgili Bulguların Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Hastaların Fiziksel fonksiyon özeti 46,1 ve mental fonksiyon özeti 51,1 ortalamaya sahiptir. Bu çalışmaya benzer sonuçlar Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yürüttüğü çalışmada da bulunmuştur. Küçükberber ve ark.'nın çalışmasında kalp hastalarının fiziksel fonksiyon özet puan ortalaması 51.95, mental fonksiyon özet puan ortalaması 52.71 ve kalp hastalığı ile birlikte diyabeti olan hastalar için fiziksel fonksiyon puan ortalamasını 45.22 ve mental fonksiyon puan ortalamasını ise 47.58 olarak bulmuşlardır (63). KAH ve diyabet birlikte bulunduğu, yaşam kalitesi puan ortalamaları düşmektedir. Kronik hastalıkların getirdiği yükü yaşayan bireylerde fiziksel ve mental yönden tam bir iyilik hali yoktur. Kronik hastalıklar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Cinsiyet ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin fiziksel sağlık, fiziksel rol gücü ve fiziksel fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların ağrı yaşam kalitesi puanları erkeklere oranla daha düşüktür. Ayrıca genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve mental sağlık fonksiyon özetleri arasında anlamlı farklılık tespit edilememiştir. Bu çalışmaya benzer sonuçlar Castillion ve ark.'nın 2005 yılında yürüttüğü "Differences in Quality of Life Women and Men in The Older Population of Spain" ve Wang ve Shen' nin 2003 yılında yürüttüğü "Chinese SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation, Validation, and Normalisation" başlıklı çalışmalarında da benzer şekilde erkeklerin yaşam kaliteleri kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur (23,109). Bu durumun temelinde ele alınan grubun düşük gelirli olması ve düşük gelirli ailelerde en çok sıkıntıyı kadının çekmesi bulunmaktadır. Cinsiyet için en yüksek fiziksel fonksiyon özeti(49.6) ve mental fonksiyon özeti (52.4) erkeklere aittir. Benzer şekilde Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı çalışmada da en yüksek puanların fiziksel fonksiyon özeti (59.1) ve mental fonksiyon özeti (58.4) için erkeklere ait olduğu bulunmuştur (63). Kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre düşük olmasının nedeni, daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları, evlilikle ilgili daha fazla

problem yaşamaları, evde daha fazla sorumluluk almaları ve geleneksel rollere sahip olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Yaş ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental fonksiyon yaşam kalitesi puanları için 54 ve altı yaş grubu ile 55-64 yaş grubu arasında anlamlı farklılık tespit edilememiş, 65 ve üstü yaş grubunun en düşük puanları aldığı belirlenmiştir. Wang ve Shen'in 2003 yılında yaptığı çalışma ile birlikte Bilir ve ark.'nın 2005 yılında yaptığı "Van İli 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmada yaş ilerledikçe yaşam kalitesinin azalmakta olduğu belirtilmiştir (109,10). Yaşla birlikte artan sağlık sorunları ve hareketsizlik yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaş için en yüksek fiziksel fonksiyon özeti (57.3) ve mental fonksiyon özeti (53.5) 54 yaş ve altı bireylere aittir. Benzer şekilde Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı çalışmada da en yüksek puanların fiziksel fonksiyon özeti (57.5) ve mental fonksiyon özeti (57.1) için 49-60 yaş grubuna ait olduğu bulunmuştur (63). Dilek' in 2008 yılında yürüttüğü "Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmada ise hastaların yaşlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarına bakıldığında 56-65 yaş gurubunun yaşam kalitesi, ≤ 55 yaş, 66 yaş ve üzeri gruba göre daha yüksek bulunmuştur (26). Dilek bu durumu, grubun yarıdan fazlasının emekliye ayrılmış olmaları ve iş stresi yaşamamaları, sosyal aktivitelere daha fazla zaman ayırabilmeleri olarak açıklamıştır (26). Bizim araştırmamızda da yaşlıların yaşam kalitesinin düşmesinin sebebi, bu bireylerin uzun yıllar birden fazla kronik hastalık ile yaşamak durumunda kalmış olmaları, fiziksel sınırlılıkların artması, sağlık hizmetlerine ulaşmada ve öz bakım ihtiyaçlarını gerçekleştirmede bağımlı yaşamaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Eğitim durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde üniversite ve üstü eğitime sahip gurubun en yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Castillion ve ark.'nın 2005 yılında İspanyadaki yaşlı kadın ve erkekler ile yaptığı çalışmada ve Aldinç ve ark.'nın 2004 yılında yürüttüğü "Ankara İlinde Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Medikososyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması" başlıklı çalışmada da eğitim seviyesi

yükseldikçe yaşam kalitesinin de aynı oranda arttığı belirtilmiştir (3,23). Eğitimli bireyler sağlıklı yaşamla ilgili daha çok bilgiye sahiptirler ve aynı zamanda sağlıklı yaşam ile ilgili bilinçlidirler. Bu durum eğitimli bireylerin yaşam kalitesini artırmaktadır. Kurçer ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı çalışmada da hastanın gereksinim duyduğu sağlık danışmanlığının verilerek, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneğinin artırılması ve hastalığa uyum yöntemlerini kazanmalarına yardım ederek yaşam kalitelerini yükseltmek olduğu düşünüldüğünde verilen eğitim ve danışmanlığın amacına ulaştığı sonucuna ulaşımlardır (61). Eğitim düzeyi için en yüksek fiziksel fonksiyon özeti (61.2) ve mental fonksiyon özeti (93.9) lise mezunlarına aittir. Farklı şekilde Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı çalışmada da en yüksek puanların fiziksel fonksiyon özeti (61.7) ve mental fonksiyon özeti (64.7) için üniversite ve üstü mezunlarına ait olduğu bulunmuştur (63). Dilek (2008)'in yaptığı çalışmada da eğitim seviyesi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur (26). Dilek (2008) eğitim durumu ile yaşam kalitesi ortalamalarını karşılaştırdığında; hareket, solunum, boşaltım, normal aktiviteler, canlılık, cinsel aktivite alt boyutlarının lise ve üzeri grupta ortaokul ve altı gruba göre daha yüksek olduğunu bulmuştur (26). Dilek (2008)'e göre öğrenim düzeyi arttıkça sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, gelişeceği, bireylerin kendi sağlık sorunlarını daha fazla üstlenecekleri, bu bağlamda hastalıklarını/hastalık semptomlarını yönetme stratejilerini daha iyi öğrenecekleri ve kullanacakları, tüm bunların sonucunda yaşam kalitesinin de artması gerektiği belirtilmiştir. Eğitim seviyesinin artması bireylerin olumlu sağlık davranışları geliştirmeleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirmeleri, gelir seviyelerinin ortalama düzeyde olması ve sağlık hizmetlerine ulaşmada sıkıntı yaşamamaları gibi sebeplere bağlı olarak yaşam kalitelerini yükseltmektedir.

Medeni durum ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık ve fiziksel rol güçlüğü için en yüksek puanı alan grup evlilerdir. En yüksek ağrı puanı diğer gurubuna ve en yüksek mental sağlık puanı bekar grubuna aittir. Benzer olarak Ay ve ark.'nın 2004 yılında yürüttüğü "Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi" başlıklı çalışmada mental sağlık puanının en düşük olduğu grup dul olarak belirtilmiştir (6). Evli bireylerin daha çok sorumluluk altına girmeleri fiziksel

