

ORJİNAL ARAŞTIRMA ORIGINAL RESEARCH

DOI: 10.5336/nurses.2025-110673

Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki: Kesitsel-Tanımlayıcı Çalışma

The Relationship Between Healthy Lifestyle Behaviors and Quality of Life in Patients with Heart Failure: The Descriptive Cross-Sectional Study

^{ID} Mehmet AĞASLAN^a, ^{ID} Gülşah KUMAŞ^b

^aTarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mersin, Türkiye

^bÇukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Adana, Türkiye

ÖZET Amaç: Kalp yetersizliği, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve yüksek mortalite oranlarına sahip ciddi bir klinik tablodur. Bu araştırma, kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, Adana ilinde bir devlet hastanesinin kardiyoloji servislerinde yürütülmüştür. Çalışma kapsamına toplam 288 hasta dâhil edilmiştir. Etik kurul onayı, kurum izni ve çalışmaya katılan bireylerden yazılı olarak bilgilendirilmiş gönüllü onam alınmıştır. Veriler; hasta tanıtım formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi aracılığıyla toplanmıştır. İstatistiksel analizler, SPSS 22 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiş; verilerin değerlendirilmesinde %95 güven aralığında $p < 0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmada, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ortalama puanının $113,26 \pm 20,15$ olduğu; MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi ortalama puanının ise $3,01 \pm 1,13$ olduğu belirlenmiştir. Kalp yetersizliği hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$). **Sonuç:** Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda, özellikle yatarak tedavi gören hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmesi, hastaya ve ailesine yönelik yapılandırılmış eğitim programlarının uygulanması ve hastalığa uygun yaşam tarzının geliştirilmesinin desteklenmesi gerekmektedir. Bu uygulamaların, hastaların yaşam kalitesinin artırılmasına önemli ölçüde katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

ABSTRACT Objective: Heart failure is a serious clinical condition that significantly affects the quality of life of individuals and has high mortality rates. This study was conducted to examine the relationship between healthy lifestyle behaviors and quality of life in patients with heart failure. **Material and Method:** The study was conducted in the cardiology units of a state hospital in Adana, Türkiye. A total of 288 patients were included in the study. Ethical approval was obtained from the ethics committee, and institutional permission was granted. In addition, written informed consent was received from all participants. Data were collected using the patient information form, Healthy Lifestyle Behaviors II Scale and MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire. Statistical analyses were performed using the SPSS version 22 software package. A p value of < 0.05 was considered statistically significant within a 95% confidence interval. **Results:** In the study, the mean score of the Healthy Lifestyle Behaviors II Scale was 113.26 ± 20.15 and the mean score of the MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire was 3.01 ± 1.13 . It was determined that there was a statistically significant relationship between healthy lifestyle behaviors and quality of life in heart failure patients ($p < 0.001$). **Conclusion:** The improvement of healthy lifestyle behaviors in patients with heart failure contributes to the enhancement of their quality of life. In this context, it is essential to assess the healthy lifestyle behaviors of hospitalized patients using valid and reliable measurement tools, to implement structured educational programs for patients and their families, and to support the development of a lifestyle appropriate to the disease. These practices are considered to significantly contribute to improving patients' quality of life.

Anahtar Kelimeler: Kalp yetersizliği;
sağlıklı yaşam tarzı; yaşam kalitesi

Keywords: Heart failure;
healthy lifestyle; quality of life

Correspondence: Mehmet AĞASLAN
Tarsus Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Mersin, Türkiye
E-mail: mehmetagasan@tarsus.edu.tr

Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences.

Received: 24 Mar 2025

Received in revised form: 19 May 2025

Accepted: 20 Jun 2025

Available online: 01 Sep 2025

2146-8893 / Copyright © 2025 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Kalp yetersizliği (KY), kalbin vücudun metabolik ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde kan pompalamaması durumunda ortaya çıkan, ventriküllerin dolumunu veya ejeksiyon yetisini etkileyen fonksiyonel bozukluklara bağlı gelişen karmaşık bir klinik sendromdur.¹

Büyük bir morbidite ve mortalite kaynağı olan KY, özellikle yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı da artan ciddi bir klinik tablodur. KY tanısı konulduktan sonraki ilk 5 yıl içerisinde ölüm oranının %50-75 arasında olduğu belirtilmektedir.² Dünya genelinde, 2017 yılı verilerine göre 64,2 milyon insanın KY hastalığına sahip olduğu belirtilmektedir.² Ülkemizde gerçekleştirilen bir prevalans çalışmasında KY görülme sıklığının %2,7 olduğu, yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir.³

KY'nin oluşmasında diabetes mellitus (DM), koroner arter hastalığı (KAH), hipertansiyon (HT), kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kardiyomiyopatiler, miyokardit, kalp kapak hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, aritmiler ve yüksek debi gibi durumlar rol oynamaktadır.⁴