sağlık ve fiziksel rol güçlüğünü yükseltmektedir. Medeni durum için en yüksek fiziksel fonksiyon özeti (52.6) ve mental fonksiyon özeti (53.4) puanları bekarlara aittir. Farklı şekilde Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında yaptığı çalışmada en yüksek puanların fiziksel fonksiyon özeti (53.7) ve mental fonksiyon özeti (54.2) için evlilere ait olduğu bulunmuştur (62). Çalışmamıza paralel olarak Dilek' in 2008 yılında koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada da evli grubunun yaşam kaliteleri bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur (26). Evlilerin yaşam kalitesinin bekarlardan daha yüksek olmasının nedeni, eş ve çocukların desteğinin olması ve eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanların psikolojik desteklerinin yalnız yaşayan yani bekar olanlara göre daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışma durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde Fiziksel sağlık için en yüksek puan tam gün çalışanlara, fiziksel rol için tam gün çalışanlara, ağrı için tam gün çalışanlara, fiziksel fonksiyon özeti için tam gün çalışanlara, emosyonel rol için yarım gün çalışanlara ve mental fonksiyon özeti için yarım gün çalışanlara aittir. Tam gün çalışanlar elde ettikleri gelir ve motivasyonla daha yüksek yaşam kalitesine sahiptirler. Sin ve ark.'nın 2004 yılında yürüttüğü "Personal Characteristics, Health Status, Physical Activity, and Quality of Life in Cardiac Rehabilitation Participants" başlıklı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (95). Çalışma durumu için en yüksek fiziksel fonksiyon özeti (59.7) tam gün çalışanlara ve mental fonksiyon özeti (62.7) yarım gün çalışanlara aittir. Benzer şekilde Küçükberber ve ark.'nın 2011 yılında kalp hastaları ile yaptığı çalışmada da en yüksek puanların fiziksel fonksiyon özeti (63.5) ve mental fonksiyon özeti (61.9) için çalışanlara ait olduğu tespit edilmiştir (63). Çalışabilen bireylerin metabolik durumlarının ve dolayısı ile fiziksel fonksiyonellik ve yeterliliklerinin daha iyi olması beklenen bir bulgudur.

İş-Mesleki durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık açısından memur, fiziksel rol güçlüğü açısından memur, ağrı açısından memur, fiziksel fonksiyon özeti için memur ve emosyonel rol için işçi en yüksek puanlara sahiptir. Memurların iş kaygısı olmadan çalışmaları ve gelirlerinin sabit olması yaşam kalitelerini yükseltmektedir. Sin ve ark.'nın 2004 yılında kardiyak rehabilitasyon programına katılan hastalar ile yaptığı çalışmada da bizim

çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (95). Düzenli gelir, çalışabilme durumu, sosyal güvenceye sahip olma gibi durumlar bireylerde motivasyon sağlayıcı bir durumdur ve aynı zamanda memur grubundaki bireylerin yaşlarının 54 altı yaş grubunda bulunması ve memurların il ve ilçede yaşamaları yaşam kalitelerinin artmasını sağlayan durumlar olarak düşünülebilir.

Yaşanılan yer ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon özeti, ağrı, mental sağlık ve mental sağlık özeti için en yüksek puanları il grubu almaktadır. İlde yaşayanların daha bilgili ve bilinçli olması yaşam kalitelerini arttırmaktadır. Şehir yaşamında sağlık hizmetlerine ulaşımının daha kolay olması da etkenlerden biri olabilir. Tam tersi sonuç olarak Eski' nin 1999 yılında miyokart infarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesi araştırmasında, ilçede yaşayan hastaların yaşam kalitesi, köy ve ilde yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (34). Dilek' in 2008 yılında koroner arter hastaları ile yürüttüğü çalışmada da KAH hastalarının, yaşantısını en çok geçtiği yer ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırdığında ilde yaşayanlarda sıkıntı, canlılık, cinsel aktivite alt boyutlarının köy ve ilçede yaşayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (26). Köy ve ilçede yaşayanların yaşam kalitesinin, ilde yaşayanlardan daha düşük olmasının nedenleri olarak; ağır çalışma şartlarının olması, sağlık olanaklarından yararlanmada kısıtlıklar yaşamaları, yaşam kalitesini yükseltmek için gerekli olanakları bulamamaları, sağlıklarına bilinçli olarak dikkat edememeleri olarak açıklanabilir.

Birlikte Yaşanılan kişi ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyon özeti için eşle ve çocukla yaşayan bireyler daha yüksek puanlara sahiptir. Ağrı alt boyutu için en yüksek puan ise diğer gurubu almıştır. Çekirdek ailede yaşayan bireylerin birbirlerine karşı olan ilgi ve motivasyonları yaşam kalitesini yükseltmektedir. Buna karşın daha kalabalık halde yaşayan bireylerde ağrı puanı daha yüksektir. Bu durum kalabalık evlerde iş yükünün birden fazla kişiye yüklenmesiyle ilgilidir. Eski 1999 yılında MI geçiren hastalar ile yaptığı araştırmasında, eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların yaşam kalitesini genel olarak yalnız yaşayanlara göre daha yüksek bulmuştur (34). Acaray ve Pınar' ın 2004 yılında yürüttüğü "Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin

Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmada, geniş aileye sahip olanların yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (1). Dilek’ in 2008 yılında KAH olan bireyler ile yaptığı çalışmada ise eşi ve çocukları ile yaşayanların, eşi ile birlikte yaşayanların yaşam kaliteleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (26). Aile içi rollerin paylaşılması ve psikolojik desteğin eşi ve çocukları ile birlikte yaşayanlarda daha çok olacağı düşünülerek araştırmamızda ve diğer araştırmalarda çıkan sonuçların beklenen yönde olduğu düşünülmektedir.

Sosyal güvence durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde yaşam kalitesi alt ölçekleri ile sosyal güvenceye sahip olma durumu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Sosyal güvenceye sahip olma ile yaşam kalitesi farklılık göstermemektedir. Bu durumun sebebi hastaların tamamına yakınının sosyal güvencesi vardır ve bu özelliğin belirleyiciliğinin kalmamasından kaynaklanabilir. 2004 sağlıkta dönüşüm projesi ile tüm bireylerin sosyal güvence altına alınmaları bu durumun sebebini oluşturmaktadır.

Gelir durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon özeti, ağrı, emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti için gelirin giderden çok olduğu grup en yüksek puanları almıştır. Gelir durumu arttıkça bireylerin yaşam kalitesi de artmaktadır. Eski’ nin 1999 yılında MI geçiren bireyler ile yaptığı çalışmada, Acaray ve Pınar’ ın 2004 yılında kronik hemodiyaliz hastaları ile yaptığı çalışmada Suet-ching ve ark. ‘ nın 2001 yılında diyaliz hastaları ile yürüttüğü “The Quality of Life Hong Kong Dialysis Patients” başlıklı çalışmada yaşam kalitesi ile gelirin doğru orantılı olduğu belirtilmiştir (1,34,97). Gelir durumu için en yüksek fiziksel fonksiyon özeti (60,0) ve mental fonksiyon özeti (64,7) geliri giderinden çok olanlara aittir. Benzer şekilde Küçükberber ve ark.’nın 2011 yılında kalp hastaları ile yaptığı çalışmada en yüksek puanların fiziksel fonksiyon özeti (55,0) ve mental fonksiyon özeti (57,1) için ekonomik durumu iyi olanlara ait olduğu belirtilmiştir (63). Sosyoekonomik durum kronik hastalıkların ortaya çıkmasını etkileyebilmektedir. Düşük sosyoekonomik duruma sahip bireylerin yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenirken aynı zamanda kronik hastalıklar için en riskli grubu oluşturduğu söylenebilir. Maddi yeterliliğin yaşamdan alınan doyumunu olumlu etkilediği, sağlık kuruluşlarından yararlanmayı

arttırdığı, daha iyi şartlarda yaşam olanakları sağladığı ve bu durumun yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir.

Sigara kullanma durumu SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon özeti, ağrı için sigara kullanmayan grup daha yüksek puanlara sahiptir. Sağlıklı yaşam biçimine sahip ve sigara kullanmayan bireylerin yaşam kaliteleri daha yüksektir. Eski' nin 1999 yılında MI geçiren hastalar ile yaptığı çalışmada da sigara kullanmayanların yaşam kalitesi ortalama puanları kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur (34). Bizim araştırmamızda sigara kullanmayan ve bırakan bireylerin sağlığı geliştirme davranışları ve sağlık ile ilgili bilinçlenmeleri yönünde yaşam kalitelerinin de artmış olabileceği düşünülmektedir.

Hiperglisemik ve Hipoglisemik atak geçirme durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti, mental sağlık olarak hiperglisemik ve hipoglisemik atak geçirmeyenlerin puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hiperglisemik ve Hipoglisemik atak geçiren hastalarda yaşam kalitesi düşmüştür. Bunun sebebi araştırma grubundaki katılımcıların diyabet ile ilgili bilgi seviyelerinin yeterli olmaması, çoğunun sağlık personelinde bilgi almamaları (%18.6' sı hemşireden bilgi almıştır, bu durum diyabet hemşireliği sertifika programlarının artması ile ilişkili olabilir ancak hastaların yeterli seviyede bilgi düzeyine ulaşmalarını sağlamamıştır), diyet programlarına düzenli olarak uymamaları, düzenli egzersiz programlarının olmaması, eğitim seviyelerinin düşük olması ve yaş ortalamalarının yüksek olması sebebi ile atak geçirme durumuna bağlı olarak yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmuştur, bu durum beklenen bir sonuçtur.

Hipertansiyon durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon özeti, mental sağlık olarak hipertansiyonu olmayan hastalarda daha yüksek puanlar tespit edilmiştir. Mental sağlık puanı ise hipertansiyonu olan hastalarda daha yüksek puana sahiptir. Hipertansiyonu olmayan hastalarda yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Dilek' in 2008 yılında KAH olan bireyler ile yaptığı çalışmada da HT ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (26). Ancak HT olan

bireylerde yaşam kalitesinin azalması KAH ile birlikte ilave kronik hastalık olması bireylerin psikolojik ve fizyolojik iyilik hallerini etkileyerek yaşam kalitelerinin de azalmasının nedeni olabileceği düşünülmektedir. (Ek Tablo 1)

Korener Arter hastalığı süresi ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve fiziksel fonksiyon özeti olarak 1 yıldan az zamandır korener arter hastalığı olanların daha yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. KAH' na yeni yakalanmış olan bireylerin yaşam kalitesi daha yüksektir. Uzun yıllardır KAH olan bireylerin yaşam kalitesi düşmektedir. Lukkarinen ve ark.' nın 1997 yılında koroner arter hastaları ile yürüttükleri "Assessment of Quality of Life With The Nottingham Health Profile Among Patients with Coronary Heart Disease" başlıklı çalışmada göğüs ağrısı arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (69). Fletcher' ın 1987 yılında kardiyovasküler hastaları ile yaptığı "Evaluation of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Disease" adlı çalışmada solunum sıkıntısı olan KAH hastalarının yaşamlarında öz bakımlarını sürdürmede yetersizlik olduğunu, ev ve iş performanslarının azaldığını, psikolojik iyilik hallerinin bozulduğunu ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (37). KAH ilerleyen yıllarda hastalarda daha fazla solunum sıkıntısı, fiziksel kısıtlılık yaratan ve emosyonel çöküntü oluşturan bir hastalıktır, bu nedenle erken dönemdeki KAH hastalarının yaşam kalitelerinin yüksek bulunması beklenen bir sonuçtur.

KAH bilgi sahibi olma durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde genel sağlık algısı açısından KAH bilgi sahibi olanların puanları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. KAH bilgi sahibi olanların genel sağlık algısı açısından yaşam kalitesi daha yüksektir. Bu durum bireylerin eğitim alma durumlarına göre yaşam kalitelerinin de artacağını göstermektedir. Kurçer ve ark.' nın 2011 yılında yaptıkları çalışmada koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmalığının hastaların yaşam kalitelerini artırdığını belirtmişlerdir (61). Bu araştırma doğrultusunda bireylerdeki hastalık ile ilgili bilgi sahibi olma durumları olumlu sağlık davranışı geliştirmelerini ve sağlıkları ile ilgili daha fazla sorumluluk almalarını sağlamaktadır, bu da yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktadır.

Kontrollere düzenli gitme durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık ve mental sağlık için en yüksek puan her zaman kontrollerine düzenli giden gruba aittir. Ağrı ve fiziksel fonksiyon özeti için en yüksek puan kısmen kontrollerine giden gruba aittir. Kontrollerine düzenli gitmeyen hastaların yaşam kaliteleri daha düşüktür. Kontrollerine düzenli giden grup araştırma grubundaki hasta verilerine bakıldığında bu grubu oluşturan hastalar genel olarak eğitim seviyesi yüksek ve gelir durumu iyi olanlardır. Gelir durumu ile kontrollere düzenli gitme arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Gelir seviyesi yüksek bireylerin sağlık kuruluşlarına gitme olanakları daha fazladır. Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun gelir durumu giderine göre azdır, bu nedenle kontrollerine düzenli gitmedikleri ve yaşam kalitelerinin bu doğrultuda olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Diyet programına uyma durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde emosyonel rol, mental sağlık ve mental fonksiyon özeti olarak her zaman diyet programına uyan hastaların en yüksek puanları aldıkları görülmüştür. Diyet programını düzenli uygulayan bireylerin yaşam kaliteleri daha yüksektir.

KAH ve diyabete yönelik egzersiz durumu ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık ile KAH ve diyabete yönelik egzersiz yapan hastaların puanları daha yüksek bulunmuştur. Sosyal fonksiyon açısından ise KAH ve diyabete yönelik egzersiz yapmayanların puanları daha yüksek tespit edilmiştir. KAH ve diyabete yönelik egzersiz yapan bireylerin fiziksel sağlık yaşam kalitesi değeri daha yüksektir. Bununla birlikte KAH ve diyabete yönelik egzersiz yerine sosyal fonksiyonlarını yerine getiren bireylerin de yaşam kalitesi puanları yüksektir. (Ek Tablo 3)

Araştırma sonucunda genel olarak yaşam kalitesi özet puanları incelendiğinde, genç yaşta olanların, evlilerin, eğitim düzeyi yüksek olanların illerde, eşi ve çocuklarıyla yaşayanların ve gelir düzeyi yüksek olanlarda yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Dilek' in 2008 yılında KAH olan hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için yaptığı çalışmada da bu sonuçlara benzer yargılara ulaşılmıştır (26).

5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

SYBD ve Yaşam Kalitesi SF-36 ölçekleri arasındaki ilişki incelenmiş ve Fiziksel rol ve kişiler arası destek; ağrı ve kişiler arası destek; genel sağlık algısı ve tüm SYBD alt boyutları; fiziksel fonksiyon özeti ve kişiler arası destek; canlılık ve tüm SYBD alt boyutları; sosyal fonksiyon ve sağlık sorumluluğu, sosyal fonksiyon ve egzersiz; sosyal fonksiyon ve beslenme; sosyal fonksiyon ve kişiler arası destek arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir. Yaşam kalitesi alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve metal fonksiyon özeti ile SYBD alt ölçeklerinin tümü arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki mevcuttur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getiren bireylerin fiziksel fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve metal fonksiyon özeti yaşam kalitesi değerleri artmaktadır. Bununla birlikte ağrı ile SYBD alt ölçeklerinden kişiler arası destek alt boyutu hariç anlamlı ve pozitif ilişki ve sosyal fonksiyon ile kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi arasında anlamlı ve negatif ilişki mevcuttur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getiren bireylerin ağrı puanları da yükselecektir. Buna karşın SYBD alt boyutlarından kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getiren bireylerin sosyal fonksiyon yaşam kalitesi değerleri düşmektedir. Bu durum kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getiren bireylerin sosyal fonksiyonlarını yerine getirmede o kadar başarılı olamadığını göstermektedir.

Genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ve yaşam kalitesine etki eden belirleyiciler arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörlerin ele alınmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek bir yaklaşım olacağı yönündeki düşünceleri destekler niteliktedir. Benzer sonuçları Koçoğlu ve Akın' ın 2009 yılında yürüttüğü "Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi" adlı çalışmasında da bulunmuş ve SYBD ile yaşam kalitesinin fiziksel sağlık bileşeni ($r = 0.75$) ve mental sağlık bileşeni ($r = 0.71$) arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (59).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri İle İlgili Sonuçlar

- Araştırmaya katılanların %60.3'ü erkek, %42.3'ü de 65 ve üstü yaş aralığındadır. Katılımcıların %31,4'ü okur-yazar değil, %60.9'u evli, %76.9u çalışmıyor, %38.5'i ev hanımıdır. %37.8'i ilçede ve %43.6'sı eşiyile birlikte yaşamaktadır. Bununla birlikte katılımcıların %82.1'inin sosyal güvencesi vardır.
- %39.1'i sigara kullanmamakta ve %34'ü sigarayı bırakmıştır. Sigara kullananların %73.7'si 21 yıl ve üzeri sigara kullanmışlardır. Sigara kullananların %50.5'i günde bir paket sigara kullanmışlardır. Alkol kullanımı araştırıldığında, %90.4' ü alkol kullanmamaktadır. Hastaların %30,8'i 1-5 yıldır diyabet hastasıdır. Bununla birlikte hastaların %26,3'ü ise 10 yıldan fazladır diyabet hastasıdır. Hastaların %59 'unda hipoglisemi mevcuttur. Hastaların %38.5'i ise 1-5 yıldır KAH hastasıdır. Hastaların %79,5'i yılda 1-2 kere hastaneye yatmaktadır. %90,4'ü KAH hakkında ve %83,3'ü de diyabet hakkında bilgi sahibi değildir. Hastaların %36.5'i tedavi amaçlı diyet uygulamakta ve insülin kullanmaktadır. Hastaların %41'i düzenli kontrollerine gitmezken ancak %19.9'u her zaman düzenli kontrollerine gitmektedir.