KY olan hastalarda çoğunlukla karşılaşılan sigara ve alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapmama, diyetle uygun beslenmeme, tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin önerilere uymama gibi birçok sağlıklı yaşam biçimini ilgilendiren davranış, hastanın kişisel özellikleri ile yakın ilişki içerisinde.⁵ Aşırı kalori alımı ve sağlıksız gıda tercihleri, yetersiz fiziksel aktivite ve emosyonel stres gibi yaşam tarzını ilgilendiren davranışlar; HT, DM, uyku bozuklukları ve dispne gibi durumların gelişmesine yol açarak KY oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bireylerin yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmesinde, KY'nin erken tanısı ve önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının dikkate alınması gerekmektedir. KY hastalığının tedavi sürecinde de sağlıklı yaşam müdahalelerinin önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir.⁶

KY, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilemektedir. Yaşam kalitesini düşüren başlıca etkenler arasında hastalığın şiddeti, eşlik eden kronik hastalıklar, semptomların sıklığı ve şiddeti, öz bakım yetersizliği, yaşam tarzı, sosyal destek eksik-

liği, tedavi ve hastalığa uyumda zorluk, cinsiyet, ileri yaş ve düşük gelir düzeyi yer almaktadır.

KY'de tıbbi bakımın temel hedefleri; hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, sağkalımı artırmak, semptomları hafifletmek, fonksiyonel kapasiteyi geliştirmek, hastaneye yatış sıklığını azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

KY hastalığının yönetiminde, hemşirelere büyük bir sorumluluk düşmektedir. Hastalarda meydana gelen semptomların daha başarılı yönetilmesi, hastaneye yatış sıklığının azaltılması, hastaların öz bakım eksikliğinin giderilmesi, sağlıklı yaşam tarzının oluşturulması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi noktasında hemşirelik mesleği önemli rol oynamaktadır.¹

Bu çalışmanın, KY hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi geniş bir hasta popülasyonunda inceleyerek, literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın, geniş bir bölgeye hizmet veren bir hastanede gerçekleştirilmiş olması, farklı sosyodemografik özelliklere sahip yatan hastaları içermesi, elde edilen sonuçların genellenebilirliğini artırmaktadır. Çalışma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde ele alarak, literatürdeki benzer çalışmalara kıyasla farklı hasta gruplarının ihtiyaçlarını anlamaya yönelik daha derin bir bakış açısı sağlamaktadır. Bu yönüyle hemşireler için kanıta dayalı uygulamalara rehberlik edeceği düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TASARIMI

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanmıştır.

ARAŞTIRMA DÂHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Çalışmamıza, 18 yaş ve üzerinde olan, en 6 ay önce KY tanısı almış olan, New York Kalp Derneği sınıflaması II, III veya IV olan, bilinci açık, koopere, oryante olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar dâhil edilirken, bunun dışında kalan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Adana’da bir devlet hastanesinin kardiyoloji servislerinde yatmakta olan hastalar araştırma evrenini oluşturmaktadır. Örneklemine; Kasım 2023-Haziran 2024 tarihleri arasında kardiyoloji servisinde yatan, araştırma dâhil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bütün hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, çalışma evreni bilindiğinden “bilinen evrende örneklem hesaplama formülü” kullanılarak, %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile hesaplanmış; minimum 288 hasta ile çalışılması gerektiği belirlenmiştir. Araştırmada veri kaybı yaşanmadığı için örnekleme ek kayıp oranı dâhil edilmemiş ve çalışma 288 hasta ile tamamlanmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama sürecinde, hastaların sosyodemografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerini içeren “hasta tanıtım formu”, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilebilmesi için “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (SYBDÖII)”, yaşam kalitesini değerlendirmek için “MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi” kullanılmıştır.

Hasta Tanıtım Formu

Hastaların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taramasına dayanarak geliştirilen soru formu, tanımlayıcı niteliktedir.^{5,7} Bu form; hastaların sosyodemografik durumu, tıbbi öyküsü ve yaşam tarzına ilişkin toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği

Walker ve Hill-Polerecky tarafından 1996 yılında geliştirilen ölçeğin, ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 2008 yılında Bahar ve ark. gerçekleştirmiştir.^{8,9} Ölçek toplamda 52 madde içermekte olup; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi olmak üzere toplam 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin derecelendirmesi; hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3) ve düzenli olarak (4) şeklinde 4’lü Likert tipindedir. Ölçek toplam puan hesaplanarak değerlendirilebildiği gibi her alt boyut tek başına hesaplanarak da değerlendirilebilmektedir. Ölçekten alınan

puan yükseldikçe kişinin belirtilen sağlık davranışını uygulama düzeyi de yükselmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 52 iken, en yüksek 208’dir. SYBDÖII’nin Cronbach alfa katsayısı Bahar ve ark.nın geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında 0,92 olarak belirlenirken, çalışmamızda 0,937 olarak bulunmuştur.⁹

MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew anketi, kalp hastalığı olan hastaların hastalık semptomlarını ve değişen durumlarını güvenilir bir şekilde karşılaştırmaya yarayan sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilebilmesi amacıyla kullanılan hastalığa özgü uluslararası bir ankettir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Daskapan ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir. MacNew; kişilerin fiziksel, emosyonel, sosyal fonksiyonlar ve günlük aktivitelerinin kalp hastalığından nasıl etkilendiğinin belirlenmesi için oluşturulmuştur. Ankette toplam 27 soru ve fiziksel sınırlılık, emosyonel fonksiyon ve sosyal fonksiyon olmak üzere 3 alt boyut bulunmaktadır. Alt boyut puanları, sorulara verilen cevapların ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Her bir alt bölüm için ve toplam olarak en düşük 1, en yüksek 7 puan alınmaktadır. Alınan puanın yükselmesi, yaşam kalitesinin de yükseldiğini ifade etmektedir.¹⁰ Daskapan ve ark.nın çalışmasında, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak belirlenmiş, çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,942 olarak bulunmuştur.¹⁰

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmanın istatistiksel analizleri, SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bulguların değerlendirilmesinde, frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluğun tespit edilebilmesi için çarpıklık ve basıklık değerleri analiz edilmiştir. Normal dağılan ölçümler için parametrik, dağılmayan ölçümler için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. İki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında “bağımsız örneklem t” (t-tablo değeri) ve “Mann-Whitney U” (z-tablo değeri) testi, bağımsız 3 veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise “varyans analizi” (F-tablo değeri) ve “Kruskal-Wallis H” (χ^2 -tablo değeri) testleri kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grupta yapılan incelemelerde farklılığın hangi gruptan kaynaklandı-

ğını anlamak için Tukey, Tamhane T2 ve Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testlerinden yararlanılmıştır. Korelasyon derecesinin belirlenmesi amacıyla “Pearson” ve “Spearman” korelasyon katsayıları kullanılmıştır. SYBDÖİI’nin, MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi’nin toplam puanını yordama düzeyi, gerçekleştirilen basit doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinden elde edilen sonuçlar, %95 güven aralığında istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi amacıyla Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Kli-

nik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (tarih: 13 Ekim 2023; no: 66) ve çalışmanın gerçekleştirildiği yerden yazılı kurum izni alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen hastalara; araştırmanın amacı açıklanarak, sözlü ve yazılı bir şekilde bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun bir şekilde yürütülmüştür.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Hastaların yaş ortalamasının $68,60 \pm 12,85$ yıl olup, %29,2’sinin 61-70 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Hastaların %62,2’sinin erkek, %49,3’ünün ilkökul mezunu,

TABLO 1: Hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre dağılımı

Değişken (n=288)	n	%	Değişken (n=288)	n	%
Yaş ($\bar{X} \pm SS$: 68,60$\pm$12,85)			KY tanısından itibaren geçen süre		
60 yaş ve altı	68	23,6	6-11 ay	104	36,1
61-70 yaş	84	29,2	1-3 yıl	64	22,2
71-80 yaş	82	28,4	4-6 yıl	42	14,6
81 yaş ve üzeri	54	18,8	7-10 yıl	35	12,2
			10 yıldan fazla	43	14,9
Cinsiyet			KY nedeniyle daha önce hastaneye yatış durumu		
Kadın	109	37,8	Evet	130	45,1
Erkek	179	62,2	Hayır	158	54,9
Medeni durum			Ek kronik hastalık		
Evlü	203	70,5	Yok	57	19,8
Bekâr	19	6,6	Var	231	80,2
Eşi vefat etmiş	66	22,9			
Aylık gelir düzeyi			Ailede KY olma durumu		
Gelir giderden fazla	8	2,8	Yok	131	45,5
Gelir gidere eşit	107	37,1	Var	157	54,5
Gelir giderden az	173	60,1			
Birlikte yaşadığınız kişi/kişiler			Sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu		
Eş	115	39,9	Evet	50	17,4
Çocuk	54	18,8	Hayır	238	82,6
Eş ve çocuk	83	28,8			
Yalnız	28	9,7			
Diğer	8	2,8			
Yaşadığı yer			KY hastalık sınıflaması		
İl	199	69,1	Sınıf II	62	21,5
İlçe	59	20,5	Sınıf III	134	46,6
Köy	30	10,4	Sınıf IV	92	31,9
Şu anki sağlık durumunun yorumlanması			Ejeksiyon fraksiyon değeri ($\bar{X} \pm SS$: 35,77$\pm$10,80)		
Çok kötü	98	34,0			
Kötü	105	36,5			
İyi	67	23,3			
Çok iyi	18	6,2			

SS: Standart sapma; KY: Kalp yetersizliği

%70,5'inin evli olduğu, %54,9'unun KY sebebiyle daha önce de hastaneye yattığı, %80,7'sinde ek kronik hastalık olduğu ve %82,6'sının sağlık kontrollerine düzenli olarak gelmediği tespit edilmiştir.

Hastaların ölçeklere ve alt boyutlarına verdikleri cevaplarla ilişkili bulgular Tablo 2'de verilmiştir. SYBDÖII toplam puan ortalaması 113,26±20,15, MacNew Global toplam puan ortalaması ise

TABLO 2: SYBDÖII ve MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi'ne ilişkin bulguların dağılımı

Ölçekler (n=288)		$\bar{X}$	SS	Medyan	Minimum	Maksimum
SYBDÖII	Sağlık sorumluluğu	17,72	3,96	17,00	9,00	32,00
	Manevi gelişim	23,33	4,57	23,00	12,00	36,00
	Fiziksel aktivite	11,15	3,52	10,00	8,00	28,00
	Beslenme alışkanlığı	22,81	3,87	23,00	13,00	34,00
	Kişilerarası ilişkiler	21,55	4,75	22,00	10,00	36,00
	Stres yönetimi	16,70	3,83	16,00	8,00	29,00
	SYBDÖII	113,26	20,15	111,00	74,00	195,00
MacNew Anketi	Fiziksel sınırlılık	2,78	1,24	2,61	1,00	6,46
	Emosyonel fonksiyon	3,22	1,00	3,17	1,00	6,07
	Sosyal fonksiyon	3,02	1,25	2,92	1,00	6,43
	MacNew Global	3,01	1,13	2,90	1,17	6,24

SYBDÖII: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği; SS: Standart sapma

TABLO 3: Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre SYBDÖII ve Macnew puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken(n=288)	SYBDÖII $\bar{X}\pm SS$	Test ve p değerleri	MacNew $\bar{X}\pm SS$	Test ve p değerleri
Yaş grubu				
60 yaş ve altı (1)	114,68±19,63	F=2,695	3,06±1,34	F=1,713
61-70 yaş (2)	114,51±20,06	p=0,04	3,07±1,09	p=0,165
71-80 yaş (3)	115,38±20,77	[1,2,3-4]	3,10±1,07	
81 yaş ve üzeri (4)	106,33±19,00		2,69±0,93	
Cinsiyet				
Kadın	109,11±17,208	t=-2,910	2,84±0,97	t=-2,046
Erkek	115,79±21,405	p=0,04	3,11±1,20	p=0,042
Medeni durum				
Evli (1)	114,93±20,51	F=4,066	3,07±1,19	F=1,159
Eşi vefat etmiş (2)	107,17±17,74	p=0,01	2,87±0,93	p=0,315
Bekâr (3)	116,53±20,89	[1-2]	2,78±1,00	
Aylık gelir düzeyi				
Gelir giderden fazla (1)	133,63±30,38	F=15,993	3,47±1,24	F=7,715
Gelir gidere eşit (2)	119,63±20,67	p<0,01	3,31±1,12	p=0,01
Gelir giderden az (3)	108,39±17,56	[1-2,3]	2,80±1,08	[2-3]
Birlikte yaşadığınız kişi/kişiler				
Eş (1)	114,91±18,85	F=3,016	3,02±1,08	F=1,465
Çocuk (2)	105,81±17,00	p=0,01	2,72±0,89	p=0,22
Eş ve çocuk (3)	117,02±22,77	[2-3]	3,14±1,35	
Yalnız (4)	110,25±18,16		3,05±1,03	
Diğer (5)	111,38±25,37		3,12±0,97	
Yaşadığı yer				
İl (1)	112,45±19,76	F=1,001	2,87±1,03	F=4,278
İlçe (2)	113,61±21,32	p=0,36	3,18±1,24	p=0,01
Köy (3)	118,00±20,37		3,54±1,36	[1-3]

Parantez içerisindeki rakamlar, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirtmek için kullanılmıştır. SYBDÖII: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği; SS: Standart sapma

3,01±1,13 olarak tespit edilmiştir. Alt boyut puanları incelendiğinde SYBDÖII’de en düşük puanı fiziksel aktivite (11,15±3,52) alt boyutu alırken, en yüksek puanı manevi gelişim (23,33±4,57) alt boyutu almıştır. MacNew ölçeğinde ise en düşük puanı fiziksel sınırlılık (2,78±1,24), en yüksek puanı ise emosyonel fonksiyon (3,22±1,00) alt boyutu almıştır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 3’te, hastalık özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması ise Tablo 4’te gösterilmiştir. Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile SYBDÖII puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; ileri yaş, kadın cinsiyet, eşi vefat etmiş olma, düşük gelir düzeyine sahip olma, KY tanısından itibaren geçen sürenin uzaması, KY nedeniyle

tekrarlı yatış varlığı, ek kronik hastalık varlığı, düzenli sağlık kontrolüne gitmeme, KY hastalık sınıflaması III veya IV olma ve sağlık durumunun kötü yorumlanması parametrelerine sahip hastaların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile MacNew puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi, şehirde yaşama, KY tanısından itibaren geçen sürenin kısa olması, KY nedeniyle tekrarlı yatış varlığı, ek kronik hastalık varlığı, KY hastalık sınıflaması III veya IV olması ve sağlık durumunun kötü yorumlanması parametrelerine sahip hastaların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük puan ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