6.1.2. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Yaşam Kalitesi ve Bunları Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçlar

- SYBD puanı erkeklerin (109.7) daha yüksektir. Erkeklerin fiziksel sağlık (42.9), fiziksel rol güçlüğü (38.5), ve fiziksel fonksiyon özeti yaşam kalitesi puanları kadınlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte kadınların ağrı (55.4) yaşam kalitesi puanları erkeklere oranla daha düşüktür.
- 65 ve üstü yaş grubu sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı tüm alt ölçeklerde en azdır. Yaş ile SF-36 arasındaki ilişki incelendiğinde fiziksel sağlık, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, fiziksel fonksiyon özeti ve mental fonksiyon anlamlı ilişki mevcuttur. 65 ve üstü yaş grubu yaşam kalitesi puanı tüm alt ölçeklerde en azdır.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranış alt ölçekleri puanları incelendiğinde üniversite ve üstü eğitime sahip gurubun en yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ile SF-36 arasında anlamlı ilişki mevcuttur. Fiziksel fonksiyon özetinde lise

(61.2) ve mental sağlık alt ölçeği için en yüksek puanı üniversite ve üstü (69.6) ve mental fonksiyon özeti için lise (63.9) almıştır.

- Evli grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları diğer gruplardan tüm alt ölçekler için en yüksek puana sahiptir. Evli grubunun SYBD toplam puanı (110.6), mental fonksiyon özet puanı (52.6) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Tam gün çalışanların toplam SYBD puanı (116,8) ve fiziksel fonksiyon özet puanı (59.7) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. yarım gün çalışanların ise mental fonksiyon özet puanı (62.7) diğer gruplara göre yüksek bulundu.
- Memur grubunun SYBD toplam puanı (128.5), fiziksel fonksiyon özet puanı (67.5) ve mental fonksiyon özet puanı (65.8) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur
- İlde yaşayanların SYBD toplam puanı(115.3), fiziksel fonksiyon özet puanı (50.2) ve mental fonksiyon özet puanı (53.7) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Eşle birlikte yaşayanların SYBD toplam puanları (110.8) diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. eş ve çocuklar ile birlikte yaşayanların fiziksel fonksiyon özet puanı (57.1) ve mental fonksiyon özet puanı (53.7) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Sosyal güvenceye sahip olanların SYBD toplam puanları (108.0) sosyal güvencesi olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur, yaşam kalitesi arasında fark bulunmamıştır.
- Gelir durumu gider durumuna göre yüksek olan grubun SYBD toplam puanı (142.0), fiziksel fonksiyon özet puanı (60.0) ve mental fonksiyon özet puanı (64.7) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Sigarayı bırakanların SYBD toplam puanı (112.5) ve mental fonksiyon özet puanı (54.2) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara içmeyen grubun ise fiziksel fonksiyon özet puanı (59.4) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
- 1 yıldan az zamandır şeker hastalığı olanların SYBD toplam puanları (114), fiziksel fonksiyon özet puanı (55.3) ve mental fonksiyon özet puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

- Hiperglisemik ve Hipoglisemik atak geçirmeyenlerin SYBD toplam puanı (110.0), fiziksel fonksiyon özet puanı (50.0) ve mental fonksiyon özet puanı (52.1) atak geçiren gruba göre daha yüksek bulundu.
- Hipertansiyonu olmayan grubun SYBD toplam puanı (110.0), fiziksel fonksiyon özet puanı (53.2) HT olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. (Ek Tablo)
- Hipertansiyon atağı geçirmeyen grubun SYBD toplam puanı (19.4), fiziksel fonksiyon özet puanı (46.9) ve mental fonksiyon özet puanı (52.4) HT olan gruba göre daha yüksek bulunmuştur
- 1 yıldan az zamandır KAH hastası olanların SYBD toplam puanı (109.4), fiziksel fonksiyon özet puanı (50.3) ve mental fonksiyon özet puanı (52.4) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.
- KAH ile ilgili bilgi düzeyini yeterli bulan grubun SYBD toplam (111.5), fiziksel fonksiyon özet puanı (52.4) ve mental fonksiyon özet puanı (56.4) bilgi düzeyi yeterli olmayan gruba göre yüksek bulunmuştur.
- Kontrollere her zaman düzenli giden grubun SYBD toplam puanı (123.3) ve mental fonksiyon özet puanı (55.8) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.
- Diyet programına her zaman uyan grubun SYBD toplam puanı (120.6), fiziksel fonksiyon özet puanı (49.4) ve mental fonksiyon özet puanı (56.1) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.
- KAH ve diyabete yönelik egzersiz yapan grubun SYBD toplam puanı (125.8), fiziksel fonksiyon özet puanı (49.2) ve mental fonksiyon özet puanı (54.7) egzersiz yapmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların SYBD toplam puan ortalaması 106.2, fiziksel fonksiyon özeti 46.1 ve mental fonksiyon özeti 51.1 ortalamaya sahiptir.

6.2. Öneriler

- Hekim ve hemşirelerin bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgi düzeylerini artırmaya ve KAH, diyabete yönelik daha çok ve detaylı bilgilendirme yapmaları gerektiği,
- Özellikle eğitim düzeyi düşük olan hastalara yaşam kalitelerini yükseltmek adına yeterli bilginin sağlanması gerektiği,
- Hemşirelerin diyabetik koroner arter hastalarına yönelik yaşam kalitesini etkileyen bireysel ve hastalık ile ilgili özellikleri dikkate alarak bakım vermeleri gerektiği,
- Hemşirelerin ve hekimlerin hastalara yönelik yaşam tarzı değişimi eğitim ve danışmanlık programları hazırlayarak, eğitimin etkinliğini değerlendirmesi, hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler konusundaki bilgilerin uygulamalara yansıtılmalarının gerektiği,
- Yaşam kalitesini artırmak için olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi doğrultusunda hemşirelik bakımına yön verilmesi gerektiği,
- Hastaların diyabet ile ilgili komplikasyonları yaşamalarının önüne geçmek için hemşirelerin bu hastaların bakımında aktif rol almasının sağlanması ve diyabet hemşireliği sertifika programlarının düzenlenmesi gerektiği önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Acaray, P. ve Pınar, R. (2004). *Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1:1-10
2. Akbulut, G., Özmen, M. ve Besler, T. (2007). *Çağın Hastalığı Obezite*. Tübitak Bilim ve Teknik Dergisi, 2-5.
3. Aldinç, H., Aytar, B., Demetçi, M. E., Seçen, A. E., Şahin, A. ve Yılmaz, H. (2004). Ankara İlinde Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Medikososyal Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2614
4. American Heart Association. Heart Attack and Angina Statistics.(t.y.) Erişim: 27 Eylül 2012.
<http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4591through.www.americanheart.org>
5. Andreoli, I., Canpenter, R., Griggs, J. and Loscaizos, J. (Eds.)(2002).Cecil Essentials of Medicine.
6. Ay, S., Güngör N. ve Özbaşaran, F. (2004). Manisa Devlet Hastanesi Göğüs Kliniğinde Yatan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin ve Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi. 1. Sağlıkta Yasam Kalitesi Sempozyumu Bildiri Kitabı, Poster No:16, İzmir.
7. Babacan, G. (2005). *Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
8. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1), 1-13.
9. Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M. and Haines, A. (2008). *Improving The Prevention and Managment Of Chronic Disease In Low-Income and Middle-Income Countries: A Priority For Primary Health Care*. Lancet, 372, 940-949.

10. Bilir N, Özcebe H, Vaizoglu S, Aslan D, Subası N ve Telatar TG (2005). *Van İli 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Tıp Bilimleri Dergisi, 25(5).
11. Bilir, N. (2006). *Değişen Sağlık Örüntülerinde Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü: Kronik Hastalıklar ve Yaşlılık Sorunları*. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(3),1-6.
12. Bilir, N. ve Subası N. P. (2006). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Kontrolü. Güler, Ç., Akın, L. (Editörler). Halk sağlığı temel bilgiler (s. 1032-1034). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
13. Birol, L. ve Akdemir, N (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara.
14. Birol, L. (2006). *Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım (Genişletilmiş 6. bsk.)*. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık.
15. Bond, M.L., Jone, M.E., Cason, C, Campell, P. and Hall, J. (2002). *Acculturation Effects on Health-Promoting Lifestyle Behaviors Among Hispanic-Origin Pregnant Women*. Journal Of Multicultural Nursing Health, 8(2), 61-68.
16. Bowlin, A. (1997). *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Philadelphia: Open University Press.
17. Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D. and Jameson, J. (2004). *İç Hastalıkları Prensipleri (Y. Sağlık, Çev.)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
18. Buğra, Z. (2010). *Koroner Kalp Hastalığı Fiziopatolojisi Tanısı ve Epidemiyolojisi*. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi 4. Sınıf Ders Notları. Erişim: 6 Eylül 2012.
http://www.itf-kardiyoloji.org/dersler_slayt/zehra_bugra/11/3.
19. Canbolat, S. (2006). *Geçirilmiş MI' de Ürik Asit Seviyeleri*. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
20. Candan, İ., Oral, D. ve Tüzüner, A. (1999). *Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları (3. Bsk.)*. Ankara: Antıp A.Ş.
21. Candegir, Y., Yılmaz, T. ve İmamoğlu (Ed.) (2000). *Diabetes Mellitus 2000*. İstanbul: Gri Tasarım.
22. Carr, A.J.,Thompson, P.W. and Kirwan, J.R. (1996). *Quality Of Life Measures*. Br J Rheumatol, 35(3), 275-281.

- 23.** Castillion PG, Sendio AR, Baneges JR, Garcia EL, Rodriquez –Artalejo F (2005). *Differences in Quality of Life Women and Men in The Older Population of Spain*. Social Science & Medicine, 60: 1229-1240
- 24.** Cihan, B., Erdil, N., Nisanoğlu, V., Çolak, C., Erdil, F., Ege, E. ve Battaloğlu, B. (2005). *Koroner Bypass Cerrahisinde Tip 2 Diyabetes Mellitus Mortalite ve Morbiditeyi Arttırır mı? Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 13(2),93-98.
- 25.** *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* (2004). American Diabetes Associtaion. Diabetes Care, 27(1), 5-10.
- 26.** Dilek, F. (2008). *Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- 27.** Durusoy, E., Yıldırım, T. ve Altun, A. (2010). *Koroner Arter Hastalığı Poliklinik Takibi*. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1), 13-18.
- 28.** Ege, E., Zincir, H., Güneş, G. ve Bilgin, N. (2003). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi*. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 14(2), 83-92.
- 29.** Enç, N., Yiğit, Z., Şenuzun, F.,Altıok, M.G, Özer, S. ve Oğuz, S.(2007). Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları (2. baskı).
- 30.** Erdal, A., Tanrıöver, M.D. ve Sayran, F. (2012). Sürdürülebilir Sağlık Sistemi İçin Kronik Hastalık Yönetiminde Elektronik Sağlık Kayıtlarının Rolü Raporu (Yayın No: TÜSİAD-T/2012-06 1529). İstanbul: TÜSİAD yayınları.
- 31.** İlhan, N., Batman, M. ve Akhan, L.(2010). *Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3(3): 34-43.
- 32.** Esin MN (1997). *Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- 33.** Esin, N. (1998). Türk Kadınlarının Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. VI.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Adana.

34. Eski S.(1999). *Miyokart İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
35. Falk, E. (2006). *Pathogenesis of Atherosclerosis*. Journal of the American College of Cardiology, 47,7-12.
36. Fleming P, Marshall G.(2008). *Lifestyle Interventions in Primary Care. Systematic Review of Randomized Controlled Trials*. Can Fam Physician, 54,1706-1713.
37. Fletcher A,(1987). *Evaluation of Quality of Life in Clinical Tilals of Cardiovascular Disease*. Journal of Chronic Diseases, 6: 557-566
38. Frank-Stromborg, M., Pender, N.J., Walker, S.N. and Sechrist, K.R.(1990). *Determinants of Health-Promoting Lifestyle in Ambulatory Cancer Patients*. Social Sciense &Medicine, 31(10): 1159-1168.
39. Fuster, V., Alexander, R.W. and Robert, A.(2003). The Heart 4. Cilt (10. bsk.) (A.M. Esen, Çev.). And Danışmanlık Eğitim Yayıncılık.
40. Göktürk, .(2002). Akut Miyokard İnfarktüsü Klinik Kardiyoloji (2. Bsk.) İstanbul: İstanbul Tıpkitabevi
41. *Guidlines on The Management of Stable Angina Pectoris: Executive Summary. The Task Force on The Management of Stable Angina Pectoris of The European Society of Cardiology*(2006). Eropcan Heart Journal, 27, 1341-1381.
42. Güleç, S. (2009). Kalp Damar Hastalıklarında Global Risk ve Hedefler. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 37(2), 1-10.
43. Güler, G., Güler, N., Kocataş, S., Yıldırım, F. ve Akgül, N. (2008). *Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. C.Ü. Hemşirelik Dergisi, 12(3), 18-25.
44. Günaydın, R.(2010). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi, Değerlendirme ve Ölçekler. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, (s. 106-108), İzmir.
45. Güven, G. (2007). *Diyabetes Mellituslu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Depresyon Etkisinin Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
46. Hui,W.H. (2002). *The Health Promoting Lifestyle of Undergraduate Nurses in Hong Kong*. Journal of Profesional Nursing, 18(2), 101-111.

47. Hwang, W., Paez, K., Zhao, L. (2009). *Rising Out- of- Pocket Medical Spending for Care of Chronic Conditions*. Health Affairs, 20, 267-278.
48. International Diabetes Federation(2006). *Diabetes Atlas 3th Eddition*. Brussels: International Diabetes Federation.
49. International Diabetes Federation (2009). *Diabetes Atlas 4th Edition*. Brussels: International Diabetes Federation.
50. İncirkuş, K., ve Nahcivan, N.Ö. (2011). *Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği Hasta Formunun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4(1), 102-109.
51. Jaffe, A.S. and Davidenko, J.(2011). *Unstable Coronary Syndroms. Diagnosis of Acute Myocardial Ischemia and Infarction*.
52. Kahn, C.R., Weier, G.C., King, L.G., Jacobson, A.M., Moses, A.C. and Smith, R.J. (2008). *Joslin' s Diabetes Mellitus (V. Yumuk, Çev.)*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
53. Kaplan, R. and Saccuzzo, D. (1982) *Psychological testing: Principles, Applications and Issues*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
54. Karacabey, K. ve Özmerdivenli, R.(2007). *Sağlıklı Yaşam Bilgisi ve İlk Yardım (1.bsk.)*. İstanbul: İlpress basım-yayın.
55. *Kardiyovasküler Sistem İlaçları (t.y.)*. Erişim: 3 Ekim 2012.
<http://www.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1212/unite05.pdf>
56. Karpuz, H. (2004). *Hiperlipidemiye Güncel Yaklaşım*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri: Sık Görülen Kardiyolojik Sorunlarda Güncelleme Sempozyumu Dizisi, No: 40, 69-74. Erişim: 2 Eylül 2012.
<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/40/4004.pdf>
57. Kengne, A.P., Amoah, A and Mbanya, J. (2005). *Cardiovascular Complications of Diabetes Mellitus in Sub-Saharan Africa*. Journal of The American Assosiaciton Circulation, 112, 3592-3601.
58. Koçoğlu, D. (2006). *Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.