TABLO 4: Hastaların hastalık özelliklerine göre SYBDÖII ve MacNew puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişken (n=288)	SYBDÖII X±SS	Test ve p değerleri	MacNew X±SS	Test ve p değerleri
KY tanısından itibaren geçen süre				
6-11 ay (1)	119,11±21,28	F=4,218	3,44±1,16	F=7,146
1-3 yıl (2)	107,39±19,92	p=0,02	2,66±0,96	p<0,01
4-6 yıl (3)	110,90±16,34	[1-2]	2,74±1,06	[1-2,3,5]
7-10 yıl (4)	113,89±17,73		3,02±1,14	
10 yıldan fazla (5)	109,67±19,93		2,71±1,02	
KY nedeniyle daha önce yatış durumu				
Evet	108,73±18,98	t=-3,531	2,70±1,01	t=-4,205
Hayır	116,99±20,37	p<0,01	3,25±1,16	p<0,01
Ek kronik hastalık				
Yok	119,07±22,92	t=2,450	3,45±1,14	t=3,402
Var	111,83±19,19	p=0,01	2,89±1,10	p=0,01
Sağlık kontrollerine düzenli gitme durumu				
Evet	123,12±24,78	t=3,897	3,13±1,19	t=0,864
Hayır	111,19±18,43	p<0,001	2,98±1,11	p=0,388
Ailede KY olma durumu				
Hayır	111,37±18,76	t=-1,457	3,01±1,19	t=0,093
Evet	114,84±21,17	p=0,146	3,00±1,08	p=0,926
KY hastalık sınıflaması				
Sınıf II (1)	131,69±20,14	F=66,523	4,28±0,93	F=138,085
Sınıf III (2)	113,79±16,10	p<0,001	3,06±0,86	p<0,001
Sınıf IV (3)	100,08±14,90	[1-2,3;2-3]	2,07±0,60	[1-2,3;2-3]
Şu anki sağlık durumunun yorumlanması				
Çok kötü (1)	99,62±14,23	F=52,579	2,15±0,64	F=63,137
Kötü (2)	113,23±14,61	p<0,001	3,07±0,91	p<0,001
İyi (3)	126,37±17,45	[1-2,3,4;2-3,4]	3,77±1,01	[1-2,3,4;2-3,4]
Çok iyi (4)	138,94±27,59		4,44±1,20	

Parantez içerisindeki rakamlar, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirtmek için kullanılmıştır. SYBDÖII: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği; SS: Standart sapma; KY: Kalp yetersizliği

TABLO 5: MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Anketi ile SYBDÖII puanlarının ilişkisinin incelenmesi

MacNew Global toplam puan		
SYBDÖII toplam puan	r değeri	0,701
	p değeri	<0,001

SYBDÖII: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği

Ölçek puanlarına ilişkin korelasyon analizi Tablo 5'te gösterilmiştir. SYBDÖII puanları ile MacNew anketinden alınan puanların ilişkisini incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizlerinde, orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. SYBDÖII puanları arttıkça, MacNew anketinden alınan puanlar da artış göstermektedir.

SYBDÖII puanlarının, MacNew anket puanlarını yordama düzeylerini incelemek amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizi Tablo 6'da gösterilmiştir. Analiz sonuçlarına göre SYBDÖII puanlarının, MacNew puanlarını açıklama düzeyinin %49,1 olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda, SYBDÖII puanları 1 birim arttığında MacNew puanları 0,039 puan artmaktadır ($\beta=0,039$; $p<0,01$).

TARTIŞMA

Çalışmamıza dâhil edilen hastaların SYBDÖII toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. En yüksek puanın manevi gelişim, en düşük puanın ise fiziksel aktivite alt boyutunda yer aldığı görülmüştür. Bu bulgu, Habibzadeh ve ark.nın KY hastalarına verilen eğitimin etkisini incelediği çalışmada elde edilen sonuçlarla paraleldir.¹¹ Söz konusu çalışmada, eğitim öncesi SYBDÖII puanlarının ortalamasının altında olduğu, alt boyutlar açısından ise en yüksek puanın yine manevi gelişimde, en düşük puanın ise fiziksel aktivitede olduğu belirtilmiştir.¹¹ Ben-

zer şekilde Savaşan ve ark.nın KAH olan bireylerle yürüttüğü çalışmada da toplam puanın, ortalamasının üzerinde olmasına rağmen alt boyut düzeyinde en yüksek puan yine manevi gelişim, en düşük puan fiziksel aktivite olarak rapor edilmiştir.¹² Bu bağlamda çalışmamızın sonuçlarının, mevcut literatürle genel olarak örtüştüğü söylenebilir.