59. Koçoğlu, D., Akın, B. (2009). *Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*. DEUHYO ED, 2 (4), 145-154.
60. Kotlarla, S. (2008). *Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması*. Uzmanlık Tezi. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
61. Kurçer, A. ve Özbay, A. (2011). *Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi*. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2011; 11: 107-13.
62. Kuru,N. ve Piyal, B.(2012). *GATA Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*. TAF, Preventive Medicine Bulletin, 11(3): 287-298.
63. Küçükberber, N. Özdilli, K. ve Yorulmaz, H. (2011) *Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11:619-26.
64. Kültürsay, H. (2001). *Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma*. İstanbul: Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi.
65. Lab Tests Online: Angina Pectoris.(t.y.) Erişim: 27 Eylül 2012.
<http://www.labtestonline.org.tr/understanding/conditions/angina/start12>.
66. Libby, P. (2002). *Inflammation in Atherosclerosis*. Nature, 420, 868-874.
67. Libby, P. and Falk, E. (2003). *From Valnurable Plaque, Valnurable Patient*. Circulation, 108, 1664-1672.
68. Lim, S., Robert, J., Gregory, Y. and Fadyen, M.(2004). *Diabetes Mellitus, The Renin Angiotensin-Aldosterone System and The Heart*. American Medical Association, 164, 1737-1748.
69. Lukkarinen J. and Hentinen M. (1997). *Assessment of Quality of Life With The Nottingham Health Profile Among Patients with Coronary Heart Disease*. Journal of Advanced of Nursing, (2) 22: 73-84
70. Mather, M.H. and Keen, H. (1985). *The Southall Survey, Prevalance of Known Diabetes in Asian and Europeans*. British Medical Journal, 291, 1081-1084.
71. Mollahaliloğlu, S., Berrak, B. ve Eryılmaz, Z. (Ed.) (2011). *Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

72. Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü. ve Yardım, N. (2006). Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ankara: Aydoğdu Matbaacılık.
73. Mutangadura, Gladys, B. (Ed). (2002). Reducing Risks, Promoting Healthy Life World Health Report. Geneva, World Health Organization.
74. Müezzinoğlu, T. (t.y.). Kısa Form 36 (sf-36). Erişim: 6 Eylül 2012, <http://www.uroonkoloji.org/files/kisaForm36.pdf>
75. *Myocardial Infarction Redefined-A Consensus Document of The Joint European Society of Cardiology American College of Cardiology Commite For The Redefinition of Myocardial Infarction* (2000). Eurpean Heart Journal, 21(18), 1502-1513.
76. National Heart Lung and Blood Institute: What is Angina?(t.y.) Erişim: 12 Eylül 2012. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/angina/>
77. *NCEP Expert Summary Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)*.(2001). JAMA, 285, 2486-2497.
78. Olgun, S. (2006). *MI Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
79. Onat, A. (2009). TEKHARF: Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. TEKHARF Çalışması 2009, 19-26. Erişim: 23 Ekim 2012, <http://tekharf.org/images/2009/bolum2.pdf>
80. Orhan, Y. ve Bozbora, A. (2008). Obezite (1. bsk.). İstanbul: Medikal Yayıncılık.
81. Ostrowski, M., Wesolowski, T., Makar, D. and Bohatyrewicz, R. (2000). *Changes In Patients Quality of Life After Renal Transplantatiton*. Transplantation Proceedings, 37(3), 1371-1374.
82. Oyan, G. (2006). *Periferikarter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

- 83.** Öğütmen, B., Yıldırım, A., Sever, M., Bozfakioğlu, S., Ataman, R., Erek, E., Çetin, O. ve Emel, A. (2006). *Health- Related Quality of Life Kidney Transplantation in Comprasion Intermittent Hemodialysis, Peritoneal Dialysis and Normal Controls*. Transplantation Proceedings, 38(2), 419-421.
- 84.** Ölmez, Y. (2008). *Akut Miyokard İnfarktüsünde High Sensitive CRP Düzeyleri*. Uzmanlık Tezi, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- 85.** Özata, M. (2010). *Diyabetle Kaliteli Yaşam Rehberi (2. bsk.)*. İstanbul: Güner Yayınları.
- 86.** Özcanpınar, N. ve Fesci, H. (2008). *Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi*. Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 8(4).
- 87.** Özkan, S. ve Yılmaz, E. (2008). *Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(7), 89-105.
- 88.** Özkan, Y., Ramis, Ç., Koca, S., Dağ, G., Kan, E. ve Sırma, N. (2008). *Diyabet ve Hiperlipidemi: Tedavide Ne Kadar Başarılyız*. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 22(2), 97-100.
- 89.** Pınar, R. (1994). *Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 90.** Pınar, R. (2012). *Türkiye'de Hemşirelik Alanında Yaşam Kalitesi*. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyum Kitabı, Manisa.
- 91.** Roger, C. (1999). *Kalp Hastalıkları Kaynak Kitap (G. Tümer, Çev.)*. Ankara: Hekimler Yayınbirliği.
- 92.** Sağcan, A., Çelik, K., Şen, M., Buket, S. ve Kültürsay, H. (2001). *Tip II Diyabetlilerin Koroner Bypass' ın Kalbin Diyastolik ve Sistolik Parametreleri Üzerine Etkisi*. Turkish J Thorac Surg, 9, 128-132.
- 93.** Satman, İ., Boztepe, H. ve Alagül, F. (Ed.) (2007). *Endokrinoloji Diyabet Yıllığı*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 94.** Sayan, A. ve Erci, B. (1998). *Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Erzurum, 427-433
- 95.** Sin M.K., Sanderson B., Weaver M., Giger J., Pemberton J. and Klapow J. *Personal Characteristics, Health Status, Physical Activity, and Quality of Life in*

Cardiac Rehabilitation Participants. International Journal of Nursing Studies 2004:173- 181.

96. Solak, H., Solak, T., Görmüş, N. ve Görmüş, I. (2010). Koroner Arter Hastalıkları ve Cerrahisi (genişletilmiş 2. Bsk.). Ankara: Elif Yayınevi.

97. Suet-Chuing WL. (2001). *The Quality of Life Hong Kong Dialysis Patients*. Journal Advance Nursing, 35 (2): 218-22

98. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi (2004). Hastalık Yüğü Hesaplamaları Final Raporu. Erişim: 27 Ağustos 2012,

<http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>

99. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011). Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları (Yayın No:809). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 14 Ekim2012.

http://www.erzurumsaglik.gov.tr/anasayfa/subeler/egitim/birim/ulke_raporu.pdf

100. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2010). Türkiye Obezite (Şişmanlık) İle Mücadele ve Kontrol Programı, 2010-2014(Yayın no: 773). Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

101. *The Expert Committe on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* (2003). Diabetes Care, 26, 3160-3167.

102. The WHO (2004). *Cross-National Study of Health Behavior in School-Aged Children From 35 Countries; Findings From 2001-2002*. Journal of School Health, 74(6), 204-206.

103. The World Health Report: 2003-Shaping the future. World Health Organization, Geneva 2003, 3-40.

104. Topsakal, R. (2010). Koroner Arter Hastalıkları. Erciyes Üniversitesi Kardiyoloji ABD Ders Notları. Erişim: 6 Ekim 2012.

<http://www.dersindir.net/indir/koroner-arter-hastaliklari-donem-iii.pdf>

105. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2011-2014) (2011). (Yayın No: 816). Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- 106.** United Kingdom Prospective Diabetes Study (1998). *Risk Factors for Coronary Heart Disease in Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus*. British Medical Journal, 316(7134), 823-828.
- 107.** Ünsar, S., Durna, Z., Süt, N. (2004). *Koroner Arter Hastalıklarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Hemşirenin Rolü*. Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(2), 28-29.
- 108.** Ware, J.E., Sherborne, C.D. (1992). *The MOS 36-Item Healthy Survey, I. Conceptual Framework and Item Selection*. Med Care, 30(6), 473-483.
- 109.** Whang, LL., Shen, Y. (2003). *Chinese SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation, Validation, and Normalisation*. Journal Epidemiology and Community Health, 57(4) 259–261.
- 110.** Wild, S., Roylic, G. and Green, A.(2004). Diabetes Care, 27, 1047-1053.
- 111.** Williams, B. (2005). Hypertension in Diabetes (M. Çetinkaya, Çev.).İzmir: A.C.T. İletişim Yayıncılık.
- 112.** Wilson, PW., Agostino, RB., Levy, D., Belanger, AM., Silbershatz, H. And Kannel, WB.(1998). *Prediction of Coronary Heart Disease Using Risk Factor Categories*. Journal of American Assosiation Circulation, 97, 1837-1847.
- 113.** World Health Organization Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, 2011. Erişim: 11 Ekim 2012.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_2010/end.
- 114.** Yalçınkaya, M., Özer, F.G. ve Karamanoğlu, A.Y. (2007). *Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçiminin Değerlendirilmesi*. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 409-420.
- 115.** Yenigün, M. (1997). Kardiyovasküler Diyabet. İstanbul: İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi.
- 116.** Yılmaz, E. (2006). *Kronik Ağrılı Hastalarda Yaşam Kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- 117.** Yüksel, S.(2007). *Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik Hastaların Uyku Kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.