Fiziksel aktivite puanlarının düşük oluşu, yaşla birlikte mobilite düzeyinde meydana gelen azalmalara bağlanabilirken; manevi gelişim puanlarının yüksekliği, yaş ilerledikçe bireylerin dinî inançlara ve içsel anlam arayışına daha fazla yönelmesiyle açıklanabilir. Nitekim yaş gruplarına göre SYBDÖII puanları incelendiğinde, 81 yaş ve üzeri bireylerin, diğer yaş gruplarına kıyasla daha düşük puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Chen ve ark.nın kronik hastalığı olan yaşlı bireylerle yürüttüğü çalışmada bildirilen, yaş ile sağlık davranışları arasında negatif ilişki olduğunu gösteren sonuçlarla da örtüşmektedir.¹³ Bu durumun, yaşlanmaya bağlı olarak vücut fonksiyonlarında meydana gelen azalma ve/veya yaşa yaşamayla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Cinsiyet değişkenine göre değerlendirildiğinde erkek hastaların, kadınlara kıyasla daha yüksek SYBDÖII puanına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Literatürde bu bulguyu destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Özer ve Argon'un KY hastalarıyla; Başarır ve Çınar Pakyüz'ün hemodiyaliz hastalarıyla; Küçükberber ve ark.nın ise KAH hastalarıyla gerçekleştirdiği araştırmalarda da erkek bireylerin sağlıklı yaşam davranışları puanlarının, kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{7,14,15} Bu durumun, ataerkil aile yapısının etkisiyle yaşlı erkek bireylerin toplumsal ve sosyal yaşamda daha aktif roller üstlenmesi sonucunda, sağlık davranışlarını daha kolay içselleştirmelerine olanak sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

TABLO 6: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'nin MacNew Kalp Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeğini yordama düzeyi

Bağımsız değişkenler	β	SS	Sß	t değeri	p değeri	%95 güven aralığı	
						Alt sınır	Üst sınır
Sabit	-1,449	0,273		-5,315	$p<0,01$	-1,986	-0,913
SYBDÖII	0,039	0,002	0,701	16,610	$p<0,01$	0,035	0,44
Durbin-Watson=1,543	F=275,901		$p<0,001$				

SYBDÖII: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği; SS: Standart sapma

Eğitim düzeyi değişkeni açısından değerlendirildiğinde, düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin SYBDÖII puanlarının da daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Kınıcı'nın KY hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışma ile Simoni ve ark.nın hipertansif bireylerle yürüttüğü araştırmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir.^{16,17} Bu bulgular, eğitim düzeyinin yükselmesinin, sağlıklı yaşam davranışlarının kazanılmasında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Eğitimli bireylerin, hastalık yönetimi ve koruyucu sağlık davranışlarına daha fazla önem verdikleri ve bilgiye erişimlerinin daha kolay olduğu düşünülmektedir.

Benzer şekilde düşük gelir düzeyine sahip hastaların, SYBDÖII puanlarının da anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür. Kaçan Softa ve ark.nın yaşlı bireylerle; Küçükberber ve ark.nın ise kalp hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmalarda da gelir düzeyi yüksek bireylerin daha yüksek sağlık davranışı puanlarına sahip oldukları bildirilmiştir.^{7,18} Ekonomik gücün, bireylerin sağlıklı yaşam koşullarına erişimini kolaylaştırdığı, bu sayede sağlık davranışlarının uygulanabilirliğini artırdığı söylenebilir.

KY nedeniyle daha önce hastaneye yatış öyküsü bulunan hastaların, daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergiledikleri saptanmıştır. Bu sonuç, Mosleh ve Darawad'ın KAH hastalarıyla yaptığı çalışmada elde edilen bulgularla örtüşmektedir.¹⁹ Hastaneye yatışların, semptomların etkili yönetilememesiyle ilişkili olduğu ve yaşam tarzı değişikliklerinin, bu süreci olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ek kronik hastalığı bulunan bireylerin, ek hastalığı olmayanlara kıyasla daha düşük SYBDÖII puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Küçükberber ve ark. ile Gür ve Sunal'ın KAH hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmalarda da benzer sonuçlar rapor edilmiştir.^{7,20} Bu bulgular, birden fazla kronik hastalıkla baş etmek durumunda kalan bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürme konusunda daha fazla zorluk yaşadıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda, MacNew Kalp Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalamasının, literatürdeki benzer çalışmalara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde, en yüksek puanın emosyonel işlevsellik, en düşük puanın ise fiziksel sınırlılık alt boyutunda yer aldığı görülmektedir.

Lisiak ve ark.nın akut koroner sendromlu yaşlı bireylerle yürüttüğü çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış; fiziksel sınırlılık en düşük, emosyonel işlevsellik ise en yüksek puan olarak bildirilmiştir.²¹ Bu sonuçlar, KY hastalarının fiziksel kapasitesinin sınırlı olmasının, yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili olduğunu göstermektedir. Hastaneye yatış öyküsüne sahip hastaların düşük yaşam kalitesine sahip olması, KY'nin etkili yönetilememesinden kaynaklanıyor olabilir. Nitekim KY semptomlarının, beslenme ve fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörleriyle doğrudan ilişkili olduğu bilinmektedir.

Cinsiyet değişkeni açısından erkek hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, Bundgaard ve ark., Küçükberber ve ark., Özer ve Argon tarafından yapılan çalışmalarda da bulgularla paralellik göstermektedir.^{7,14,22} Erkeklerin sağlıkla ilgili karar süreçlerinde daha aktif rol almaları ve daha az bakım yükü üstlenmeleri, yaşam kalitesinin bu yönde etkilenmesine neden olabilir.

Gelir düzeyi açısından düşük gelirli bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Zengin ve ark.nın çalışmasında bu ilişki saptanmazken, Akarsu'nun çalışmasında gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir.^{23,24} Bu çelişkili sonuçlar, örneklem farklılığı veya sosyoekonomik göstergelerin ölçümündeki yöntemsel farklılıklardan kaynaklanabilir. Bununla birlikte genel eğilim, ekonomik olanakların yaşam kalitesini artırıcı bir rol oynadığı yönündedir.

Hastaneye daha önce yatış öyküsü olan hastaların yaşam kalitelerinin anlamlı düzeyde düşük olduğu da çalışmamızda saptanmıştır. Bu bulgu, Salık ve Çıtılık Sarıtaş ile Zengin ve ark.nın çalışmalarıyla örtüşmektedir.^{23,25} Hastaneye yatış, KY hastalarının hastalık kontrolünde zorluk yaşadıklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Ek kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu da çalışmamızda görülmüştür. Küçükberber ve ark., Silavanich ve ark., Reddy ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bildirilmiştir.^{7,26,27} KY'ye ek olarak HT, DM gibi kronik hastalıklarla baş etmek durumunda

olan bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesi beklenen bir durumdur.

Son olarak çalışmamızda, SYBDÖII ve MacNew toplam puanları ile alt boyutları arasında orta düzeyde, pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Özer ve Argon, Küçükberber ve ark. ile Annaç tarafından yapılan çalışmalarda bildirilen bulgularla örtüşmektedir.^{7,14,28} Bu durum, sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesinin, KY hastalarının yaşam kalitesini artırma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, hemşirelik girişimlerinin yalnızca hastalık yönetimine değil, aynı zamanda bireyin yaşam tarzını şekillendirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerini içermesi önem taşımaktadır.

SINIRLILIKLAR

Çalışmamızın tek merkezli olması ve yalnızca yatarak tedavi gören hastaların çalışmaya dâhil edilmesi araştırmamızın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada, KY hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde, yaşam kalitesinin ise ortalamanın altında olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite en düşük, manevi gelişim en yüksek düzeyde sergilenen davranış olarak öne çıkmıştır. Kadın cinsiyet, ileri yaş, düşük gelir düzeyi, ek kronik hastalıklar, tanı süresinin uzunluğu ve hastaneye yatış öyküsü hem sağlıklı yaşam davranışlarını hem de yaşam kalitesini olumsuz etkileyen temel etmenlerdir. Ayrıca sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu doğrultuda:

■ KY olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını desteklemek amacıyla hemşirelik bakımı sürecine bu davranışlara yönelik değerlendirme ve danışmanlık uygulamalarının dâhil edilmesi,

■ Özellikle riskli gruplar (yaşlı, kadın, düşük gelirli ve ek hastalığı olan bireyler) için bireyselleştirilmiş eğitim ve takip planlarının oluşturulması,

■ Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler doğrultusunda hemşireler tarafından düzenli takiplerin artırılması ve hastaların ihtiyaçlarına göre yönlendirilmesi,

■ Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin dikkate alınarak, klinik hemşirelik uygulamalarında yaşam tarzı değişikliklerinin desteklenmesine yönelik müdahalelere yer verilmesi,