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

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, Eskiřehir’ de doğmuştur. İlköğretim ve lise öğrenimini Ankara’da tamamlamıştır. 2010 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olmuştur. Araştırmacı 2011 şubat ayında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. Araştırmacı, Temmuz 2010-Ocak 2011 tarihleri arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Kardiyoloji Servisinde servis hemşiresi olarak, şubat 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakımda yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmış ve Haziran 2012 tarihi itibari ile Çanakkale Ezine Devlet Hastanesi Dahiliye servisinde servis hemşiresi olarak çalışmaya devam etmektedir.

EKLER

EK 1. TANITICI BİLGİLER FORMU

Anket No:

Tarih:

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: 1. () Kadın 2. () Erkek
2. Yaşınız:.....:
3. Kilonuz..... : Boyunuz:.....
4. Eğitim Durumunuz Nedir?
 1. () Okur-Yazar Değil
 2. () Okur-Yazar
 3. () İlkokul
 4. () Ortaokul
 5. () Lise
 6. () Üniversite ve üzeri
5. Medeni durumunuz nedir?
 1. () Evli
 2. () Bekar
 3. () Diğer
6. Çalışma Durumunuz Nedir?
 1. () Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
 2. () Yarım Gün Ya da Belli Saatlerde Çalışıyorum
 3. () Çalışmıyorum
7. İş-Mesleki durumunuz nedir?
 1. () Memur
 2. () İşçi
 3. () Serbest Meslek
 4. () Ev hanımı
 5. () Emekli

8. Yaşantınızın Büyük Çoğunluğunu (1/3) Nerede Geçirdiniz?

1. () Köy 2. () ilçe 3. () il

9. Kiminle Birlikte yaşamaktasınız?

1. () Evde Yalnız
2. () Eşimle
3. () Eşim ve çocuklar
4. () Diğer aile üyeleri (Gelin, torun v.b.)

10. Sosyal Güvenceniz Var Mı?

1. () Evet
2. () Hayır

11. Gelir gider durumunuz nedir?

1. () Gelir gidere göre az
2. () Gelir gidere göre eşit
3. () Gelir gidere göre fazla

2. YAŞAM ŞEKLİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

12. Sigara kullanıyor musunuz?

1. () Evet(Kaç yıldır, Günde kaç adet; Belirtiniz):.....
2. () Hayır
3. () Bıraktım (Ne kadar süredir kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):.....

14. Alkol Kullanıyor musunuz?

1. () Evet(Kaç yıldır, Ne kadar; Belirtiniz):.....
2. () Hayır
3. () Bıraktım (Ne kadar süredir kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):.....

15. Yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?

1. () Sakin
2. () Hareketli

16. Yaşamınız Stresli midir?

- 1() Evet 2() Hayır 3() Kısmen

3. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER ve HASTALIK İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

17. Kaç yıldır şeker hastalığınız var?

1. 1 yıl dan az 3. 6-10yıl arası
 2. 1-5 yıl arası 4. 11 ve yıldan fazla

18. Şekerinizin düştüğü oluyor mu?

1. Evet(Ne kadar sıklıkta oluyor? Belirtiniz):
 2. Hayır

19. Şekerinizin Yükseldiği oluyor mu?

1. Evet(Ne kadar sıklıkta oluyor? Belirtiniz):
 2. Hayır

21. Son bir yılda hastaneye kaç defa yattınız ve sebebi nedir belirtiniz?.....

22. Hipertansiyon probleminiz var mı?

1. Evet(Belirtiniz / Kaç Yıl):
 2. Hayır

24.Hipertansiyon atakları geçiriyor musunuz?

1. Evet(Ne kadar sıklıkta geçiriyorsunuz? Gün/ hafta / ay olarak Belirtiniz).
 2. Hayır

25. Ailede koroner arter hastalığı olan birinci dereceden akrabanız var mı (Anne, Baba, Kardeş) ?

1. Evet
 2. Hayır

26. Ne kadar zamandır Koroner Arter Hastasımsınız?

1. 1 yıldan az 3. 6-10 yıl arası
 2. 1-5 yıl arası 4. 11 ve fazla

27. Koroner Arter Hastalığı ile ilgili olarak kimden bilgi aldınız?

1. Hekim
 2. Hemşire

3. () Sağlık personeli dışında (arkadaş, gazete v.b.)
4. () Bilgi almadım
28. Koroner arter hastalığı hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?
1. () Evet 2. () Hayır
29. Diyabet ile ilgili olarak kimden bilgi aldınız?
1. () Hekim
2. () Hemşire
3. () Sağlık personeli dışında (arkadaş, gazete v.b.)
4. () Bilgi almadım
30. Diyabet hakkındaki bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?
1. () Evet
2. () Hayır

3. TEDAVİ ve EGZERSİZ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

31. Ne tip diyabet tedavisi alıyorsunuz?
1. () Diyet 3. () Diyet ve İnsülin
2. () Diyet ve oral antidiyabetik 4. () Diyet, Oral antidiyabetik ve insülin
32. Kontrollerinize düzenli olarak gider misiniz?
1. () Her Zaman
2. () Bazen
3. () Hiçbir Zaman
33. İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız?

İLAÇLAR	Her Zaman	Bazen	Hiçbir Zaman
Antihipertansif			
Antidiyabetik			
Antilipid ve Kolesterol ilacı			

34. Diyet programınıza uyuyor musunuz?

1. () Her Zaman
2. () Bazen
- 3.() Hiçbir Zaman

35. Koroner arter hastalığı ve diyabete yönelik egzersiz programınız var mı ?

1. () Evet (Belirtiniz)
2. () Hayır

EK 2. KISA FORM 36 (SHORT FORM 36) SF-36

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) iyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
 b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
 c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı
 d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
 e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinlikler ile ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	()	()	()
b) Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	()	()	()
e) Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma	()	()	()
d) Merdivenle çok sayıda kat çıkma	()	()	()
e) Merdivenle bir kat çıkma	()	()	()
f) Eğilme veya diz çökme	()	()	()
g) Bir iki kilometre yürüme	()	()	()
h) Birkaç Sokak öteye yürüme	()	()	()
l) Bir Sokak öteye yürüme	()	()	()
i) Kendi kendine banyo yapma veya giyinme	()	()	()

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	()	()
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	()	()
c) İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?	()	()
d) İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (daha fazla çaba gibi)	()	()

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a) İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	()	()
b) Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	()	()
c) İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz ?	()	()

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif
d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
b) Biraz etkiledi
c) Orta derecede etkiledi
d) Oldukça etkiledi
e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu Zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a) Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
b) Çok sinirli bir insan oldunuz mu?	()	()	()	()	()	()
c) Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi	()	()	()	()	()	()
d) Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
e) Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
f) Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
g) Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
h) Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()
D) Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	()	()	()	()	()	()

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman c) bazen e) hiçbir zaman
b) Çoğu zaman d) nadiren

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a) Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	()	()	()	()	()
b) Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	()	()	()	()	()
c) Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	()	()	()	()	()
d) Sağlığım mükemmel	()	()	()	()	()

EK.3. SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz. Teşekkür ederiz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.				
2. Sağlığımı ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim.				
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu yada katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlatmak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi muttu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14. Hergün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için				
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Hergün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dk. Zaman ayırırım.				
28. Sağlığımı ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				

31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim,				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm				
40. Yatariken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım				

EK 4: EK TABLOLAR**Ek Tablo 1. Hipertansiyon Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı**