■ Gelecekte yapılacak araştırmalarda, hasta eğitiminin yanı sıra danışmanlık, sosyal destek, izlem ve bireyselleştirilmiş bakım gibi farklı müdahale yaklaşımlarının da değerlendirilmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Çalışmamız süresince yardımlarını esirgemeyen kardiyoloji servisi hemşirelerine ve çalışmamıza katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalarımıza teşekkür ederiz.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Kasapoğlu ES, Enç N. Kronik kalp yetersizliğinin bakım yönetiminde hemşireler için bir rehber [A guide for the nurses in care management of heart failure]. *Türk J Cardiovasc Nurs.* 2017;8(16):35-44. doi:10.5543/khd.2017.35229
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-858. Erratum in: *Lancet.* 2019;393(10190):e44. PMID: 30496104; PMCID: PMC6227754
- Değertekin M, Erol C, Ergene O, Tokgözoğlu L, Aksoy M, Erol MK, et al. Türkiye'deki kalp yetersizliği prevalansı ve öngördürücüleri: HAPPY çalışması [Heart failure prevalence and predictors in Turkey: HAPPY study]. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2012;40(4):298-308. Turkish. PMID: 22951845
- Ziaeian B, Fonarow GC. Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2016;13(6):368-78. PMID: 26935038; PMCID: PMC4868779
- Aggarwal M, Bozkurt B, Panjraht G, Aggarwal B, Ostfeld RJ, Barnard ND, et al. American College of Cardiology's Nutrition and Lifestyle Committee of the Prevention of Cardiovascular Disease Council. Lifestyle modifications for preventing and treating heart failure. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(19):2391-405. PMID: 30384895
- Johansson I, Joseph P, Balasubramanian K, McMurray JJV, Lund LH, Ezekowitz JA, et al. G-CHF Investigators. Health-related quality of life and mortality in heart failure: the global congestive heart failure study of 23 000 patients from 40 countries. *Circulation.* 2021;143(22):2129-42. PMID: 33906372
- Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi [Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease]. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2011;11:619-26. <https://anatoljcardiol.com/article/AJC-92009/pdf>
- Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. Unpubl Manuscr Univ Neb Med Cent. 1996;7(13):75-87.
- Bahar Z, Beşer A, Gordes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşire Üksekokulu Derg.* 2008;12(1):1-13.
- Daskapan A, Höfer S, Oldridge N, Alkan N, Muderrisoğlu H, Tuzun EH. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(2):209-13. PMID: 18093106
- Habibzadeh H, Shariati A, Mohammadi F, Babayi S. The effect of educational intervention based on Pender's health promotion model on quality of life and health promotion in patients with heart failure: an experimental study. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021;21(1):478. PMID: 34610821; PMCID: PMC8491755
- Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk [Hopelessness and healthy life style behaviors in patients with coronary artery disorder]. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2013;4(1):1-6 https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-07279-ORIGINAL_ARTICLE-SAVASAN.pdf
- Chen L, Gong Y, Yuan L. Health behaviour and its determinants in elderly patients with chronic diseases: evidence from Jiangsu Province, China. *BMC Geriatr.* 2022;22(1):297. PMID: 35392819; PMCID: PMC8988547
- Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi [Examining relationship among health behaviours, importance of health and quality of life in heart failure]. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 2005;21(1):63-77. <https://dergi-park.org.tr/tr/pub/eghehemsire/issue/49611/635857>
- Başarır S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *NefroHemDergi.* 2015;10(1):19-31. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemsire/issue/28579/304871>
- Kıncı E. Kalp yetersizliği hastalarının umutsuzluk düzeyi, sağlık davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2018. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=QdttfWN94Gt0WKD-nXqQU4eg&no=XkXJMXFqmqoyz_EsvguK4uQ
- Samiei Siboni F, Alimoradi Z, Atashi V. Health-promoting lifestyle: a considerable contributing factor to quality of life in patients with hypertension. *Am J Lifestyle Med.* 2018;15(2):191-9. PMID: 33786035; PMCID: PMC7958221
- Kaçan Softa H, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler (Elders' perceived social support systems and factors effecting their healthy life-style behaviour). *YSAD.* 2016;9(1):1-12. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/221070>
- Mosleh SM, Darawad M. Patients' adherence to healthy behavior in coronary heart disease: risk factor management among Jordanian patients. *J Cardiovasc Nurs.* 2015;30(6):471-8. PMID: 25325369
- Gür G, Sunal N. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi [Determination of health perception and healthy lifestyle behaviors in patients with coronary]. *Sağlık Bilim Ve Meslekleri Derg.* 2019;6(2):210-9. doi:10.17681/hsp.420313
- Lisiak M, Uchmanowicz I, Wontor R. Frailty and quality of life in elderly patients with acute coronary syndrome. *Clin Interv Aging.* 2016;11:553-62. PMID: 27217737; PMCID: PMC4862345
- Bundgaard JS, Thune JJ, Gislason G, Fosbøl EL, Torp-Pedersen C, Aagaard D, et al. Quality of life and the associated risk of all-cause mortality in nonischemic heart failure. *Int J Cardiol.* 2020;305:92-8. PMID: 32046910
- Zengin N, Ören B, Yıldız H, Akıncı AÇ. Kalp yetersizliği hastalarında sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklere göre yaşam kalitesinin incelenmesi [An investigation on the quality of life of heart failure patients as per socio-demographic and disease related characteristics]. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi.* 2012;16(2):41-8. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ybhd/issue/35994/403898>
- Akarsu T. 65 yaş üstü kalp yetersizliği olan hastalarda akılcı ilaç kullanımı ile hastalığa uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi [Doktora tezi]. Aydın: Aydın Üniversitesi; 2022. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/Tez-Goster?key=sELqxhTIFGAjsbjOuuiyCCgxLEVis9jVBPw9xeEFdnT1z8ltUdeZB-JgOKrwABa8a>
- Salık S, Çıtılık Sarıtaş S. The determination of life quality and hopelessness levels in patients with heart failure. *Türk J Card Nur.* 2021;12(29):173-82. doi:10.5543/khd.2021.51523
- Silavanich V, Nathisuwan S, Phrommintikul A, Permsuwan U. Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients. *Heart Lung.* 2019;48(2):105-10. PMID: 30384984
- Reddy YNV, Rikhi A, Obokata M, Shah SJ, Lewis GD, AbouEzzedine OF, et al. Quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: importance of obesity, functional capacity, and physical inactivity. *Eur J Heart Fail.* 2020;22(6):1009-18. PMID: 32150314
- Annaç S. Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi; 2018.