	Evet $\bar{x} \pm SS$	Hayır $\bar{x} \pm SS$	Olasılık Değeri
SYBD alt ölçekleri			
Kendini Gerçekleştirme*	28.1±11.2	28.8±12.3	0.390
Sağlık Sorumluluğu*	19.4±13.4	20.6±10.5	0.295
Egzersiz*	6.60±2.4	6.96±3.5	0.527
Beslenme*	14.3±6.1	15.3±9.4	0.134
Stres*	18.1±8.9	19.1±8.8	0.051
Kişilerarası Destek*	18.8±7.8	19.1±7.9	0.405
SYBD Toplam*	105.4±17.9	110.0±17.5	0.220
SF-36 alt ölçekleri			
Fiziksel Fonksiyon			
Fiziksel Sağlık*	32.5±11.2	50.1±11.5	0.002
Fiziksel Rol Güçlüğü	25.0±10.5	47.2±11.4	0.003
Ağrı*	54.0±13.4	58.2±14.2	0.151
Genel Sağlık Algısı*	62.6±14.2	61.4±15.2	0.629
Fiziksel Fonksiyon Özet*	44.6±10.8	53.2±11.2	0.001
Mental Fonksiyon			
Canlılık (Enerji)*	55.0±14.2	53.8±11.5	0.268
Sosyal Fonksiyon*	45.2±13.5	43.9±12.4	0.748
Emosyonel Rol*	44.5±12.8	45.3±13.2	0.283
Mental Sağlık*	10.7±7.6	7.35±3.5	0.023
Mental Fonksiyon Özet*	12.9±8.4	11.7±7.6	0.498

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Ek Tablo 2. Hipertansiyon Atakları Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Evet	Hayır	Olasılık
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Değeri
SYBD alt ölçekleri			
Kendini Gerçekleştirme*	27.2±12.5	28.9±13.4	0.013
Sağlık Sorumluluğu*	19.3±11.9	19.8±12.1	0.338
Egzersiz*	6.71±4.8	6.63±5.2	0.489
Beslenme*	13.5±6.7	15.1±7.4	0.002
Stres*	17.7±8.4	18.7±8.5	0.025
Kişilerarası Destek*	18.0±9.5	19.4±10.2	0.006
SF-36 alt ölçekleri			
Fiziksel Fonksiyon			
Fiziksel Sağlık*	30.9±12.5	38.8±13.6	0.031
Fiziksel Rol Güçlüğü*	26.5±13.4	30.3±15.4	0.436
Ağrı	56.1±14.5	59.2±16.7	0.152
Genel Sağlık Algısı*	62.1±16.7	62.6±17.8	0.494
Fiziksel Fonksiyon Özet*	44.8±15.7	46.9±16.9	0.206
Mental Fonksiyon			
Canlılık (Enerji)*	55.7±18.4	54.2±17.4	0.165
Sosyal Fonksiyon*	45.0±14.8	45.0±15.2	0.998
Emosyonel Rol*	40.2±17.8	52.3±18.4	0.085
Mental Sağlık*	56.3±19.5	58.1±19.8	0.230
Mental Fonksiyon Özet	49.3±15.4	52.4±20.2	0.161

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.

Ek Tablo 3. KAH ve Diyabete Yönelik Egzersiz Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Evet	Hayır	Olasılık
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	Değeri
SYBD alt ölçekleri			
Kendini Gerçekleştirme*	33.3±7.8	27.7±6.5	0.000
Sağlık Sorumluluğu*	24.8±8.9	19.1±8.2	0.001
Egzersiz*	8.00±3.2	6.52±3.1	0.002
Beslenme*	17.2±4.5	14.2±4.2	0.001
Stres*	21.4±6.2	17.9±6.1	0.000
Kişilerarası Destek*	21.0±4.1	18.6±3.8	0.006
SYBD Toplam*	125.8±7	104.2±16.5	0.000
SF-36 alt ölçekleri			
Fiziksel Fonksiyon			
Fiziksel Sağlık*	52.0±7.8	33.9±7.3	0.014
Fiziksel Rol Güçlüğü*	26.6±9.6	29.0±8.9	0.773
Ağrı*	54.0±8.4	57.9±9.4	0.279
Genel Sağlık Algısı*	64.3±8.3	62.2±6.8	0.207
Fiziksel Fonksiyon Özet*	49.2±6.9	45.7±4.5	0.220
Mental Fonksiyon			
Canlılık (Enerji)*	56.6±8.6	54.6±8.4	0.398
Sosyal Fonksiyon*	35.8±8.5	46.0±7.6	0.001
Emosyonel Rol*	64.4±6.9	45.6±8.4	0.129
Mental Sağlık*	62.1±9.4	56.9±6.9	0.076
Mental Fonksiyon Özet*	54.7±9.5	50.8±8.2	0.075

* Mann Whitney U testi uygulanmıştır.





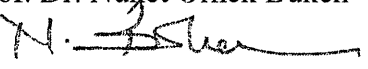

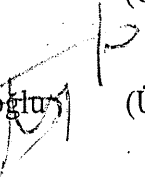

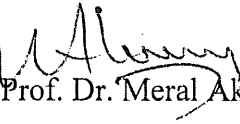

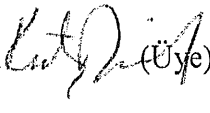


29 Ağustos 2012

Sayı: B.30.2.HAC.0.05.07.00/635

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 03 TEMMUZ 2012 SALI
Toplantı No : 2012/07
Proje No : LUT 12/50 (Değerlendirme Tarihi 05.06.2012)
Karar No : LUT 12/50 - 04

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Prof.Dr. Nuran AKDEMİR'in sorumlu araştırmacısı olduğu, Hemş. Betül BAYRAK'ın tezi olan LUT 12/50 kayıt numaralı ve "*Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzda değerlendirilmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | | | |
|--|----------|---|-------|
| 1.Prof. Dr. Nurten Akarsu
 | (Başkan) | 9 Prof. Dr. Songül Vaizoğlu
 | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken
 | (Üye) | 10. Prof. Dr. Melahat Görduysus | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. Hakan S. Orer
KATILMADI | (Üye) | 11. Doç. Dr. R. Köksal Özgül
 | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu
 | (Üye) | 12. Doç. Dr. Cansın Saçkesen
 | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer
 | (Üye) | 13 Doç. Dr. Ayşe Lale Doğan
 | (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Meral Aksoy | (Üye) | 14. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan
 | (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay
 | (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl
KATILMADI | (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal | (Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu
 | (Üye) |



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı :B.10.4.İSM.4.06.00.15- EPKK-619
Konu : EPK Kararı

07.06.2012* 07125

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü öğrencisi **Betül BAYRAK**'ın "Diyabetik koroner arter hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tezinin anket uygulamalarının hastanemiz Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahi Poliklinik ve Kliniklerinde yapması talebi Eğitim Plan ve Koordinasyon Kurulumuzun 05.06.2012 tarihli ve 288 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, anket çalışmasının yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof.Dr.Mustafa PAÇ
Baştabip

3874
11.06.2012

EK 5.3: AYDINLATILMIŞ YAZILI ONAM FORMU

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Araştırmacının Açıklaması:

Sayın Katılımcı

“Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” adlı bu araştırma ile diyabetik koroner arter hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi belirlenerek hastalığın yönetiminin sağlanmasında etkili faktörlerin belirlenmesi ve bakımın planlanmasında hemşirelere yol göstereceği düşünülmektedir.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak olan Tanıtıcı Bilgiler Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının yanı sıra başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

“Yaşlı Diyabetli Hastaların Hastalık ve Sağlığa İlişkin Tutumları” adlı bu araştırma ile diyabetli hastaların sağlık inanç modeline dayalı tutumlarının belirlenerek hastalığın iyi yönetiminin sağlanmasında etkili faktörlerin tanınmasında hemşirelere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Araştırmacı Betül BAYRAK ÖZARSLAN tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı bildirilerek, yapılacak araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Yapılan ön bilgilendirmeden sonra böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam adı geçen araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırmacının büyük bir özen ve saygı ile yaklaşacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlı kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte araştırmacı Betül Bayrak Özarслан'a aşağıdaki telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyetle ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı- Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Görüşme Tanığı:

Adı- Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza: