



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIK ALGISI ve  
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ  
BELİRLENMESİ**

GÖZDE GÜR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. NİHAL SUNAL

İSTANBUL – 2017

## TEŞEKKÜR

Lisans-Yüksek lisans öğrenimim sırasında ve tez çalışmam boyunca her konuda bana destek olan, bilgilerini, deneyimlerini, zamanını ve güvenini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve yol gösteren tez danışmanım değerli hocam Sn. Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL' a,

Yapmış olduğum çalışmaya yürekten inanan, bilgilerini, zamanlarını benimle paylaşan sayın hocalarım Yrd. Doç. Dr. İbrahim Oğuz KARACA ve Yrd. Doç. Dr. Mehmet Onur OMAYGENÇ' e,

Her zaman elini omzunda hissettiğim, ihtiyacım olduğu her an yanımda bulduğum çalışma arkadaşım Melik KARBUZ' a,

Varlıklarıyla her zaman bana güç veren, çok sevdiğim canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU .....	i
BEYAN .....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ .....	viii
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ .....	ix
<b>1.ÖZET</b> .....	1
<b>2.ABSTRACT</b> .....	2
<b>3.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	3
<b>4.GENEL BİLGİLER</b> .....	7
4.1. KAH Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	7
4.2. KAH Tanımı ve Değerlendirilmesi.....	8
4.2.1. Belirti ve bulgular.....	8
4.3. Non-invaziv Kardiyak İncelemeler.....	10
4.3.1. Temel teknikler.....	10
4.3.1.1. Biyokimyasal tetkikler.....	10
4.3.1.2. İstirahat elektrokardiyografi.....	11
4.3.1.3. İstirahat ekokardiyografisi.....	11
4.4. Invaziv Koroner Anjiyografi .....	11
4.5. Yaşam Tarzı ve Farmakolojik Yöntem .....	12
4.5.1. KAH risk faktörlerinin genel yönetimi.....	12

4.5.1.2. KAH yaşam tarzı değişiklikleri ve risk faktörlerinin kontrolü .....	13
4.5.1.2.1. Sigara .....	13
4.5.1.2.2. Diyet .....	14
4.5.1.2.3. Fiziksel aktivite .....	15
4.5.1.2.4. Cinsel aktivite .....	15
4.5.1.2.5. Kilo kaybı .....	16
4.5.1.2.6. Lipid yönetimi .....	16
4.5.1.2.7. Arteriyal hipertansiyon .....	17
4.5.1.2.8. Diyabet ve diğer hastalıklar .....	18
4.5.1.2.9. Psikososyal faktörler .....	19
4.5.1.2.10. Kardiyak rehabilitasyon.....	20
4.5.1.2.11. İnflüenza aşısı.....	20
4.5.1.2.12. Hormon replasman tedavisi .....	20
4.5.2. KAH olan hastalarda farmakolojik tedavi .....	21
4.5.2.1. Tedavi amaçları .....	21
4.5.2.2. İlaçlar .....	21
4.5.2.2.1. Nitratlar .....	21
4.5.2.2.2. Beta blokerler .....	22
4.5.2.2.3. Antitrombositler ajanlar.....	22
4.5.2.2.4. Düşük doz aspirin.....	22
4.5.2.2.5. Antiplatelet ajanların kombinasyonu.....	22
4.6. Revaskülarizasyon .....	23

4.6.1. Perkütan koroner girişim.....	23
4.6.1.1. Miyokard enfarktüsü sonrası .....	23
4.6.2. Koroner arter By-pass greft.....	23
4.7. Özel Gruplar ve Hususlar .....	24
4.7.1. Kadınlar.....	24
4.7.2. Diyabetik hastalar.....	24
4.7.3. Kronik böbrek hastalığı olan hastalar.....	25
4.7.4. Yaşlı hastalar.....	25
4.8. Birinci Basamak Bakım ve Hemşirenin Koruyucu Rolü .....	26
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....</b>	<b>29</b>
5.1. Araştırmanın Tipi.....	29
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	29
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
5.4. Araştırmanın Uygulanması.....	29
5.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
5.6. Veri Toplama Araçları.....	30
5.6.1. Kişisel Özellikler Formu (EK-1).....	30
5.6.2. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) (EK-2).....	30
5.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) (EK-3).....	30
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33

<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>34</b>
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>57</b>
<b>8. SONUÇ.....</b>	<b>63</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>76</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>82</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>85</b>

## **KISALTMALAR LİSTESİ**

**KAH** Koroner Arter Hastalığı

**BKİ** Beden Kitle İndeksi

**IKA** Invaziv Koroner Anjio

**KVH** Kardiyovasküler Hastalık

**HT** Hipertansiyon

**CABG** Koroner Arter Bypass Greft

**KB** Kan Basıncı

**PKG** Perkütan Koroner Girişim

**SYBD** Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

**SAÖ** Sağlık Algısı Ölçeği

**AKS** Akut Koroner Sendrom

**EKG** Elektrokardiyogram

**BKİ** Beden Kitle Endeksi

**DM** Diabetes Mellitus

**KV** Kardiyovasküler

**TK** Total Kolesterol

**Hs-Crp** C-Reaktif protein

**ME** Miyokard Enfarktüsü

**İATT** İkili Antitrombositler Tedavi

**KBH** Kronik Böbrek Hastalığı

## TABLoların LİSTESİ

### SAYFA NO:

<b>Tablo 5.7.1</b> İncelenen Özellikler ve Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	32
<b>Tablo 5.7.2</b> Ölçekler ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Kat Sayısı Değerleri.	32
<b>Tablo 6.1</b> Katılımcıların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı.....	35
<b>Tablo 6.2</b> Katılımcıların Sağlıkla İlgili Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı....	37
<b>Tablo 6.3</b> Katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ Puan Ortalamaları.....	38
<b>Tablo 6.4</b> Katılımcıların SAÖ'de Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri.....	40
<b>Tablo 6.5</b> Katılımcıların SYBDÖ'de Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri....	42
<b>Tablo 6.6</b> Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SAÖ ve SYBDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	46
<b>Tablo 6.7</b> Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SAÖ ve SYBDÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
<b>Tablo 6.8</b> SAÖ ile SYBDÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri.....	55



## 1.ÖZET

### KORONER ARTER HASTALARINDA SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Bu araştırma koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi KYBÜ'nde Mayıs 2016 - Ocak 2017 tarihleri arasında KAH tanısı almış, PKG uygulanmış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve sorulara eksiksiz cevap veren 305 hasta oluşturmuştur. Çalışma verileri hastalarla yüz yüze görüşülerek 'Sosyodemografik Bilgi Formu' 'Sağlık Algısı Ölçeği' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği' kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, Cronbach alfa katsayısı, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $58,63 \pm 11,08$  olup, %32,5'inin 55-64 yaş grubunda (n=99) olduğu saptanmıştır. Ayrıca %63,3'ünün erkek (n=193), %84,6'sının (n=258) evli, %48,5'inin ilköğretim mezunu (n=148) olduğu görülmüştür. Katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalamasının  $47,37 \pm 5,77$ , SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamasının  $131,36 \pm 26,71$  olduğu belirlenmiştir. SAÖ ile SYBDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde; SAÖ ile SYBDÖ'den alınan puan ortalamaları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır ( $r=-0,403$ ;  $p=0,000$ ). Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; KAH'sı olmak hastaların çoğunu yaşam tarzını değiştirmeye itse de bunun ağırlıklı olarak doktor kontrolüne düzenli gitmek ve ilaçlarını düzenli kullanmak yönünde hastaları motive ettiği, diyet, egzersiz vb gerçek yaşam tarzı değişiklikleri sorgulandığında ise bu yöndeki çabalarının yetersiz olduğu görüldü. SYBDÖ skorlarının hem sosyodemografik parametreler hem yaşam tarzı değişiklikleri hem de alışkanlıklar ile daha körele olduğu saptandı. Dolayısıyla bu ölçeğe göre daha düşük puanlar alan bireylere daha çok zaman ayrılarak sağlıklı yaşamın tüm boyutlarının hayata geçirilmesi konusunda gerekli eğitim ve danışmanlığın verilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Koroner Arter Hastalığı, Perkütan Koroner Girişim, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Sağlık Algısı Ölçeği.

## 2. ABSTRACT

### DETERMINATION OF HEALTH PERCEPTION AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

The purpose of our descriptive study is to determine the perception of health and healthy lifestyle behaviors in patients with coronary artery disease (CAD). The study sample consisted of 305 patients treated in the coronary care unit of the Istanbul Medipol Mega Hospital Complex between May 2016–January 2017, who were diagnosed as having coronary artery disease, treated with percutaneous coronary intervention, willing to participate in the study, and able to completely answer the study questionnaires. Study data was obtained by using the “Sociodemographic Information Form”, “Perception of Health Scale (PHS)”, and “Healthy Lifestyle Behaviour Scale (HLBS)” by direct communication with the participants. The statistical methods included number, percentage, mean, Cronbach alfa coefficient, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U, and Kruskal Wallis tests. The participants had a mean age of  $58.63 \pm 11.08$  with a male dominance of 63.3% (n=193). Ninety-nine patients (32.5%) appeared to be between ages of 55 – 64. The marriage percentage of the population was %84.6 and a total of 148 patients (48.5%) had an education level of elementary school. The mean score of the PHS was  $47.37 \pm 5.77$  and the mean score of HLBS was  $131,36 \pm 26,71$ . Spearman correlation was used to analyze the relation between mean scores of the PHS and the HLBS. There was a relatively weak association between the mean PHS and the HLBS scores ( $r=-0,403$ ;  $p=0,001$ ). The results of the study showed that having CAD seemed to motivate the patients to change their lifestyle, mostly by regular doctor visits and adherence to treatment. However, real lifestyle changes such as dietary modification and exercise were seemed to appear inadequate among the participants. HLBS scores were more likely to be correlated with both sociodemographic parameters, lifestyle changes and behaviors. The results of our study showed that patients with low HLBS scores should be more closely followed for appropriate education and counseling to improve health outcomes.

**Key Words:** Coronary Artery Disease, Healthy Lifestyle Behaviour Scale, Nursery, Percutaneous Coronary Intervention, Perception of Health Scale.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan Koroner Arter Hastalığı (KAH) bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısıyla uzun vadede ilişkili olan kronik bir hastalıktır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 1990 yılında mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan kardiyovasküler hastalıkların (KVH) 2020 yılına gelindiğinde günümüzde olduğu gibi 1. sırada yer alacağı ve yılda 14 milyon olan ölüm sayısının 25 milyon kişiye çıkacağı beklenen bir sonuçtur. Yaşadığımız döneme bakılırsa küresel ölümlerin %30'undan KAH sorumludur. Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de her yıl yaklaşık olarak 250-300 bin yeni koroner arter hastasının olması öngörülmektedir. Türk Kardiyoloji Derneği(TKD) tarafından yürütülen "Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasının verilerine göre 2011'de ülkemizde yaklaşık olarak 3-3,5 milyon koroner arter hastası olduğu tespit edilmiştir (1).

Koroner arter hastalığı anjina, çarpıntı, nefes darlığı, yorgunluk ve bitkinlik bulgularıyla birlikte fiziksel aktivite ve egzersize karşı azalmış tolerans ile karşımıza çıkmaktadır. Fiziksel aktivite ile ilişkili semptomların artmasıyla birlikte hastalar semptomlarından uzaklaşmak için fiziksel aktivitelerini azaltma eğilimindedirler ve bu durum da fiziksel, sosyal ve zihinsel fonksiyonlarının azalması, sağlık algısının bozulmasına ve olumlu sağlık davranışı geliştirememesine yol açmaktadır. Miyokard enfarktüsü (ME) yaşayan hastaların depresyon ve hastalık algılarına ek olarak, yaşam biçimi davranışları ve sağlık algılarının da, post-op iyileşme süreçlerini, hastalığı kabullenmelerini ve rehabilitasyon programlarına katılımlarını etkilediği görülmektedir (2).

Genel sağlık durumunun kişisel inanç ve değerlendirmeleri olan sağlık algısında, genel olarak sağlık yerine fiziksel ve zihinsel bileşenlere odaklanılmaktadır. Hastalıkla birlikte gelen süreçlerin, psikososyal ve fiziksel bir varlık olan insanı olumsuz yönde etkilemesi ve aynı zaman da bireyin sağlık sürecindeki iyileşmelere de bağlı olarak sağlık algısında bir değişim oluşması beklenmektedir. Kişinin sağlıklı olma halinin ölçülmesi ya da değerlendirmesi olarak açıklanan sağlık algısı ölçeği

(SAÖ); sağlının biyolojik boyutları, algılanan iyilik hali, fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonelliğini de içermektedir. Sağlık algısı ölçüm araçlarına dayandırılmakta ve genel sağlığın ölçümü olarak tanımlanmaktadır (3).

Yaşadığımız coğrafyada, KAH'nın en önemli risk faktörleri "hipertansiyon, şişmanlık, stres, sigara içimi, lipoprotein (HDL) kolesterol düzeyi düşüklüğü trigliserid yüksekliği," olarak belirlenmiştir. Ülkemizin içinde bulunduğu şehirleşme, sosyoekonomik gelişme, sağlıksız beslenme yaşam biçiminde ve davranış alışkanlıklarında değişikliklere yol açmaktadır. Dünyada ve yaşadığımız bölgede ölümlerin en önemli nedenlerinden biri olan bu hastalıktan, risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve alınacak önlemler ile korunabileceği aynı zamanda da ölümlerin büyük bir kısmının önüne geçilebileceği belirtilmiştir. KAH'na yönelik belirtilen risk faktörlerinin kişinin/hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışı (SYBD) ile bağlantılı olduğu saptanmıştır (4,8).

Sağlık kavramının günümüzde ki şekliyle sağlıklı yaşam biçimi davranışı aile, toplum ve bireyin sağlığını koruma, artırma ve sürdürme, sağlık davranışları hakkında karar alma becerisi ve iyi olma durumunun devamını sağlayacak, yükseltecek, koruyacak davranışları bireyin kazanması olarak tanımlanmaktadır (9).

Sağlıklı yaşam şekli kavramı, kişinin sağlığını etkileyebilen davranışlarının tamamını kontrol altına alması, günlük yaşam aktivitelerini düzenlemede kişinin kendi sağlık seviyesine uygun davranışları bularak düzenlemesi olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma bakıldığında diyebiliriz ki; yaşam şekli bireylerin kontrolünde olan kişisel kararların hepsidir ve bu kararlar sağlığımızla ilişkilendirmek mümkündür. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı, sağlığın geliştirilmesi ve aynı zamanda hastalıklardan korunmanın temelini de oluşturmaktadır, böylelikle ölümleri azaltabilen güce sahip olmuştur (10).

Sağlıklı yaşam biçimini benimsemenin, sağlığı geliştirmenin bir parçası olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir araştırmaya göre; Amerika'da ölümlerin %50'si sağlıksız yaşam biçiminden dolayı olmaktadır (11). Bu araştırmadan yola çıkarak şunu diyebiliriz ki; toplum ve bireyler, daha iyi sağlık düzeyine ulaşmayı hedef haline getirmek zorundadırlar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmada bireylerin öz denetim mekanizmalarını kullanabilme becerileri ve kendi düşüncelerini ifade

edebilmeleri son derece önemlidir. İlerleyen zamanla birlikte “fiziksel aktivite” alanı dışındaki tüm çevrelerde yaşlı nüfusun genç nüfusa göre daha iyi düzeyde otonomiye sahip oldukları saptanmıştır (12). Sağlığa olan özenin ve farkındalığın artırılması ile kişinin kendi sağlığı üzerindeki kontrolü sağlanarak, hastalıklara neden olabilecek yaşam şekilleri, davranışları değiştirilebilmekte ve sonuç olarak olumlu yönde sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılabilir. Sağlık düzeyini en üst seviyeye ulaştırmak için bireye yeterli bilgi, beceri, olumlu tutum ve davranışların kazandırılması ve bunların da alışkanlık haline getirilmesi gerekir. Bu da doğru sağlık davranışlarının yaşamın erken dönemlerinden itibaren kazandırılması ile mümkün olabilmektedir (13).

Sağlıklı yaşam biçimi denilince akla sadece hastalıklardan korumak değil, aynı zamanda yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışların gösterilmesi gerektiği de gelmelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; bireyin kendini gerçekleştirme için sağlayıcı davranışlar olup bireyin iyilik düzeyini artıran, ruhsal gelişim, sağlık sorumluluğu, yeterli ve düzenli egzersiz, sigara kullanmama, beslenme, hijyenik önlemler, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini içermektedir (14).

Geçmişten bugüne sağlık hizmetlerindeki gelişmelere bakıldığında insanların, önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yolları aradıkları görülür. İnsanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan uygulamaların hepsine birden "Sağlıklı Yaşam Biçimi Uygulamaları" (Healthy Life Style) adı verilmektedir (15).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelidir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam biçimi haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. Bu durum, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine ilişkin uygulamaların önemini de ortaya çıkarmaktadır (16,18).

Hastalıklardan korunmada, erken tanı ve müdahalede bulunmada, sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temel oluşturmaktadır.

Yapılan çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların çoğunun sağlığa zarar veren davranışlarından dolayı ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu durum sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunmada yaşam şekillerinin geliştirilmesinin ne denli etkili olduğunu ve buna yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır. Sağlığı geliştirmek için alkol ve madde kullanımı, sigara kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranış gruplarından bireyin kaçınması gerekir (17). Bu da ancak bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırmasıyla mümkündür (18).

KAH sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısı oluşması; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve bunlar doğrultusunda davranış değişikliği başlatması, hastanın inandığı değerlerinin, inançlarının, sağlıklarına verdikleri önem ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalıkla uyum içinde yaşaması ve yaşam şekillerinde değişiklikler planlaması veya yapması, sunulan bakıma aktif cevap vermesi ve iş birliği ile mümkün olacaktır. Hastaların hastalığa karşı davranışının, uyum soruları ve psikolojik tepkilerinin anlaşılması ve hastalıkla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım süreçlerinin planlanması için önemlidir. Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve sağlık algısının değerlendirmesi sunulan hemşirelik hizmetlerinin geliştirilmesinde önemli ayrıntılar vereceğinden, KAH' nın post-op dönem seyri içinde önemlidir (19,20,21).

Toplanan verilerden yola çıkılarak oluşturulan bu araştırmada koroner arter hastalığına sahip olan bireylerin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, bunları hastalığı etkileyen risk faktörleriyle birlikte değerlendirmek ve aynı zamanda bakım ihtiyaçlarının belirlenmesine rehber olacak öneriler geliştirmek, eğitimler planlamak ve danışmanlık hizmetleri sağlayarak sağlığı ileri düzeye taşımak amacı ile planlanmıştır (22, 23,24).

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. KAH Tanımı ve Epidemiyolojisi

KAH genellikle egzersiz, duygusal veya başka tip streslerle etkileşimde olan, tekrarlayabilen, ancak kendiliğinden birden de gelişebilen, iskemi veya hipoksi ile ilişkili, geri dönüşümü mümkün olan miyokard ihtiyaç dengesizliği atakları şeklinde tanımlanır. Bu tip iskemi yada hipoksi atakları genellikle göğüste geçici sıkıntı hissi yaratan anjina pectoris ile ilişkilidir. Bireyin yaşadığı süreç içinde sessizce ilerleyen, toplumda oldukça yaygın görülen ve belirtileri ortaya çıktığında genellikle ilerlemiş olan ve geri dönüşümü zorlaştıran KAH altta yatan en önemli nedeni ateroskleroz ve sıklıkla ona eklenen trombozdur. Ateroskleroz, damar duvarının ve esnekliğinin kaybolması ile görülen bir arteriyel hastalıktır. Sol ana koroner >%50 veya diğer majör koroner arterlerin bir kaçında ya da birinde oluşan >%70 darlık sonucu hastada belirti vermektedir (12).

Yapılan araştırmalarda her iki cinsiyet için de angina prevalansının yaşla birlikte arttığı görülmüştür. Kadınlarda 45-64 yaşları arasında %5-7 iken, 65-84 yaşları arasında %10-12'ye; erkeklerde 45-64 yaşları arasında %4-7 iken, 65-84 yaşları arasında %12-14'e çıktığı görülmüştür (25,26,27).

Zaman içerisinde KAH'a bağlı yıllık ölüm oranlarında bir azalma olduğu düşünülmektedir ancak geçmiş öykülerinde KAH tanısı olan kişilerin prevalansı değişmiş gibi görünmemektedir. Bu durum biz KAH sahip olan kişilerin prognozunun iyileşmekte olduğunu düşündürmektedir. Tanı araçlarının duyarlılığının artması da KAH tanısı almış kişilerin günümüzdeki prevalansının yüksekliğine katkıda bulunuyor olabilir (28,27,26,12).

Şüphelenilen koroner arter hastalığı olan çeşitli hasta grupları:

- KAH ile ilişkili olduğu hissedilen nefes darlığı ya da anjina pectoris gibi belirtilere sahip olanlar;
- KAH nedeniyle önceden belirtileri olan, tedavi ile asemptomatik hale gelen ve düzenli gözlem altında olması gerektirenler;

- Yakınmalarını ilk kez beliren ama zamanla kronikleşmiş olanlar örneğin; öykü sırasında benzer semptomları birkaç aydır devam edenler.
- Anjinası ilk kez ortaya çıkan ve tekrarlayan hastalar anjina, kalp yetersizliği bulgusu, istirahat elektrokardiyogramında bozukluk olmayan, troponinde artış saptanmayan ve acil girişim gerektirmeyen hasta grupları olarak 4 grupta ele alınır.

KAH' ın değişik klinik tablolarının görünmesinin nedeni altında yatan diğer risk faktörleridir, bunlar;

- Epikardiyal arterlerin plaklar nedeniyle tıkanması;
- Plaklı veya plaksız arterlerin bölgesel veya yaygın spazmı;
- Mikrovasküler ve geçirilmiş akut miyokart nekrozunun neden olduğu sol ventrikül işlev bozukluğudur. Daha önceden revaskülarizasyon olsun veya olmasın koroner plaklar herhangi bir belirti vermeksizin sessiz de kalabilir.

## **4.2. KAH Tanımı ve Değerlendirilmesi**

KAH'nın tanı ve değerlendirmesi; belirgin hiperglisemi, dislipidemi veya diğer biyokimyasal risk faktörlerinin belirlenmesi, stres testi veya koroner görüntüleme gibi kardiyak incelemeleri içeren klinik bulguları değerlendirmeyi içerir. KAH'dan şüphelenilen hastalarda iskemi tanısını doğrulamak, tetikleyen faktörleri belirlemek veya dışlamak, hastalıkla ilişkili risk faktörlerini ölçmek ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla kullanılabilir (12).

### **4.2.1. Belirti ve bulgular**

Göğüs ağrısı tanısının kilit taşı dikkatli bir öykü almaktır. Özellikle bu aşamada hemşirelere büyük görev düşmektedir. Sadece hastanın öyküsünde ki şikayetleri almak bile tanı koymak için tatmin edici bir neden olabilir. Yine de tanıyı doğrulamak, diğer tanıları dışlamak ve altta yatan hastalığın ciddiyetini ölçmek için fiziksel muayene ve nesnel tetkikler uygulanır.

KAH şüphelenilen bir hastanın fizik muayenesi ve nesnel tetkiklerini yapmak hasta da kalp kapak hastalığı, aritmi, kalp dışı damar hastalıklarının varlığını belirlemek



açısından önemlidir. Ayrıca tiroit, böbrek hastalığı veya diyabet gibi eşlik eden durumlara ait belirtileri bulmakta önemlidir (29,27,12).

Anjina pectoris özellikleri açısından dört kategoride incelenebilir: Karakteri, yerleşimi, süresi ve eforla veya diğer arttırıcı ya da rahatlatıcı faktörlerle ilişkisi.

Miyokard iskemisiyle gelen sıkıntı hissi genellikle göğüste, çene altında, sol kol her iki elin parmak uçlarında, sırt kısmında ağrı şeklinde hissedilmek de, hastalar tarafından mide ağrısı olarak da tariflenebilmektedir.

Nefes darlığı, anjinaya eşlik edebilir ve KAH' dan şüphelenmek için tek başına yeterlidir ve genelde 10 dk' dan uzun sürmez. Göğüste ağrı sıkıntı hissine ek olarak az da olsa ateş, yorgunluk, bulantı, yanma gibi bulgularda gözlenebilir. Nefes darlığı egzersiz, duygusal stres ile ilişkilidir. Bunlar; eforla birlikte örneğin merdiven, yokuş çıkarken, ya da rüzgara karşı soğuk havada yürürken ortaya çıkar ve semptomları arttırır, eforun ortadan kalkması ile birlikte de sonlanır. Ağır bir yemekten sonra ya da sabah uyandıktan sonra semptomların artması anjinanın klasik özelliğidir (30,12,27).

Yaş/cinsiyet (erkek >55 yaş, kadın >65 yaş), bilinen damar hastalığı, hastanın şikayetleri ve diğer klinik bilgileri örneğin; öksürük varlığı veya batıcı ağrının varlığının birlikte ele alınması gerekir. Buna karşılık, ağrının sol kola yansması, bilinen kalp yetmezliği ve diyabet gibi klinik özellikler KAH olma olasılığının yüzdesini arttırmaktadır (28,27,12).

Hastaları aşağıda belirtilen ve her biri farklı özelliklere sahip olan göğüs ağrısı tiplerinden biri ile görebiliriz;

### **Göğüs ağrısının klinik sınıflandırılması;**

- Göğüste sternum arkasında tipik nitelik ve sürede rahatsızlık hissi veren, efor veya duygusal stres ile tetiklenebilen, istirahat veya nitratlar ile kolayca rahatlayan, genellikle mikrovasküler hastalığa bağlı olduğu düşünülen anjina.
- Atipik anjina ise yeri ve süresi bakımından tipik özellikte ama özellikle istirahatte gelen ve koroner spazma bağlı olabilen vazospastik anjina olarak da bilinen ağrı.

- Anjina dışı göğüs ağrısı sol hemitoraksın küçük bir bölümünü kapsayan, birkaç saat veya gün sürebilen, çarpıntı ile tetiklenebilen, nitrogliserin ile rahatlamayan ve kas iskelet ağrısı olarak da tanımlanabilen ağrı.

### **4.3. Non-invaziv Kardiyak İncelemeler**

KAH tanısını desteklemek için birçok non-invaziv kardiyak inceleme kullanılıyor olsa da, kaynakların kullanımı, hastada ki bulgularla paralel uygulanmaktadır. KAH tanısı konduğunda, ileri tedavi kararları çoğunlukla yakınmaların şiddetine, hastanın olumsuz kardiyak olaylar açısından riskine ve hastanın tercihlerine göre alınır. Koruyucu ilaçlarla birlikte semptomatik tıbbi tedavi mi uygulanması gerektiği, yoksa bunlara ek olarak revaskülarizasyon da yapılıp yapılmayacağı konusunda seçim yapılmalıdır. İkinci durumda revaskülarizasyonun tipinin de belirlenmesi gerekir (27,12).

#### **4.3.1. Temel tetkikler**

##### **4.3.1.1. Biyokimyasal tetkikler**

Laboratuvar incelemeleri; iskeminin olası nedenlerini, kardiyovasküler (KV) risk faktörlerini ve eşlik eden durumları saptamak ve prognozu belirlemek için kullanılır.

KAH varlığından şüphe duyuluyorsa troponin T veya troponin I gibi miyokart hasarının gösteren tetkikler kullanılabilir. Troponinlerin kararsız hastaları belirlemede temel bir rolü olduğu için, bu şüphelye hastaneye yatırılan her hastada troponin ölçülmesi önerilir. İlk bakılan troponinden dört saat sonra yeni tropanin bakılarak seviyeleri karşılaştırılmalıdır. Yüksek duyarlıklı C-reaktif protein (hs-CRP) düzeylerinin artması da bizi KAH varlığından şüphelendirebilir fakat yapılan son çalışmalar da rutin olarak önerilmemektedir.

Hemoglobin ve tiroit hormon düzeyleri iskeminin olası nedenleri konusunda bize fikir verir. KAH şüphesi olan her hastada glikolize hemoglobin (HbA1c) gibi glikoz metabolizmasının bilinmesi, KV açıdan risk oluşturan diyabetin KV sisteme etkisini belirlemek açısından önemlidir. Total kolesterol (TK), yüksek yoğunluklu HDL kolesterol, düşük yoğunluklu LDL kolesterol ve trigliseritlerden oluşan açlık lipit profili, tüm iskemik hastalığı olanlarda risk faktörlerini ortaya koymak açısından

önemlidir. Hipertansiyon, diyabet veya renovasküler hastalık gibi kronik hastalıklar böbrek fonksiyon bozukluğuna yol açabilir ve bu da anjina pektoris bulunan hastalar üzerinde olumsuz etki yaratır. Bundan dolayı işlem planlanan hastaların böbrek fonksiyonlarının kontrolü önemlidir (27,12).

#### **4.3.1.2. İstirahat elektrokardiyografi**

KAH şüphesi olan tüm hastaların 12 derivasyonlu istirahat EKG'si bulunmalıdır. İstirahat EKG'si önceki ME veya anormal repolarizasyon gibi KAH belirtilerini gösterebilir. Elimizde bulunan EKG gelecekteki olası durumlarda karşılaştırma yapmak için temel oluşturacaktır.

EKG, ağrı sırasında çekilirse iskemi varlığındaki dinamik ST-T değişikliklerini saptayarak tanı konulmasını sağlayabilir. Göğüs ağrısı sırasında çekilen EKG ve biraz sonra çekilen EKG karşılaştırıldığında ST segment sapsmaları kısmen düzeldiğinden bize ağrının vazospazmdan da kaynaklanabileceğini gösterir ve bu açıdan tanısaldır.

#### **4.3.1.3. İstirahat ekokardiyografisi**

Transtoraksik istirahat ekokardiyogram;

- Anginanın diğer nedenlerini yok etmek,
- KAH'ı destekleyecek bölgesel duvar hareket bozukluklarının tespiti,
- Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ölçülmesi,
- Diyastolik işlevlerin değerlendirilmesi açısından önemlidir.

#### **4.4. İnvaziv Koroner Anjiyografi**

Non-ınvaziv risk değerlendirmesi sonrasında büyük ölçüde tanısı konulan KAH'ın revaskularizasyon yapıp yapılmayacağı konusunda ınvaziv koroner anjiyografi (İKA) gerekmektedir. Yüksek total obstürük oklüzyon ve ciddi semptomları olan, öncesinde non-ınvaziv risk değerlendirmesi olmadan erken İKA yapmak revaskularizasyon potansiyeli olan örneğın ME ile gelmiş bir hasta düşünülebilir, lezyonları belirleyip müdahale etmek için yapılacak ilk işlemdir (31,32).

## 4.5. Yaşam Tarzı ve Farmakolojik Yöntem

### 4.5.1. KAH risk faktörlerinin genel yönetimi

Kardiyovasküler hastalık Avrupa’da her yıl 4 milyondan fazla kişinin ölümüne yol açtığı görülmüştür. Altmış beş yaş altı KV ölümler erkeklerde kadınlara kıyasla daha yaygın olduğu halde, KVH nedeniyle ölen kadınların sayısı 2,2 milyon, %55, erkeklerden 1,8 milyon %45 fazladır (31).

KV hastalık ve bununla ilişkili risk faktörlerinin etkisini ortadan kaldırma veya en aza indirmek amacıyla topluma yönelik veya bireysel faaliyetlerin tümü korunma kapsamındadır. Korunmanın bütüncül şekilde farklı boyutlarının da ele alınması gerekmektedir:

Toplum için sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını teşvik ederek ve kişiye özgü sonuçlar ortaya koymak için KVH tanısı almış veya orta ile yüksek KVH riski olanlarda sağlıksız yaşam tarzı belirtileri örneğin; dengesiz beslenme, fiziksel inaktivite, sigara kullanımıyla baş ederek ve lipit veya kan basıncı düzeylerindeki artış gibi yüksek KV risk faktörü düzeylerinin azaltılması gerekmektedir. Koruyucu önlemlerin yoğunluğu hastanın toplam KV riskine göre ayarlanmalıdır (26,32,33).

Korunması gereken gruplar;

- belgelenmiş KVH ,
- tip 1 veya tip 2 diyabet ,
- çok yüksek bireysel risk faktörü düzeyleri ,
- kronik böbrek hastalığı (KBH) otomatik olarak yüksek toplam KV risk altındadır. Bu kişilerde mümkün olan her türlü koruyucu veya tedavi edici önlem alınmalıdır ve toplam KV riskin daha fazla yükselmesi önlenmelidir. Hastalığın risk tehlikesine ilişkin farkındalık artırılmalıdır ve birincil korunma çabaları desteklenmelidir. Düşük risk taşıyan kişilere bu durumlarını korumaları konusunda yardımcı olacak önerilerde bulunup, danışmanlık yapılmalıdır. Risk faktörleriyle “karşı karşıya kalınan zaman dilimi” olduğu kabul edilen yaş, KV riskinin en dinamik belirleyicisidir (33).

#### **4.5.1.2. KAH yaşam tarzı değişiklikleri ve risk faktörlerinin kontrolü**

KAH risk faktörleri ilk olarak 1960'lar da Framingham Kalp Çalışmasının bulguları ile belirlenmiştir. Türk Kardiyoloji Derneği'nin (TKD) yayınladığı koroner kalp hastalığı korunma ve tedavi kılavuzunda, KAH risk faktörlerini değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere iki grupta toplamıştır. Değiştirilemez olarak bilinen majör risk faktörleri; yaş ( $\geq 55$ ), cinsiyet ve aile öyküsüdür. Kişinin yaşam biçimi değişiklikleri ve alınan tıbbi bakım ile uyumlu olarak değiştirilebilir, kontrol ve tedavi edilebilir risk faktörleri ise; sigara kullanımı, obezite, fiziksel aktivite eksikliği, yüksek kan kolesterol düzeyi, HT ve DM'dir. DSÖ, 2004 yılında yayınladığı Kalp Hastalığı ve İnme Atlasında, değiştirilebilir diğer risk faktörlerine psikososyal stres, düşük sosyoekonomik düzey, alkol kullanımı, menopoz, oral kontraseptifler, hormon replasman tedavisi ve sol ventrikül hipertrofisi gibi faktörleri eklemiştir. Kabul edilen risk faktörlerine ek olarak; homosistein, lipoprotein-a yüksekliği, fibrinijen ve CRP düzeyleri yüksekliği yeni tanımlanan risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (34,35).

Risk faktörlerinin tanımlanması ve bunların tedavisi asemptomatik kişilerde KAH'ın önlenmesi birincil koruma, hastalığı olan kişilerde tekrarlayan olayların önlenmesi ikincil koruma için planlarının uygulanması gerekmektedir. KAH tedavisinin amacı prognozu iyileştirmek ve semptomları azaltmaktır. Yaşam tarzı değişikliği, KAH risk faktörlerinin kontrolü, kanıta dayalı farmakolojik tedavi, hasta eğitimini hastaların ve hastalığın yönetiminin en önemli yapıtaşlarıdır (36,37).

##### **4.5.1.2.1. Sigara**

Sigara içme davranışının değiştirilmesi KAH iyileştirilmesinde yapı taşı oluşturmaktadır. Sigara yasakları da dahil olmak üzere alınacak halk sağlığı önlemleri, kamuoyunun sigaranın halk sağlığı açısından önemli bir tehlike olduğunu algılaması açısından çok önemlidir.

Sigara risk faktörü ne olursa olsun toplumlarda ateroskleroza bağlı klinik olaylarda güçlü ve bağımsız bir risk faktörüdür ve pasif içicilik de dahil olmak üzere tüm sigara tüketimi çeşitleri KAH hastalarında önlenmelidir. Araştırmalarda ME, koroner arter bypass greft (CABG) veya bilinen KAH öyküsü olup sigarayı bırakanlarda,

bırakmayanlara göre mortalite de belirgin azalma sigarayı bırakmanın faydası yaygın olarak belirtilmiştir. Koruyucu önlemlerin en etkilisi sigarayı bırakmaktır. TKD yayınladığı KVH korunma klavuzun da ME sonrası sigarayı bırakmanın mortalite de %36 azalma ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir. KAH hastalarını tedavide bakım ve eğitim sürecine katılan hemşireler KAH risk faktörlerini azaltmaya yönelik pasif içicilik de dahil olmak üzere, sigaranın bırakılması gerektiğini vurgulayıp bu yönde eğitim ve danışmanlık hizmeti planlanmalıdır. Farmakolojik ve fizyolojik olarak yüksek oranda bağımlılık yaptığı için sigarayı bırakmak karmaşık bir durumdur. Öğüt, cesaretlendirme ve farmakolojik yardımda bulunulması gerekebilir. Nikotin replasman tedavisi gibi ilaç tedavisi de önerilebilir (26,37,38).

#### **4.5.1.2.2. Diyet**

Diyet alışkanlıkları KV riski, serum kolesterolü, kan basıncı (KB), vücut ağırlığı ve diyabet gibi risk faktörleri üzerine etkileriyle ya da bunlardan bağımsız bir şekilde etkilemektedir. Sağlıklı bir diyet, kanser gibi kompleks yapıları diğer kronik hastalıkların riskini de azaltır. Diyet programları KVH' dan korunma da yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. Diyetteki bazı değişiklikler, KB ve kolesterol düzeyleri gibi ölçülebilir risk faktörlerine olumlu katkı sağlayacaktır (39,40).

Sağlıklı bir diyetin KVH riski azalttığı araştırmalarla ortadadır. Sağlıklı bir diyet için; enerji alımı, sağlıklı bir kiloyu ( $BKİ < 25 \text{ kg/m}^2$ ) devam ettirebilecek veya ulaşacak miktarla sınırlı olmalıdır.

Genel olarak, uygulanan diyetin kurallarına uyulduğunda, başka bir desteğe ihtiyaç duyulmaz. KVH açısından önemli besinler yağ asitleri, mineraller, vitaminler ve lifdir.

- Doymuş yağ asitleri toplam enerji alımının %10'undan az, yerine çoklu doymamış yağ asitleri.
- Toplam enerji alımının <%1'i trans doymamış yağ asitleri.
- Günlük <5 gr tuz.
- Günlük 200 gr meyve (2-3 porsiyon).

- Günlük 200 gr sebze (2-3 porsiyon).
- Biri yağlı balık olmak üzere haftada en az iki kez balık.
- Alkollü içeceklerin tüketimi erkeklerde günlük 2 kadeh(20 gr/gün alkol) ve gebe olmayan kadınlarda günlük 1kadeh (10 gr/gün alkol) ile sınırlandırılmalı.
- Tam buğday ürünlerinden, meyve ve sebzelerden günlük 30-45 gr lif alınmaktadır (12,40).

#### **4.5.1.2.3. Fiziksel aktivite**

Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin, tanısı konulmuş KAH'ı olan hastalarda morbite ve mortalitede azalma ile ilişkili olduğu ve günlük yaşam aktivitelerine dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Aerobik egzersiz, kardiyak rehabilitasyon programının bir parçası olarak bilinir ve KAH'ı olan hastalara önerilmelidir, ancak hem egzersiz kapasitesi hem de egzersizle ilişkili risklerin değerlendirmesi gerekli ve önemlidir. ME, CABG, PKG, anjina pectoris ya da kalp yetersizliği öyküsü olan hastalar, haftada  $\geq 3$  kez, 30 dakika süren, orta-şiddetli yoğunlukta aerobik egzersiz yapması önerilir. Sedanter hastalarda, egzersize yönelik riskler belirlendikten sonra, hafif şiddette egzersiz programına başlanabilir ve bu konuda hastalar desteklenmelidir (41,42).

#### **4.5.1.2.4. Cinsel aktivite**

Cinsel dürtüyle birlikte gelen sempatik uyarının, kalp hızı ile kan basıncını egzersizde beklenen seviyesinden daha yükseğe çıkarabileceğinden cinsel aktivite sırasında iskemi tetiklenebilir. Bunun nleyicisi olarak fiziksel aktivitelerde ki gibi cinsel ilişki öncesinde de nitrogliserin önerilebilir. Hafif anjinası başarılı koroner revaskülarizasyonu ve sınıf I kalp yetersizliği olan hastalar da seksüel aktiviteye yeniden başlama da bir sakınca görülmez. Egzersiz konusunda hastayı desteklemek seksüel aktivite sırasında miyokart oksijen tüketimini azaltmak ve egzersiz kapasitesini iyileştirmek amacıyla önerilebilir (12,26).

#### **4.5.1.2.5. Kilo yönetimi**

Kilo fazlalığı ve obezite, KAH'da ölüm riski artışı ile direk ilişkilidir ve bir risk faktörüdür. Aşırı kilolu olma, BKİ  $\geq 25-30$  kg/m<sup>2</sup> ; obezite ise BKİ  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> olarak tanımlanır (43).

Obez ve aşırı kilolu kişilerde, KB, dislipidemi ve glukoz metabolizması üzerine olumlu etkilerinin görülmesi için kilo vermesi sağlanmalıdır. Bunun içinde hemşirelerin yol gösterici olarak eğitim ve danışmanlığı önemlidir. Aşırı kilolu olma, obezite ve abdominal yağlanma sıklıkla dislipidemiye katkıda bulunduğu için bu kişilerde enerji tüketimi artırılmalı ve kalori alımı azaltılmalıdır. BKİ 25'den fazla olan kilolu hastalarda özellikle BKİ  $>30$  olan hastalarda yeni bir enfarktüs riski oluşmakta ve ölüm oranı %4-5 kat daha arttırmaktadır. Sağlık profesyonelleri olarak özellikle hemşirelere düşen sorumluluklar, kilo fazlalığı olan bireyleri egzersiz ve diyet yapma konusunda teşvik etmeli ve bu diyetin etkisini değerlendirmek için takip etmelidir. Kilo verme tedavisinde başlangıç hedef vücut ağırlığının %10 azaltılmasıdır (44).

Kilo verme eğiliminin uzun vadede devamlılığını sağlamak için, yaşam tarzıyla eğitim programının bütünleştirilmesi gerekir. Vücut ağırlığını hedeflenen düzeye ulaştırmak için, kişilere her gün en az 30 dakika düzenli fiziksel egzersiz yapılması önerilmelidir (45,46).

#### **4.5.1.2.6. Lipit yönetimi**

Kan kolesterol düzeyinin yüksek olması ateroskleroz gelişmesi ve ilerlemesinin nedenidir. TK  $\geq 200$  mg/dl, LDL-K değeri  $\geq 130$  mg/dl, düşük HDL-K değeri  $<40$  mg/dl olması KAH açısından risklidir ve bu değerlerin devamı risk faktörlerini artırır. Plazma lipit profilini iyileştirmeye yönelik yaşam tarzı değişiklikler planlanmalıdır. Bunlar; diyetsel lif tüketimini arttırmak, diyetsel doymuş yağ tüketimini azaltmak, fazla kilolardan kurtulmak, diyetsel kolesterolün azaltılması, fiziksel aktivite alışkanlığını pekiştirmek yoksa kazanmak, soya proteinli ürünler tüketmek bu değişikliklere örnektir. Alkol alımı TG düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu için alkol ve sigara alımının da kesilmesi gerekir (46).



Düzenli fiziksel egzersiz ve kilo vermek TK ve LDL-K'yi küçük çaplı etkilediğinden ciddi obezite bulunan kişilerde her 10 kg kilo kaybıyla LDL-K konsantrasyonun da yaklaşık 8 mg/dL'lik azalma gözlenmekte; düşük yağlı bir diyetle kilo vermekte eklendiği zaman LDL-K azalması daha fazla olmaktadır. Ancak, kilo vermenin ve fiziksel egzersizin KV risk profili üzerindeki yararlı etkileri LDL-K azaltımının ötesindedir ve yalnızca diğer lipoprotein sınıflarını da etkilemekle kalmayıp, başka risk faktörlerini de etkilemektedir (47).

Glukoz ve lipit metabolizmaları arasında güçlü bir ilişki vardır. Toplam enerji alımının >%10'u kadar diyetsel fruktoz tüketmek, TG yükselmesine yol açmaktadır. KB kontrolü bakımından Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyetsel Yaklaşımlar diyeti ve Akdeniz diyetinin KV risk faktörlerini azalttığı ve önlediği görülmüştür. Bu beslenme şekilleri yüksek miktarda meyve, sebze ve tam taneli tahıl tüketimi; baklagiller, kabuklu yemişler, balık, kümes hayvanları ve düşük yağlı süt ürünlerinin sık kullanımı ve şekerleme, şekerle tatlandırılmış içecek ve kırmızı et tüketiminin sınırlı olmasıyla bilinirler ve önerilirler (46,48).

#### **4.5.1.2.7. Arteriyal hipertansiyon**

Yüksek KB, KAH için önemli bir risk faktörüdür ve bütün aterosklerotik KV olayların %35'inden sorumludur. Yüksek KB'li bireylerde diyabet, insülin direnci, dislipidemi gibi diğer risk faktörleri de eklendiğinde, hedef organ hasarı daha fazla olmaktadır. Bu durum risk faktörlerinin birbirleri ile etkileşebileceği ihtimalinden doğmaktadır. KB'nin sadece hafif veya orta derecede yükselmesi bile, hipertansif hastaların genel riskini arttırmaya yeterlidir (26,49).

Yüksek KB'nin kontrolü için önemlidir, fakat HT tanımı için 24 saatlik ev KB izlemi eşik değerleri muayenehane ya da klinikte ölçülenden farklıdır. Bu sebepten ötürü hemşirelik danışmanlığı ve eğitimleri son derece önemlidir. Doğru eğitim ve danışmanlık alındığında hastaların kan basıncında istenen düzeyde azaldığı saptanmıştır. Hipertansif hastalarda beklenen değerler; sistolik kan basıncı (SKB) <140 mmHg ve diyastolik kan basıncı (DKB) <90mmHg altına olmasıdır. Diyabetiklerde ise KB hedefi <140/85 mmHg olarak belirlenmiştir. Yüksek KB KAH'ın yanı sıra kalp yetersizliği, serebrovasküler hastalık ve böbrek yetersizliği

için de önemli bir faktör olmakla birlikte, hastalıkların ilerlemesini sağlar. Hipertansiyonu olan KAH hastalarında, SKB <140 mmHg inmesi halinde ile kardiyovasküler mortalite %20-40 oranında azalırken ve DKB <90 mmHg'ya indirilmesi halinde ise koroner kalp hastalığı olaylarında %15 azalma görülür (49,50).

Yüksek KB kontrolünde uygulanan ilaç tedavisiyle birlikte hastaya uygun eğitim ve danışmanlık verilerek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması da koruyucu ve geliştirici hemşirelik rolüne son derece önemlidir. Yapılan çalışmada; hipertansiyonlu hastalara önce yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç kullanımı hakkında eğitim verilmiş ve 6 ay sonrasında hastaların diyet programına uyumunda artış olduğu, düzenli egzersiz yapan hasta oranında artış olduğu, ilaç tedavisine uyumun arttığı belirlenmiştir. Hafif yüksek KB olan hastalar için tek başına yaşam tarzı değişimi yeterli olabilir. Antihipertansif ilaç alan hastalarda da, KB kontrolünü sağlamak için gereken antihipertansif ilaç dozunu azaltabilecekleri için, yaşam tarzı değişiklikleri önerilebilir. Kilolu bireyler için ise zayıflaması, sodyum klorür alımının <5 g/gün olacak şekilde azaltılması; alkol tüketiminin kısıtlanması ve sedanter bireylerde düzenli fiziksel aktivite yapılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilebilir (26,51).

#### **4.5.1.2.8. Diyabet ve diğer hastalıklar**

Diabetes Mellitus KV komplikasyonlar için güçlü bir risk faktörü olup, koroner hastalığın ilerleme riskini artırmakla birlikte, PKG sonrasında restonuz riski de taşıdığı için takibi sağlanıp, tedavi edilmelidir (12,26,52).

Glikoz yönetimi dışında, KVH'nın önlenmesi genellikle diyabeti olmayan insanlarla aynı ilkeleri izler. Glukoz kontrolü; yaş, komplikasyonlarının varlığı ve diyabetin süresi gibi hastanın özelliklerine bağlı olarak bireysel değerlendirmeler temelinde yapılmalıdır. Tedavide çok faktörlü bir yaklaşım ile düşük KB, düşük LDL ve total kolesterol düzeylerine ulaşılması özellikle önemlidir ve tedavi hedeflerinin birçoğu diyabet hastaları için daha zorludur (26,45).

Diğer hastalıklarda olduğu gibi, KAH'ı olan diyabetik hastalarda, kilo yönetimi, egzersiz önerileri ve LDL-K hedefi <70 mg/dl olacak şekilde statin tedavisi

uygulanması gibi diğer risk faktörlerinin bilinmesi ve tedavisi ayrıca önem taşır. KBH olan hastalar yüksek risk altında olup, risk faktörleri ve KB ile lipit hedeflerine ulaşmak için özel ilgi gerektirirler. KAH'ı olan diyabetik hastalarda KB hedefi <140/85 mmHg'dir (45,49).

#### **4.5.1.2.9. Psikososyal faktörler**

Psikolojik girişimlerde bulunmak hastalar üzerinde psikososyal strese karşı koyabilme, sağlıklı davranışlar kazanma ve yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirmeye yönelik girişimlerde destek olmak amaçlı önemlidir. Depresyon, anksiyete ve sıkıntı hissi KAH hastalarında yaygın görülmektedir. Çalışmalarda depresyon, öfke, stres, anksiyete, yeterli sosyal desteğin olmaması gibi psikososyal risk faktörlerinin akut miyokart enfarktüsü geçirme riskinin %36'sından sorumlu olduğu ve bu risk faktörlerinin etkisinin sigaraya eşit, hipertansiyondan ise iki kat fazla belirtilmiştir. Depresyon ve KAH arasındaki ilişki incelendiğinde, depresyon atakları ve kardiyak olay sıklığı arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır. Klinik olarak önemli depresyon, anksiyete ya da sinirlilik varlığında ilaç kullanılması önerilir, bu yaklaşım semptomları azaltabilir ve yaşam kalitesini artırabilir (26,53).

Türk toplumunda yapılan bir çalışmada, KAH'li kişilerde anksiyete ve depresyona karşı bir yatkınlık olduğu ve bunun hastalıklı damar varlığıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Kardiyak ölümlerin, anksiyete bozuklukları ile ilişkisi araştırıldığında fobi ve ani kardiyak ölüm arasında güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Psikolojik stresin ME geçiren gençlerde koroner risk faktörü olarak önemi araştırılmış, stresin %40'luk oranla sigara ve hiperlipidemiden sonra üçüncü sırada geldiğini bildirmişlerdir (54).

Sosyal destek eksikliği, düşük sosyo-ekonomik düzey, iş stresi, aile yaşamında depresyon, anksiyete, düşmanlık KVH' nin seyri ve prognozunu kötüleşmesine yol açtığı kabul edilir. Düşük eğitim düzeyi, gelirin iyi olmaması, düşük statülü iş sahibi olma veya yoksul bir yerleşim bölgesinde yaşama şeklinde tanımlanan düşük sosyo-ekonomik düzeyin kadın ve erkeklerde KVH' ya bağlı mortalite riskini arttığı yapılan çalışmalarda gözlenmiştir (55,56).

#### **4.5.1.2.10. Kardiyak rehabilitasyon**

Kardiyak rehabilitasyonun total ve kardiyak mortaliteyi azalttığı yapılan çalışmalarla desteklenmiştir. Kalp hastalığı olan kişinin fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal düzeye ulaşması için yapılan çalışmaların tümüne kardiyak rehabilitasyon denir. Rehabilitasyon programı, hastanın değerlendirilmesi ve eğitimi, diyet önerileri, tedavisi lipit, hipertansiyon, diyabet tedavisi, kilo kontrolü, sigarayı bıraktırma stratejileri gibi risk faktörlerini önleme, psikososyal ve mesleki destek tedavisi, fiziksel aktivite önerileri ve egzersiz eğitiminden oluşmaktadır (26,57). Koroner arter hastalarına kapsamlı bir kardiyak rehabilitasyonla birleştirilmiş, geniş bir risk azaltma programı önerilir. Sıklıkla ME veya yakın zamanda yapılan koroner girişim sonrasında önerilse de, kronik anjinası olanlar da dahil tüm KAH hastalarına uygulanabilir. Kardiyak rehabilitasyon yaşam tarzını iyileştirmede yardımcıdır ve olağan bakım koşullarında, hastaneden taburculuk sonrası ilk 6 ay içinde yaşam tarzı değişikliğine ve tedavi rejimine uyum azalmaya başlar. Bundan yola çıkılarak planlanan kardiyak rehabilitasyon merkezleri hastaları eğitim sürecine alarak, reçetelenen tedavi ile önerilen yaşam tarzı değişikliklerinin önemini gündemde tutup, tedavi programlarına uzun süreli uyumun sürdürülmesine yardımcı olmayı hedeflemektedir. Egzersiz temelli kardiyak rehabilitasyon total KV mortalite ve hastaneye başvuruları azaltmada etkili olduğu gözlenmiştir, fakat revaskülarizasyon sonrasında genelde önerilmez (58).

#### **4.5.1.2.11. Influenza aşısı**

Yıllık grip aşısı KAH hastalarında ve özellikle yaşlılarda önerilmektedir (26).

#### **4.5.1.2.12. Horman replasman tedavisi**

Yıllar boyunca, epidemiyolojik ve laboratuvar çalışmalarından elde edilen kanıtlar doğrultusunda dolaşımdaki östrojenlerin KVH riski üzerinde faydalı etkisi olduğunu düşünmemize ve hormon replasman tedavisinin faydalı olarak yorumlanmasına neden olmuştur. Ancak yapılan geniş çalışmalarının sonuçları bunu desteklememiş; tam tersine, 60 yaş üzeri kadınlarda KVH riskini arttırdığını saptanmıştır. Günümüzde ise birincil ve ikincil KVH korumasında önerilmemektedir (59,60).

## **4.5.2. KAH Olan Hastalarda Farmakolojik Tedavi**

### **4.5.2.1. Tedavi amaçları**

KAH hastalarının tedavisinin iki farmakolojik hedefi vardır bunlar; semptomların düzelmesi ve KV olayların önlenmesidir. Hızlı olarak etki eden nitrogliserin formülasyonları, anjina epizodu ortaya çıktığında ya da semptom oluşması muhtemel olduğunda anjinanın acil olarak tedavi edilmesi ya da önlenmesi ve anjinal semptomların hızlı olarak düzelmesini sağlar. Anti-iskemik ilaçların aynı zamanda yaşam tarzı değişiklikleri, düzenli egzersiz, hasta eğitimi ve revaskülarizasyonun tümünün uzun dönemde semptomların ortadan kaldırılması ve azaltılmasında rolü vardır. Buna uzun dönem önleme denir (12,26,61).

Koroner hastalıkta ME ve ölümü önlemek için çabalar birincil olarak akut trombotik olayların insidansını azaltmaya ve ventrikül işlev bozukluğunun meydana gelmesini önlemeye odaklanmaktadır. Bu hedeflere:

- plak ilerlemesini azaltan,
- enflamasyonu azaltarak plağı kararlı hale getiren ve plak rüptürü meydana gelirse trombozu önleyen farmakolojik ve yaşam tarzı girişimleri ile ulaşılır.

Geniş hasarlı miyokart alanını besleyen koroner arterlerinde ciddi lezyonları olan hastalarda, kalp perfüzyonu artırılır ya da başka perfüzyon sağlamaya yönelik girişimler yapılır.

### **4.5.2.2. İlaçlar**

#### **4.5.2.2.1. Nitratlar**

Akut efor anjinası için kısa etkili nitratlar kullanılır. Bunların başında standart tedavi olarak sublingual nitrogliserin gelir. Anjina başladığında, kalbin iş yükü arttığından hasta dinlene haline geçmeli ve ağrı geçene kadar her 5 dakikada bir sublingual nitrogliserin (0.3-0.6 mg) almalıdır. Nitrogliserin spreyleri daha hızlı etki eder. Nitrogliserin, yemek sonrası aktivite, stres, cinsel aktivite ve soğuk hava gibi anjinanın ortaya çıktığı durumlarda da kullanılabilir. Nitratın en ciddi yan etkisi hipotansiyon, baş ağrısı ise nitratların en sık görülen yan etkisidir (12,62).

#### **4.5.2.2.2. Beta-blokerler**

KAH hastalarında beta-blokerler koruyucu olabilirler. Beta-blokerler, kalp hızını, kasılabilmesini, atriyoventriküler ileti ve aritmiyi azaltmak için doğrudan kalp üzerine etki ederler. Diyastol süresini uzatarak ve iskemik olmayan bölgelerde vasküler direnci artırır ve iskemik alanların perfüzyonuna yardımcı olur. ME sonrası hastalarda beta-blokerler, KV ölüm açısından %30 risk azalması sağlamıştır (12,62).

#### **4.5.2.2.3. Antitrombositer ajanlar**

Antitrombositer ajanlar trombosit agregasyonunu azaltır ve koroner trombüs oluşumunu önleyebilir. Antitrombositer ajanların kullanımı kanama riskini arttırmaktadır. KAH hastaların kullanımı için genelde düşük doz aspirin seçilir, bunun sebebi ise fayda görülmesi ve düşük maliyetidir. Bazı hastalarda revaskülarizasyon sonrası ya da trombüs oluşumunu önlemek amacıyla klopidogrel de düşünülebilir (12,62).

#### **4.5.2.2.4. Düşük doz aspirin**

Günümüz de hala arteriyel trombozdan farmakolojik olarak korunmanın temel taşı aspirin oluşturmaya devam etmektedir. Bu ilaç tromboksan üretimini geri dönüşsüz şekilde inhibe ederek etkisini gösterir. Aspirinin 75-150 mg/gün kullanımı önerilmektedir. Yüksek doz kullanımının ise gastrointestinal yan etkileri arttırdığı görülmüştür (12,26,62).

#### **4.5.2.2.5. Antiplatelet ajanların kombinasyonu**

Aspirin ve bir tienopiridin kombinasyonunu içeren ikili antiplatelet tedavi AKS hastalarında akut faz geçtikten sonra ya da elektif PKG yapılan KAH hastaların tedavisinde standart olarak uygulanır. ME öyküsü olan koroner arter hastaları ve kanıtlanmış aterotrombotik hastalığı olan hastaların post-op analizinde önemli faydaları görülmüştür. Çıplak metal stentler implantasyon sonrası 6-9 ay içinde %20-30 restenoz rekürens oranı ile ilişkilidir. Güncel kılavuzlar stentler sonrası 6-12 ay arası ikili antitrombositer tedavi (İATT) kullanımının faydasını vurgulamaktadır (12,62,63,64).

## **4.6. Revaskülarizasyon**

Revaskülarize etme kararı, önemli koroner arter stenozu varlığına, bölgede ki iskeminin miktarına ve prognoz veya semptomlar üzerine beklenen faydaya göre verilmelidir. Kabul edilebilir düzeyde risk varsa ve yaşam beklentisi iyi ise, optimal tıbbi tedaviye dirençli anjında revaskülarizasyon yapılması uygundur. Birinci basamak tedavi kabul edildiği durumlar ise sol ana koroner arter tıkanıklığı ve miyokard enfarktüsüdür (12,31,65).

### **4.6.1. Perkutan koroner girişim**

Ameliyatsız, ciltten ince bir kateter ile girilerek koroner damarların revaskülarizasyonunu sağlamak için uygulanan balon-stent ve diğer işlemlere "perkutan koroner girişim" (PKG) denir. Femoral ya da brakial arterden uygulanabilir. KAH'ın tedavisinde kullanılır ve ilk olarak Gruentzig tarafından uygulanmıştır (66,67). PKG teknik, donanım, stentler ve adjuvan tedavideki gelişmelerle birlikte KAH'ı ve uygun koroner anatomisi olan hastalarda, rutin ve güvenli bir işlem olarak kabul edilip uygulanabilir. ME'nin tedavisinde primer PTKA diğer yöntemlere göre ilk tercihtir ve bu işlem ile hastaların %90'dan fazlasında direk olarak enfarkt ilişkili artere reperfüzyon sağlandığından dolayı 1 yıllık sağ kalım yüzdesinin oldukça yüksek (%90-96) olduğu bilinmektedir (68,69).

#### **4.6.1.1. Miyokart enfarktüsü sonrası**

ST yüksekliği olan ME bize koroner arterlerde akut total tıkanıklık olduğunu düşündürür. PKG girişim yapmak için hızlı davranılmalıdır çünkü koroner arterin tam tıkanıklığından 15-30 dakika sonra miyokard nekrozu gelişmeye başlar. PKG, kardiyak ölüm ve tüm nedenlere bağlı ölüm veya ME oranlarını azalttı. ST yüksekliği olmayan ME da ise koroner arterlerin tıkanma süresi daha uzundur bundan dolayı da kardiyak enzimler daha yüksek çıkar (69).

### **4.6.2. Koroner arter By-pass greft**

KAH ile ilgili en eski belgeler MÖ 1550'li yıllarda yaşamış olan antik Mısırlılara dayanmaktadır. O tarihlerden itibaren tedavisi geliştirilmeye çalışılan bu hastalığa ilişkin ilk ciddi tedavi girişimleri 1930'lu yıllarda olmuştur. Tıkalı olan bir ya da

birden fazla koroner artere; ven ya da arter ile bypass yapılarak miyokardın revaskülarizasyonu yani yeniden damarlanmasını sağlanmaya CABG denir (70). Bay-Pass = köprü anlamına gelmektedir. CABG cerrahisi aterosklerozla birlikte iyice daralmış veya tıkanmış olan artere yeni bir yol oluşturma işlemidir. Genellikle hastanın bacak, kol ya da göğüs duvarında bulunan safen ven, radial arter, gastroepiploik arter ve internal mamaryan arter gibi greftler ya da vücudun başka bölgesinden alınan arterler kullanılarak tıkalı arter ya da arterlere distal anastomoz yapılarak miyokardın revaskülarizasyonu sağlanmaktadır (71,72).

#### **4.7. Özel Gruplar ve Hususlar**

##### **4.7.1. Kadınlar**

Koroner arter hastalığı erkeklere göre kadınlarda 5-10 yıl daha geç gelişir ve bu genelde östrojene bağlanır. KVH kılavuzlarında genellikle erkeklerde yapılan araştırmalara dayanır ve 2006'dan beri klinik araştırmalara dahil edilen ortalama kadın yüzdesi %30'dur. KVH risk faktörleri, dağılımları zamanla ve bölgeler arasında değişmesine rağmen, kadın ve erkeklerde aynı görülmüştür (26,73,74). Kadınlardaki KAH semptomlarının erkeklerinkinden farklı olduğuyla ilgili yaygın bir anlayış vardır ve bunun bazı sebebi ise kadınların daha ileri yaşlarda başvurmaları ve ilerleyen yaşla birlikte semptomların daha az olmasından kaynaklandığı düşünülür (75). KAH bakımında, hastalığın prezentasyonu ve patofizyolojisi ile ilişkili olarak, cinsiyetle ilişkili farklılıkların olduğunu göstermektedir. Karşılaştırma yapıldığında kadınlar da mortalite, inme ve vasküler komplikasyonları içeren, daha çok işlemsel komplikasyon olur. Kadınların CABG sonrası daha çok komplikasyon oranı olduğu görülmüştür. Kadınlar ve erkeklerdeki KAH'ı arasındaki en önemli fark, erkeklerin iki kat daha sık ME ve anjina ile başvurması, kadınlarınsa anlamlı obstrüktif KAH'ının olmamasıdır (76,77).

##### **4.7.2. Diyabetik hastalar**

Avrupalı diyabetik erişkinlerin en sık ölüm nedeninin, koroner arter hastalığı olduğu görülmüştür. Diyabetik hastaların diğer hastalara göre iki-üç kat daha yüksek risk olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür. Tip 1 ya da 2 diyabet bulunan hastalarda ve ayrıca değişik topluluklarda KAH prevalansı açısından büyük farklılıklar bulunur



(39,40,45). On altı Avrupa ülkesinden 3250 tip 1 diyabetli hastanın incelendiği EURODIAB IDDM Komplikasyon Çalışması'nda, KVH prevalansı erkeklerde %9, kadınlarda %10'du. Bu çalışmanın yaşla karşılaştırmasında ise arttığı gözlenmiştir. 15-29 yaş grubunda %6'dan, 45-59 yaş grubunda ve diyabetin sürmesiyle %25'e yükseldiği görülmüştür (78).

KVH' ye bağlı mortalite, yaş ve cinsiyet diyabetik olmayan kişilerle karşılaştırıldığında, diyabetik erkeklerde üç kat ve diyabetik kadınlarda 2-5 kat artmaktadır. KVH önleme Avrupa kılavuzlarında <%7 (<53 mmol/mol) HbA1c hedefi ve 140/85 mmHg kan basıncı hedefi önerilmektedir. Diyabetiklerde koroner arter revaskülarizasyonu önemli bir risk teşkil etmektedir. Uygulanan revaskülarizasyon yöntemi olarak PKG ya da CABG kullanımına karar verirken klinik, anatomik ve diğer faktörlerin göz önünde tutulması gerekir. Genelde tek damar hastalığı olan diyabetik hastalarda PKG önerilir. FREEDOM çalışmasının sonuçlarına göre ise çoklu damar hastalığı olan diyabetik hastalarda CABG önerilir (26,78,79).

#### **4.7.3. Kronik böbrek hastalığı olan hastalar**

Kronik böbrek hastalığı KAH için bir risk faktörüdür ve KAH ile güçlü bir şekilde ilişkilidir, sonuçlar ve terapötik kararlar üzerinde büyük etkisi vardır. İlaç ve iyotlu kontrast ajan kullanımı, hastaları daha fazla komplikasyona maruz bıraktığından böbreklerin PKG öncesi hidrasyonu ve laboratuvar değerlerinin takibi önemlidir. Bu grup hastalar da klinik çalışmalar genelde yetersizdir (26).

#### **4.7.4. Yaşlı hastalar**

Bu popülasyon birçok bakımdan özgündür:

- Daha yüksek eşlik eden risk faktörü ve hastalık prevalansı.
- Bu popülasyon genellikle yetersiz tedavi edilir ve klinik çalışmalarda az temsil edilir.
- Atipik semptomlar nedeniyle tanı koymada ve stres testi yapmada zorluk yaşanır.

- Hastalar CABG'den daha çok PKG'ye sevk edilir; fakat revaskularizasyon tipini seçmede yaş tek kriter olmamalıdır.
- Koroner revaskularizasyon sırasında ve sonrasında daha yüksek komplikasyon riski (12,26).

#### **4.8. Birinci Basamak Bakım ve Hemşirenin Koruyucu Rolü**

KVH' dan korunma, doğumdan önce genç ebeveynlerin eğitilmesiyle başlayan ve okul öncesi yaşlarda, eğitim sisteminin ilerleyen basamaklarında devam eden yaşam boyu süren bir sistemdir. Bu süreçte, hastalıktan korunmaya odaklanmak yerine, sağlıklı beslenmenin verdiği memnuniyet ve fiziksel aktivite ile ilişkili keyif ve iyi hissetme duygusu üzerinde durulmalıdır. Altıncı sınıftan başlayarak ya da sosyal çevreye bağlı olarak erken yaşta sigara içmeme davranışı etkin bir şekilde teşvik edilmelidir. Erişkin yaş grubunda ise sağlık sistemine bağlı olarak riskler göz önüne alınarak korunmayı desteklemek için farklı seçenekler mevcuttur; topluluk içinde hemşire temelli aktiviteler, halk sağlığı kurumlarının yürüttüğü toplum temelli programlar, hastane temelli kardiyologların danışmanlık ve tedavileri bu seçeneklerin başında gelir (79,80,81).

Trans yağ asitlerinin kullanımının kısıtlanması, sigara içmeyenleri 'pasif' sigara içiminden korumak, tütün reklamlarının yasaklanması gibi kanuni etkinlikler ve sivil toplum örgütleri, halk sağlığı kurumu tarafından gerçekleştirilen risk faktörleri hakkında bilinçlenmeyi artırıcı programlar, sağlıklı toplum oluşturmada birbirlerini tamamlayıcı şekilde çalışmalarını yürütebilirler (82).

Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin KAH olan hastaların tedavisi ve tespitinde önemli bir rolü vardır. Özellikle:

- İleri değerlendirme ve inceleme gerektiren olası KAH semptomları olan hastaların tespitinde,
- KAH hastalığı gelişme riski yüksek olan hastaları tespit etme ve hastaların bekleyen risk faktörlerini azaltmak için hayat tarzına ve tedaviye müdahalelerle birlikte, değiştirilebilir risk faktörlerinin etkin yönetilmesini sağlamada,

- KAH'ı olan hastaların tıbbi tedavisinin ve uygun vakalarda PKG ya da cerrahinin semptom kontrolü ve prognoz üzerine olan faydasının farkında olmalarını sağlamada,
- KAH'ı olan hastaların takibinde, uygun aralıklarla, hastaların klinik semptomlarını, tıbbi tedavisini ve risk faktörlerini yeniden değerlendirme için birinci basamak hekimlerine yönelik bir sistem oluşturmada rolü vardır.

Hemşireler ile yürütülen korunma programları birçok farklı uygulama alanlarında etkilidir. İkincil korunma alanında pek çok randomize çalışmada araştırılan hemşire olgu yönetimi modelleri, alışlagelmiş bakıma göre risk faktörlerinde, egzersiz toleransında, kan şekeri kontrolünde, uygun ilaç kullanımında belirgin iyileşme görülmüştür. Bununla birlikte kardiyak olaylarda ve mortalite de düşüş, koroner ateroskleroz da gerileme, hastanın sağlık algısında düzelme sağlanmıştır. Çeşitli çalışmalarda davranış değişikliği ve sağlıklı yaşam tarzı oluşturmak için kullanılan uygulamalar; risk iletişimi, karar alma, bireysel değerlendirme, ailelerinde dahil edilmesi, hedef belirleme, bireysel ve grup eğitimi ve isteklendirme görüşmelerini içermektedir. Yapılan çalışmaların çeşitliliğine göre hemşirelerin aldıkları eğitimin tipi ve süresi değişmektedir. Bu farklılıklara rağmen girişimlerin başarılı olması, temel kavram olan, yaşam tarzında değişiklikler oluşturabilmek ve uyumu artırmak için sürekli iletişime gerek olduğu görüşü herkes tarafından kabul edilmiştir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve bunlara yönelik çalışmaların devamlılığının sağlanması için analizlerin iyi yapılması gerekmektedir. Koruyucu Kardiyovasküler Hemşireler Birliği, Kardiyovasküler Hemşirelik ve İlişkili Meslekler Kurulu ve AHA Kardiyovasküler Hemşirelik Kurulu bir uzlaşma belgesi hazırlayarak, hemşirelere KVH' dan korunmada daha aktif faaliyetler göstermesi konusunda çağrı da bulunmuştur. Bu belge, dünya çapında korunmaya yönelik gereksinimi, hemşire önderliğinde veya eşgüdümlü programları destekleyen kanıtları, yaşam boyu korunmayı, halk sağlığı ve KVH' dan korunmada hemşirelerin aktif rol üstlenmeye hazırlıklarını içermektedir. Kanıtlar, hemşire olgu yönetimi ve hemşire eşgüdümlü multidisipliner korunma programlarının kardiyovasküler riski azaltmada olağan bakımdan daha etkili olduğunu ve çeşitli sağlık kuruluşlarının koşullarına uyarlanabileceğini göstermektedir. Hemşireler sağlık sisteminde iş gücünün büyük

bir bölümünü oluşturmaktadır ve pek çok ülkede eğitim programlarının bir kısmı, hasta eğitimi ve danışmanlık, iletişim ve davranış değişikliklerini sağlama üzerine yoğunlaşmıştır bu özelliklerde korunma programı için beklenen beceriler arasındadır. Hemşirelik görevi bakımın koordinasyonunu ve çok sayıda sağlık görevlisi ile işbirliğini içinde çalışmayı içerir. Aynı zamanda hemşireler toplum tarafından güvenilir bilgi ve yardım kaynakları olarak görülmektedir. Avrupa'da bu tip programların yürütülmesinde çıkan zorlukların sebebi ise sağlık sistemlerindeki farklılıklar ve ülkeler arasında hemşirelik eğitim, uygulamalarının değişkenlik içermesidir. Ancak, etkin korunma programlarının gerekliliği herkes tarafından kabul görmüştür ve kanıtlar hemşirelerin çeşitli sağlık düzenlerinde korunma programlarını yürütebildiklerini veya koordine edebildiklerini göstermektedir (26,82,83).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zaman**

Bu araştırma, Özel Medipol Mega Hastaneler Kompleksi' nin Koroner Yoğun Bakım ünitesinde Mayıs 2016 - Ocak 2017 tarihleri arasında yatan hastalar ile yürütülmüştür.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

KYBÜ' nde 2016-2017 yılları içinde balon ya da stent işlemi uygulanan 1930 hastadan %5.5 hata ve %5 sapma ile çalışmanın örneklem sayısının en az 273 olması belirlendi.

Örneklem geçmiş öyküsünde balon ya da stent uygulanmış hastalarda katılarak, genel durumu anket yapmaya uygun KYBÜ' ne 8 aylık süre içinde planlı olarak başvuran 305 hasta örnekleme oluşturuldu.

### **5.4. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma, İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi KYBÜ' ne KAH tanısı olarak yatmış ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar ile anket ve ölçekler aracılığıyla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır

### **5.5. Araştırmanın Değişkenleri**

#### **Bağımlı Değişkenler**

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi), sigara ve alkol kullanımı.

## **Bağımsız Değişkenler**

Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, yaşanılan yer, gelir düzeyi, BKİ, kronik hastalığın varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sağlık önerilerine uyum.

## **5.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verileri toplamak için kişisel özellikler formu (Ek-1), sağlık algısı ölçeği (Ek-2) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (Ek-3) olmak üzere 3 araç kullanılmıştır.

### **5.6.1. Kişisel Özellikler Formu (Ek-1)**

Kişisel bilgi formu PTKA uygulanan bireylerde kardiyovasküler hastalıklar yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörleriyle sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi etkileyebileceği düşünülen sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi), sağlık durumu, PTKA sonrası yaşamla ilişkisi bilgi ve davranışlarını öğrenmek amacıyla literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Birinci bölümde sosyo-demografik özellik formuna yönelik 16 soru, ikinci bölümde ise yaşam kalitesini etkileyen olası risk faktörlerine ilişkin 12 soruyla birlikte toplam 28 soru yer almaktadır.

### **5.6.2. Sağlık Algısı Ölçeği (Ek-2)**

Sağlık Algısı Ölçeği 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum= 5”, “Katılıyorum= 4”, “Kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum= 1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82’dir (84).

### 5.6.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek-3)

Bu ölçeği kullanmamızın amacı; KAG uygulanmış hastaların tedavisinde etkili olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulama düzeylerini belirlemektir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark. (85) tarafından geliştirilmiştir. Walker tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0,94 olup, altı alt faktörler için 0,70-0,85 arasında değişim göstermektedir. Ölçeğin Türkiye'de geçerliği ve güvenirliği 1997'de Esin (86), 1998'de Akça ve 2008'de ise Bahar ve ark. (87) tarafından yapılmıştır. Bizim çalışmamızda Bahar ve ark. (87) geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) derecelendirilmiştir. Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişiler arası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimidir (5,11,17,23,29,35,41,47). Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.94'dür. Alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları; Sağlık sorumluluğu (0,77), Fiziksel Aktivite (0,79), Beslenme (0,68), Manevi Gelişim (0,79), Kişilerarası İlişkiler (0,80), Stres Yönetimi (0,64) olarak saptanmıştır. Araştırmamız da Bahar ve ark. (87) geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı ölçek kullanılmıştır.

### 5.7. Verilerin Değerlendirmesi

Elde edilen verilerin SPSS 21.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda SAÖ ve SYBDÖ ile alt boyutlarının normal olmayan dağılım ( $p < 0,05$ ) gösterdiği görülmüştür. Aşağıdaki tabloda, verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler görülmektedir.

**Tablo 5.7.1. İncelenen özellikler ve kullanılan istatistiksel yöntemler**

<b>İncelenen Özellik</b>	<b>İstatistiksel Yöntemler</b>
Katılımcıların tanıtıcı ve hastalık özellikleri	Sayı, yüzde, ortalama
Ölçeklerin iç tutarlılığı	Cronbach alfa katsayısı
Normal Dağılım	Kolmogorov-Smirnov
İki bağımsız grup ortancasının karşılaştırılması	Mann Whitney U testi
İkiden fazla bağımsız grup ortancasının karşılaştırılması	Kruskal Wallis testi
İki puan ortalaması arasındaki ilişkinin gösterilmesi	Spearman korelasyon analizi

**Tablo 5.7.2. Ölçekler ve alt boyutlarının Cronbach alfa kat sayıları değerleri**

<b>Ölçekler ve Alt Boyutları</b>	<b>Maddeler</b>	<b>Cronbach alfa kat sayısı</b>
Sağlık Sorumluluğu	3,9,15,21,27,33,39,45,51	0,85
Fiziksel Aktivite	4,10,16,22,28,34,40,46	0,83
Beslenme	2,8,14,20,26,32,38,44,50	0,83
Manevi Gelişim	6,12,18,24,30,36,42,48,52	0,74
Kişilerarası İlişkiler	1,7,13,19,25,31,37,43,49	0,85
Stres Yönetimi	5,11,17,23,29,35,41,47	0,70
<b>SYBDÖ</b>	<b>Toplam</b>	<b>0,94</b>
Kontrol merkezi	2,3,4,12,13	0,75
Öz Farkındalık	5,10,14	0,5
Sağlığın Önemi	1,9,11	0,62
Kesinlik	6,7,8,15	0,61
<b>SAÖ</b>	<b>Toplam</b>	<b>0,60</b>



### **5.8. Araştırmanın Etik Yönu**

İstanbul Medipol Mega Hastaneler Kompleksi KYBÜ'nden araştırmanın yürütülebilmesi için yazılı izin belgesi (Ek-4) ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı (Ek-5) alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastalara, çalışmanın içeriği ve amacı hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek izinleri alınmıştır. Çalışma hastaların yatış yaptıkları oda da konfor düzeyleri göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil olan hastaların bilgileri gizli tutulup, hasta mahremiyeti sağlanarak elde edilen veriler sadece bu araştırma için kullanılmış ve gizli tutulmuştur.

### **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın İstanbul için genellenmemiş oluşu yalnızca araştırma yapılan hastaneyi yansıtması araştırmaya sınırlılık getirmiştir. İstanbul Medipol Mega Hastaneler kompleksi KYBÜ'nde çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden KAH hastaları ile yapılmasından dolayı elde edilen veriler örnekleme ile sınırlıdır. Tüm KAH tanılı hastalar için genellenemez.

## **6. BULGULAR**

### **Katılımcıların Kişisel Özelliklerine ve Sağlıklarına Yönelik Olası Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların kişisel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 6.1’de, sağlıklarına yönelik olası risk faktörlerine ilişkin bulgular ise, Tablo 6.2’de gösterilmektedir.



**Tablo 6.1: Katılımcıların Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (N=305)**

Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Yaş Grupları (58,63±11,08 30-90 yaş aralığı)</b>		
45 yaş ve altı	37	12,1
45-54 yaş	85	27,9
55-64 yaş	99	32,5
65 yaş ve üzeri	84	27,5
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	112	36,7
Erkek	193	63,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	258	84,6
Bekâr	47	15,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur -yazar değil	26	8,6
İlköğretim	148	48,5
Lise	76	24,9
Üniversite	55	18,0
<b>Yaşadığı Yer</b>		
Şehir Merkezi	203	66,6
İlçe-Köy	102	33,4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Aktif	129	42,3
Aktif değil	60	19,7
Emekli	116	38,0
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	244	80,0
Yok	61	20,0
<b>Beden Kitle İndeksi</b>		
Zayıf	10	3,3
Normal Kilolu	88	28,9
Fazla Kilolu	143	46,9
Obez	64	21,0
<b>Ek Hastalık</b>		
Var	186	61,0
Yok	119	39,0
<b>Diyabet</b>		
Var	86	28,2
Yok	219	71,8
<b>Hipertansiyon</b>		
Var	115	37,7
Yok	190	62,3
<b>Kronik Börek Yetmezliği</b>		
Var	30	9,8
Yok	275	90,2
<b>Hastalıkla İlgili Eğitim</b>		
Aldım	87	28,5
Almadım	218	71,5
<b>Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi</b>		
Yeterli	169	55,4
Yetersiz	136	44,6

Tablo 6.1 incelendiğinde; katılımcıların yaş ortalaması  $58,63 \pm 11,08$  olup, %32,5'inin 55-64 yaş grubunda (n=99) olduğu saptanmıştır. Yine, %63,3'ünün erkek (n=193), %84,6'sının (n=258) evli, %48,5'inin ilköğretim mezunu (n=148) olduğu görülmüştür. %66,6'sının şehir merkezinde ikamet ettiği (n=203), %42,3'ünün aktif olarak bir işte çalıştığı (n=129), %80'inin sosyal güvencesinin bulunduğu (n=244) ve %46,9'unun beden kitle indeksine göre fazla kilolu olduğu (n=143) görülmüştür. Ayrıca, %61,0'inin mevcut tanısının yanı sıra ek bir hastalığının bulunduğu (n=61,0) ve %28,2'sinin diyabet (n=86), %37,7'sinin hipertansiyon (n=115), %9,8'inin kronik böbrek yetmezliği (n=30) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların, %71,5'i hastalıkla ilgili hiçbir eğitim almadığını (n=218) ve %55,4'ü hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğunu (n=169) belirtmiştir.

**Tablo 6.2: Katılımcıların Sağlıkla İlgili Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı (N=305)**

<b>Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Hiç kullanmamış	138	45,2
Bırakmış	21	6,9
Kullanıyor	146	47,9
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Var	68	22,3
Yok	237	77,7
<b>KAH'lı Birinci Derece Yakın</b>		
Var	152	49,8
Yok	153	50,2
<b>En Çok Yaşanan Şikâyet</b>		
Göğüs Ağrısı	152	49,8
Yorgunluk	71	23,3
Nefes Darlığı	44	14,4
Çarpıntı	38	12,5
<b>KAH Yaşam Biçimini</b>		
Değiştirdi	224	73,4
Değiştirmede	81	26,6
<b>Düzenli Tetkik Kontrolü</b>		
Yaptırım	180	59,0
Yaptırmam	125	41,0
<b>Yoğun Stres</b>		
Var	179	58,7
Yok	126	41,3
<b>Düzenli Doktor Kontrolü</b>		
Hiçbir zaman	56	18,4
Zaman zaman	69	22,6
Her zaman	180	59,0
<b>Düzenli İlaç Kullanımı</b>		
Hiçbir zaman	38	12,5
Zaman zaman	57	18,7
Her zaman	210	68,9
<b>Düzenli Diyet Programı</b>		
Hiçbir zaman	72	23,6
Zaman zaman	147	48,2
Her zaman	86	28,2
<b>Düzenli Yürüyüş</b>		
Hiçbir zaman	82	26,9
Zaman zaman	136	44,6
Her zaman	87	28,5
<b>Düzenli Egzersiz</b>		
Hiçbir zaman	118	38,7
Zaman zaman	113	37,0
Her zaman	74	24,3

Tablo 6.2 incelendiğinde; %47,9'unun sigara (n=146) ve %22,3'ünün alkol (n=68) kullandığı görülmüştür. Katılımcıların %49,8 'i KAH'na sahip birinci derece bir yakını bulunduğunu (n=152), %49,8'i en fazla yaşadığı şikayetin göğüs ağrısı olduğunu (n=152), %73,4'ü KAH'nın yaşam biçimini değiştirdiğini (n=224), %59'u düzenli tetkik yaptırdığını (n=180) ve %58,7'si yoğun stres altında yaşadığını (n=179) belirtmiştir. %59'u en fazla her zaman düzenli doktor kontrolüne gittiğini (n=180) ve %68,9'u düzenli ilaç kullandığını (n=210) ifade etmiştir. %48,2'si en fazla zaman zaman düzenli diyet programına uyduğunu ve %44,6'sı düzenli yürüyüş yaptığını (n=136) belirtirken, %38,7'si hiçbir zaman düzenli egzersiz yapmadığını (n=118) belirtmiştir.

### **Katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 6.3: Katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ Puan Ortalamaları (N=305)**

<b>Ölçekler ve Alt Boyutları</b>	<b>Ort.±S.S.</b>	<b>Min.-Max. Değerler</b>
Kontrol Merkezi	15,32±4,68	5-25
Öz Farkındalık	9,81±2,40	4-15
Sağlığın Önemi	11,33±2,44	5-15
Kesinlik	10,84±3,22	4-18
<b>SAÖ</b>	<b>47,37±5,77</b>	<b>35-61</b>
Sağlık Sorumluluğu	23,00±6,48	10-36
Fiziksel Aktivite	15,84±5,38	8-31
Beslenme	21,96±4,78	10-33
Manevi Gelişim	26,04±6,26	11-36
Kişilerarası İlişkiler	25,48±5,39	13-36
Stres Yönetimi	19,01±4,64	10-31
<b>SYBDÖ</b>	<b>131,36±26,71</b>	<b>63-198</b>

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 6.3'de gösterilmektedir. Katılımcıların SAÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $47,37\pm5,77$  (35-61 aralığında) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi ( $11,33\pm2,44$ ) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik ( $10,84\pm3,22$ ) olduğu görölmüştür. Katılımcıların SYBDÖ'nden aldıkları puan ortalaması  $131,36\pm26,71$  (63-198 aralığında) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun manevi gelişim ( $26,04\pm6,26$ ) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun fiziksel aktivite ( $15,84\pm5,38$ ) olduğu görölmüştür.

### **Katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ'nde Yer Alan İfadelere Katılma Düzeylerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların sırasıyla SAÖ (Tablo 6.4) ve SYBDÖ (Tablo 6.5) yer alan ifadelere katılma düzeylerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

**Tablo 6.4: Katılımcıların SAÖ’de Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri (N=305)**

SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ		HİÇ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	TARAFSIZIM	KATILYORUM	KESİNLİKLE KATILYORUM	ORTALAMA	STANDART SAPMA	
1	Sağlığımı çok düşünürüm.	% n	12,5 38	4,3 130	15,4 47	41,6 127	26,3 80	3,65	1,26
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.*	% n	18,0 55	41,3 126	16,1 49	12,1 37	12,5 38	3,40	1,26
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olacak olur.*	% n	16,7 51	31,5 96	15,7 48	19,7 60	16,4 50	3,12	1,35
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.*	% n	6,6 20	8,9 27	19,7 60	24,3 74	40,7 124	2,16	1,23
5	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	% n	14,1 43	22,3 68	26,6 81	23,3 71	13,8 42	3,00	1,25
6	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.*	% n	2,6 8	11,8 36	5,2 16	53,1 162	27,2 83	2,10	1,01
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapmıyorum.*	% n	6,9 21	26,2 80	7,9 24	50,5 154	8,5 26	2,72	1,14
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.*	% n	11,1 34	23,0 70	12,8 39	36,7 112	16,4 50	2,76	1,28
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	% n	2,3 7	10,2 31	28,9 88	24,6 75	34,1 104	3,78	1,09
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	% n	6,9 21	10,2 31	9,2 28	47,9 146	25,9 79	3,76	1,15
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.	% n	0,3 1	5,6 17	21,0 64	44,6 136	28,5 87	3,95	0,86
12	Sağlıklı olmak şans işidir.*	% n	18,4 56	49,8 152	2,0 6	15,1 46	14,8 45	3,42	1,34
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.*	% n	17,4 53	39,3 120	6,2 19	21,3 65	15,7 48	3,21	1,37
14	İstedğim kadar sağlıklı olabilirim.	% n	10,5 32	19,0 58	36,7 112	21,6 66	12,1 37	3,06	1,14
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.*	% n	18,7 57	33,4 102	14,8 45	22,6 69	10,5 32	3,27	1,28

\* işareti bulunan maddeler, ters puanlı ifadelerdir.



Katılımcıların SAÖ'de yer alan ifadelere verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde; sağlık algısına katkı verme anlamında en fazla oranda olumlu yanıtladıkları üç ifadenin 11., 9. ve 10. ifadeler olduğu belirlenmiştir. "Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir" ifadesini katılımcıların %28,5'inin kesinlikle katılıyorum (n=87), %44,6'sının katılıyorum (n=136), %21,0'nin tarafsızım (n=64), %5,6'sının katılmıyorum (n=17) ve %0,3'ünün (n=1) hiç katılmıyorum şeklinde yanıtladığı görülmüştür. Aynı ölçekte " Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım" ifadesini, katılımcıların %34,1'inin kesinlikle katılıyorum (n=104), %24,6'sının katılıyorum (n=75), %28,9'unun tarafsızım (n=88), %10,2'sinin katılmıyorum (n=31) ve %2,3'ünün hiç katılmıyorum (n=7) şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. Son olarak; "Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır" ifadesine, katılımcıların %25,9'unun kesinlikle katılıyorum (n=79), %47,9'unun katılıyorum (n=146), %9,2'sinin tarafsızım (n=28), %10,2'sinin katılmıyorum (n=31) ve %6,9'unun hiç katılmıyorum (n=21) şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır (Tablo 6.4).

Sağlık algısına katkı vermeme anlamında en fazla oranda olumsuz yanıtladıkları üç ifadenin 6., 4. ve 7. İfadeler olduğu belirlenmiştir. " Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım\* ifadesini katılımcıların %27,2'sinin kesinlikle katılıyorum (n=83), %53,1'inin katılıyorum (n=162), %5,2'sinin tarafsızım (n=16), %11,8'inin katılmıyorum (n=36) ve %2,6'sının (n=8) hiç katılmıyorum şeklinde yanıtladığı görülmüştür. Aynı ölçekte "Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur" ifadesini, katılımcıların %40,7'sinin kesinlikle katılıyorum (n=124), %24,3'ünün katılıyorum (n=74), %19,7'sinin tarafsızım (n=60), %8,9'unun katılmıyorum (n=27) ve %6,6'sının hiç katılmıyorum (n=20) şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. Son olarak; "Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapmıyorum" ifadesine, katılımcıların %8,5'inin kesinlikle katılıyorum (n=26), %50,5'inin katılıyorum (n=154), %7,9'unun tarafsızım (n=24), %26,2'sinin katılmıyorum (n=80) ve %6,9'unun hiç katılmıyorum (n=21) şeklinde yanıt verdiği saptanmıştır (Tablo 6.4).

**Tablo 6.5: Katılımcıların SYBDÖ’de Yer Alan İfadelere Katılım Düzeyleri (N=305)**

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği		HİÇ BİR ZAMAN	BAZEN	SIK SIK	DÜZENLİ OLARAK	ORTALAMA	STANDAR T SAPMA
1	Sorun ve endişelerimi bana yakın kişilerle konuşurum.	% n	5,6 17	41,3 126	26,9 82	26,2 80	2,74	0,91
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolden düşük bir diyet tercih ederim.	% n	15,4 47	36,4 111	26,9 82	21,3 65	2,54	0,99
3	Fark ettiğim herhangi bir değişiklik ya da belirtiyi doktoruma veya bir sağlık görevlisine anlatırım.	% n	11,1 34	34,1 104	19,3 59	35,4 108	2,79	1,04
4	Düzenli bir egzersiz programı takip ederim.	% n	27,9 85	44,3 135	14,8 45	13,1 40	2,13	0,96
5	Yeterince uyurum.	% n	11,1 34	31,8 97	16,1 49	41,0 125	2,87	1,07
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim.	% n	1,3 4	43,3 132	27,5 84	27,9 85	2,82	0,85
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	% n	4,6 14	24,9 76	40,3 123	30,2 92	2,96	0,85
8	Şeker ve şeker içeren gıdaları kısıtlarım.	% n	18,7 57	39,3 120	21,3 65	20,7 63	2,44	1,01
9	Sağlığı geliştirici televizyon programı izler, kitap ve gazete okurum.	% n	17,7 54	39,7 121	15,7 48	26,9 82	2,52	1,07
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım(hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).	% n	38,7 118	34,8 106	10,2 31	16,4 50	2,04	1,01
11	Her gün gevşemeye ve rahatlamaya zaman ayırırım.	% n	19,7 60	49,2 150	10,5 32	20,7 63	2,32	0,99
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	% n	8,2 25	24,3 74	25,6 78	42,0 128	3,01	0,91
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	% n	3,6 11	34,1 104	28,2 86	34,1 104	2,93	0,91
14	Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	% n	27,5 84	49,8 152	11,5 35	11,1 34	2,06	0,91
15	Sağlık personelinin önerilerini daha iyi anlamak için sorular sorarım.	% n	9,5 29	35,4 108	27,2 83	27,9 85	2,73	0,97
16	Haftada en az 5 kez hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivite (örneğin 30-40 dakikalık kesintisiz yürüyüş) yaparım.	% n	32,8 100	40,0 122	13,1 40	14,1 43	2,09	1,00
17	Yaşantımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.	% n	16,7 51	49,5 151	18,0 55	15,7 48	2,33	0,93
18	Geleceğe umutla bakarım.	% n	12,5 38	27,9 85	23,9 73	35,7 109	2,83	1,05
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	% n	9,5 28	40,0 122	22,6 69	27,9 85	2,69	0,98
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.	% n	11,1 34	56,7 173	15,4 47	16,7 51	2,38	0,89
21	Sağlık bakımı veren kişinin tavsiyeleri ile ilgili kafamda soru oluşursa, başka bir sağlık personeline danışırım.	% n	14,1 43	26,6 81	28,5 87	30,8 94	2,76	1,04

22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	% n	44,6 136	28,5 87	20,0 61	6,9 21	1,89	0,95
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	% n	12,8 39	43,0 131	24,6 75	19,7 60	2,51	0,95
24	Kendimle barışık ve yeterli hissedirim.	% n	12,1 37	23,9 73	27,2 83	36,7 112	2,89	1,04
25	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi, yakınlık gösteririm.	% n	8,5 26	30,5 93	26,9 82	34,1 104	2,87	0,98
26	Günde 3-5 porsiyon sebze yerim.	% n	9,5 29	62,3 190	8,9 27	19,3 59	2,38	0,90
27	Sağlığım ile ilgili sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	% n	18,0 55	20,7 63	28,5 87	32,8 100	2,76	1,09
28	Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	% n	51,1 156	31,5 96	10,5 32	6,9 21	1,73	0,90
29	Stresimi kontrol etmek için özel yöntemler kullanırım.	% n	47,9 146	29,5 90	14,4 44	8,2 25	1,83	0,96
30	Hayatımdaki uzun vadeli hedeflerime ulaşmak için çalışırım.	% n	19,3 59	22,0 67	23,6 72	35,1 107	2,74	1,13
31	Sevdiğim insanlarla kucaklaşıyorum.	% n	8,9 27	22,6 69	20,1 61	48,5 148	3,08	1,03
32	Günde 2-3 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	% n	15,4 47	34,8 106	20,7 63	29,2 89	2,64	1,06
33	Vücudumu ayda en az bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık bulguları bakımından kontrol ederim.	% n	29,8 91	29,5 90	17,7 54	23,0 70	2,34	1,13
34	Günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım.(örneğin; asansör yerine merdiven kullanırım, yemek saatlerinde yürürüm.)	% n	38,0 116	32,1 98	15,4 47	14,4 44	2,06	1,05
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	% n	26,9 82	31,8 97	12,1 37	29,2 89	2,44	1,17
36	Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.	% n	25,6 78	34,4 105	18,0 55	22,0 67	2,36	1,08
37	Yakın dostluklar edinmek için çaba harcarım.	% n	24,3 74	26,6 81	26,9 82	22,3 68	2,47	1,08
38	Günde 2-3 porsiyon et, balık, tavuk ve yumurta, kuru bakliyat ve kuruyemiş yerim.	% n	34,4 105	20,7 63	31,5 96	13,4 41	2,24	1,06
39	Kendime daha iyi nasıl bakacağım konusunda sağlık personeline danışırım.	% n	21,6 66	32,1 98	19,3 59	26,9 82	2,51	1,10
40	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	% n	43,3 132	24,6 75	19,7 60	12,5 38	2,01	1,06
41	Günde 15-20 dakikayı gevşemek, rahatlamak için kullanırım.	% n	29,2 89	42,3 129	18,7 57	9,8 30	2,09	0,93
42	Yaşantımda benim için neyin önemli olduğunun bilincindeyim.	% n	8,5 26	17,4 53	23,9 73	50,2 153	3,16	0,99
43	Sağlık destek kuruluşlarından destek alırım.	% n	18,4 56	24,9 76	25,6 78	31,1 95	2,70	1,09
44	Paketlenmiş hazır gıdalardaki besin değeri, yağ ve sodyum oranlarını öğrenmek için içeriklerini okurum.	% n	44,9 137	21,6 66	18,0 55	15,4 47	2,04	1,11
45	Sağlığımı ilgilendiren konulardaki eğitim programlarına katılırım.	% n	47,5 145	28,5 87	13,1 40	10,8 33	1,87	1,01
46	Egzersiz yaparken hedef kalp hızına ulaşıyorum.	% n	44,6 136	28,5 87	20,0 61	6,9 21	1,89	0,95
47	Yorgunluk yaratmaması için ağır ve düzgün adımlarla yürürüm.	% n	24,6 75	17,0 52	29,5 90	28,9 88	2,63	1,14

48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	% n	11,5 35	12,8 39	9,2 28	66,6 203	3,31	1,07
49	İnsanlarla olan anlaşmazlıklarımı konuşarak ve uzlaşarak çözerim.	% n	6,6 20	24,6 75	25,9 79	43,0 131	3,05	0,96
50	Kahvaltı ederim.	% n	7,5 23	14,1 43	23,9 73	54,4 166	3,25	0,96
51	Gereksinimim olduğunda yardım ve danışmanlık alırım.	% n	12,1 37	37,7 115	16,1 49	34,1 104	2,72	1,06
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	% n	9,8 30	30,2 92	18,0 55	42,0 128	2,92	1,05

Katılımcıların SYBDÖ'deki ifadelere verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde ise; hem en fazla katıldıkları hem de en az katıldıkları üçer ifadenin buraya taşınması anlamlı görülmüştür. Buna göre, katılımcıların en olumlu değerledikleri ifadeler ele alındığında ilk olarak, "İlahi bir gücün varlığına inanırım" ifadesine, katılımcıların %11,5'inin hiçbir zaman (n=35), %12,8'inin bazen (n=39), %9,2'sinin sık sık (n=28) ve %66,6'sının düzenli olarak (n=203) şeklinde yanıtladıkları belirlenmiştir. İkinci olarak, "Kahvaltı ederim" ifadesini, katılımcıların %7,5'inin hiç bir zaman (n=23), %14,1'inin bazen (n=43), %23,9'unun sık sık (n=73) ve 54,4'ünün düzenli olarak (n=166) şeklinde yanıtladıkları saptanmıştır. Son olarak; "Yaşantımda benim için neyin önemli olduğunun bilincindeyim" ifadesini, katılımcıların %8,5'inin hiçbir zaman (n=26), %17,4'ünün bazen (n=53), %23,9'unun sık sık (n=73) ve %50,2'sinin düzenli olarak (n=153) şeklinde yanıtladığı görülmüştür (Tablo 6.5).

En olumsuz değerledikleri ifadeler ele alındığında ise, "Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım" ifadesini, katılımcıların %351,1'inin hiçbir zaman (n=156), %31,5'inin bazen (n=96), %10,5'inin sık sık (n=32) ve %10,5'inin düzenli olarak (n=32) şeklinde yanıtladığı belirlenmiştir. İkinci olarak, "Stresimi kontrol etmek için özel yöntemler kullanırım" ifadesine katılımcıların %47,9'unun hiçbir zaman (n=146), %29,5'inin bazen (n=90), %14,4'ünün sık sık (n=44) ve %8,2'sinin düzenli olarak (n=25) şeklinde yanıt verdikleri saptanmıştır. Son olarak; "Sağlığımı ilgilendiren konulardaki eğitim programlarına katılırım." ifadesini, katılımcıların %47,5'inin hiçbir zaman (n=145), %28,5'inin bazen (n=87), %13,1'inin sık sık (n=40) ve %10,8'inin düzenli olarak (n=33) şeklinde yanıtladığı görülmüştür (Tablo 6.5).

### **Katılımcıların Kişisel Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Yönelik Olası Risk Faktörleri ile SAÖ ve SYBDÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

Bu bölümde, araştırmada yer alan katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ile kişisel özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 6.6'da, sağlık durumlarına yönelik olası risk faktörlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise, Tablo 6.7'de gösterilmektedir.



**Tablo 6.6: Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SAÖ ve SYBDÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=305)**

Özellikler	SAÖ	Test ve p Değerleri	SYBÖ	Test ve p Değerleri
<b>Yaş Grupları *</b> 45 yaş ve altı <sup>a</sup> 45-54 yaş <sup>b</sup> 55-64 yaş <sup>c</sup> 65 yaş ve üzeri <sup>d</sup>	48,89±7,60 48,11±5,83 46,74±5,89 46,70±4,36	KW=6,266 p=0,099	128,64±24,31 130,57±19,84 124,75±29,84 141,15±27,47	KW=18,089 p=0,000 d>a,b,c
<b>Cinsiyet**</b> Kadın Erkek	45,72±4,43 48,33±6,23	Z=-3,828 p=0,000	129,64±28,95 132,26±25,35	Z=-0,745 p=0,457
<b>Medeni Durum**</b> Evli Bekâr	47,07±5,97 49,04±4,21	Z=-2,727 p=0,006	131,00±28,55 133,34±12,54	Z=-0,677 p=0,498
<b>Eğitim Durumu*</b> Okur -yazar değil <sup>a</sup> İlköğretim <sup>b</sup> Lise <sup>c</sup> Üniversite <sup>d</sup>	45,65±4,24 47,61±6,65 46,61±4,61 48,60±5,05	KW=7,578 p=0,056	125,92±32,39 134,95±23,96 119,52±26,56 140,63±25,58	KW=18,104 p=0,000 d>a,c b>c
<b>Yaşadığı Yer**</b> Şehir Merkezi İlçe-Köy	47,81±5,73 46,50±5,78	Z=-0,708 p=0,479	131,98±26,71 130,13±28,25	Z=-1,449 p=0,147
<b>Mesleki Yaşantı*</b> Aktif <sup>a</sup> Aktif değil <sup>b</sup> Emekli <sup>c</sup>	48,89±6,68 47,01±4,61 45,87±4,75	KW=14,557 p=0,001 a>c	129,78±20,54 133,73±30,18 131,88±30,72	KW=0,585 p=0,746
<b>Sosyal Güvence**</b> Var Yok	47,45±5,30 47,06±7,40	Z=-0,265 p=0,791	130,60±26,62 134,42±27,06	Z=-1,049 p=0,294
<b>Beden Kitle İndeksi*</b> Zayıf <sup>a</sup> Normal Kilolu <sup>b</sup> Fazla Kilolu <sup>c</sup> Obez <sup>d</sup>	48,60±3,40 49,06±5,78 47,30±5,66 45,01±5,56	KW=11,884 p=0,008 d<b,c	139,20±14,52 137,52±22,44 132,28±24,99 119,62±33,25	KW=12,446 p=0,006 d<a,b,c
<b>Ek Hastalık **</b> Var Yok	47,37±4,93 47,38±6,90	Z=-0,548 p=0,584	128,96±29,90 135,12±20,33	Z=-2,252 p=0,024
<b>Diyabet**</b> Var Yok	46,95±3,61 47,54±6,42	Z=-0,149 p=0,882	125,54±23,84 133,65±27,47	Z=-2,666 p=0,008
<b>Hipertansiyon**</b> Var Yok	47,43±5,78 47,34±5,78	Z=-0,815 p=0,415	129,28±33,52 132,62±21,58	Z=-0,851 p=0,395
<b>Kronik Börek Yetmezliği**</b> Var Yok	45,83±2,18 47,54±6,01	Z=-2,266 p=0,023	113,26±14,66 133,34±27,00	Z=-4,567 p=0,000
<b>Hastalıkla İlgili Eğitim**</b> Aldım Almadım	47,43±6,41 47,35±5,51	Z=-0,269 p=0,788	142,03±28,96 127,11±24,56	Z=-3,684 p=0,000
<b>Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi**</b> Yeterli Yetersiz	47,87±6,24 46,75±5,09	Z=-0,898 p=0,369	139,41±29,05 121,36±19,36	Z=-6,779 p=0,000

Tablo 6.6’da bulunan katılımcıların yaş grupları ile SAÖ ve SYBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Altmış beş yaş ve üzeri katılımcıların SYBDÖ’den aldıkları puan ortalaması, 45 yaş altı katılımcıların puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ), 45-54 yaş arası katılımcıların puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) ve 55-64 yaş arası katılımcıların puan ortalamasından çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların cinsiyetleri ile SAÖ ve SYBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ( $p>0,001$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Erkek katılımcıların SAÖ’den aldıkları puan ortalaması, kadın katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların medeni durumları ile SAÖ ve SYBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ( $p>0,01$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Bekâr katılımcıların SAÖ’den aldıkları puan ortalaması, evli katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların eğitim durumları ile SAÖ ve SYBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Üniversite mezunu katılımcıların SYBDÖ’nden aldıkları puan ortalaması, okur yazar olmayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve lise mezunu katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İlköğretim mezunu katılımcıların SYBDÖ’nden aldıkları puan ortalaması, lise mezunu katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların mesleki yaşantı durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ( $p>0,01$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Mesleki yaşantıları aktif olan katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, emekli katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların beden kitle indeksi grupları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Obez katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, normal kilolu katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) ve fazla kilolu katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Obez katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, zayıf ve fazla kilolu katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve normal kilolu katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Katılımcıların ek hastalığa sahip olma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Ek hastalığı olmayan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, ek hastalığı olan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların diyabet hastalığına sahip olma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Diyabeti olmayan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, diyabeti olan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların kronik böbrek yetmezliği hastalığına sahip olma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan



ortalamları arasında istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kronik böbrek yetmezliği olmayan katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması kronik böbrek yetmezliği olan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hastalığı ile ilgili eğitim alan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması almayan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi algıları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hastalığı ile ilgili bilgi düzeyini yeterli algılayan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, yetersiz algılayan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.6'da katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının yaş grupları, eğitim durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence varlığı, ek hastalık varlığı, diyabet varlığı, hipertansiyon varlığı, hastalıkla ilgili eğitim alma durumu ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyi algıları özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, mesleki yaşantı, sosyal güvence ve hipertansiyon varlığı özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.7: Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SAÖ ve SYBDÖ'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=305)**

Özellikler	SAÖ	Test ve p Değerleri	SYBÖ	Test ve p Değerleri
<b>Sigara Kullanımı*</b> Hiç kullanmamış <sup>a</sup> Bırakmış <sup>b</sup> Kullanıyor <sup>c</sup>	46,44±4,99 47,66±2,68 48,21±6,62	KW=6,571 p=0,037 a<c	135,88±30,80 131,00±20,30 127,15±22,48	KW=10,737 p=0,005 a>b,c
<b>Alkol Kullanımı**</b> Var Yok	53,19±5,27 45,70±4,74	Z=-9,113 p=0,000	147,58±19,92 126,71±26,63	Z=-5,964 p=0,000
<b>KAH'lı Birinci Derece Yakın **</b> Var Yok	47,64±5,48 47,11±6,05	Z=-0,925 p=0,355	136,35±28,34 126,41±24,08	Z=-4,336 p=0,000
<b>En Çok Yaşanan Şikâyet*</b> Göğüs Ağrısı <sup>a</sup> Yorgunluk <sup>b</sup> Nefes Darlığı <sup>c</sup> Çarpıntı <sup>d</sup>	47,03±4,49 45,32±7,11 48,88±5,53 50,84±6,04	KW=17,960 p=0,000 d>a,b,c b<c	134,35±20,84 123,43±31,27 125,02±34,25 141,57±23,78	KW=11,283 p=0,01 d>b,c
<b>KAH Yaşam Biçimini**</b> Değiştirdi Değiştirmede	47,33±6,13 47,49±4,68	Z=-0,456 p=0,649	129,83±26,60 135,61±26,72	Z=-0,596 p=0,551
<b>Düzenli Tetkik Kontrolü**</b> Yaptırım Yaptırmam	48,56±5,59 45,64±5,60	Z=-3,423 p=0,001	137,03±23,85 123,20±28,54	Z=-4,272 p=0,000
<b>Yoğun Stres**</b> Var Yok	47,76±5,95 46,82±5,48	Z=-1,623 p=0,105	129,08±29,56 134,60±21,74	Z=-1,394 p=0,163
<b>Düzenli Doktor Kontrolü*</b> Hiçbir zaman <sup>a</sup> Zaman zaman <sup>b</sup> Her zaman <sup>c</sup>	47,08±3,04 48,82±3,96 46,91±6,84	KW=8,523 p=0,014 b>a,c	133,76±25,05 130,55±19,14 130,93±29,62	KW=0,171 p=0,918
<b>Düzenli İlaç Kullanımı*</b> Hiçbir zaman <sup>a</sup> Zaman zaman <sup>b</sup> Her zaman <sup>c</sup>	46,97±3,64 47,45±6,27 47,42±5,96	KW=1,532 p=0,465	136,50±14,35 122,87±23,79 132,74±28,70	KW=8,977 p=0,011 b<a,c
<b>Düzenli Diyet Programı*</b> Hiçbir zaman <sup>a</sup> Zaman zaman <sup>b</sup> Her zaman <sup>c</sup>	50,36±6,43 46,80±5,53 45,86±4,65	KW=13,295 p=0,001 a>b,c	136,23±23,38 125,00±30,01 138,16±20,30	KW=13,753 p=0,001 c>a,b
<b>Düzenli Yürüyüş*</b> Hiçbir zaman <sup>a</sup> Zaman zaman <sup>b</sup> Her zaman <sup>c</sup>	44,42±6,15 48,46±5,23 48,45±5,28	KW=21,713 p=0,000 a<b,c	119,65±35,39 135,36±20,34 136,14±22,69	KW=18,730 p=0,000 a<b,c
<b>Düzenli Egzersiz*</b> Hiçbir zaman <sup>a</sup> Zaman zaman <sup>b</sup> Her zaman <sup>c</sup>	46,00±5,22 47,95±6,25 48,67±5,46	KW=7,987 p=0,018 a<c	121,33±30,46 134,67±20,93 142,32±22,61	KW=23,967 p=0,000 c>b,a b>a

\*: Kruskal Wallis testi    \*\*: Mann Whitney U testi

Tablo 6.7 incelendiğinde; katılımcıların sigara kullanım durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Hiç sigara kullanmayan katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, kullanan katılımcıların puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Hiç sigara kullanmayan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, kullanan katılımcıların puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) ve bırakan katılımcıların puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların alkol kullanım durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Alkol kullanmayan katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ'nden aldıkları puan ortalaması, kullanan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Katılımcıların birinci derece KAH'lı yakını bulunma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. KAH'lı birinci derece yakını bulunan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, bulunmayan katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların en çok yaşadığı şikâyeti ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. En çok yaşadığı şikâyet çarpıntı olan katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, yorgunluk olan katılımcıların puan ortalamasından çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ), nefes darlığı ve göğüs ağrısı olan katılımcıların puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. En çok yaşadığı şikâyet yorgunluk olan katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, nefes darlığı olan katılımcıların aldıkları puan

ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. En çok yaşadığı şikâyet çarpıntı olan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, yorgunluk olan katılımcıların puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve nefes darlığı olan katılımcıların puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli tetkik kontrolü yaptırma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Düzenli tetkik kontrolü yaptırmayan katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, yaptıran katılımcıların puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli doktor kontrolüne gitme durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p<0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) saptanmıştır. Düzenli doktor kontrolüne zaman zaman giden katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, hiçbir zaman ve her zaman giden katılımcıların puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli ilaç kullanım durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p<0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Düzenli ilaç kullanımını zaman zaman gerçekleştiren katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, hiçbir zaman gerçekleştirmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve her zaman gerçekleştiren katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli diyet programı uygulama durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Düzenli diyet programını hiçbir zaman uygulamayan katılımcıların

SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, zaman zaman uygulayan katılımcıların puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) ve her zaman uygulayan katılımcıların puan ortalamasından çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Düzenli diyet programını her zaman uygulayan katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, hiçbir zaman ve zaman zaman uygulayan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli yürüyüş yapma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Düzenli yürüyüş hiçbir zaman yapmayan katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, zaman zaman ve her zaman yapan katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Düzenli egzersiz programını hiç bir zaman gerçekleştirilmeyen katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, her zaman gerçekleştiren katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Düzenli egzersiz programını her zaman gerçekleştiren katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, hiçbir zaman gerçekleştirilmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) ve zaman zaman gerçekleştiren katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Düzenli egzersiz programını zaman zaman gerçekleştiren katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalaması, hiçbir zaman gerçekleştirilmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalamasından ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 6.7'de katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalamalarının KAH'lı birinci derece yakını bulunma durumu, KAH'ın yaşam biçimini değiştirme durumu, yoğun stres altında yaşama durumu ve düzenli ilaç kullanım durumu özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Katılımcıların SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının KAH'ın yaşam biçimini değiştirme durumu, yoğun stres altında yaşama durumu ve dzenli doktor kontrolüne gitme durumu özellikleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



## Katılımcıların SAÖ ile SYBDÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

**Tablo 6.8: SAÖ ile SYBDÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri (N=305)**

Ölçekler ve Alt Boyutları	Kontrol Merkezi		Öz Farkındalık		Sağlığın Önemi		Kesinlik		SAÖ	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Sağlık Sorumluluğu	0,059	0,301	0,119	0,037 <sup>a</sup>	0,196	0,001 <sup>c</sup>	0,225	0,000 <sup>b</sup>	0,290	0,000 <sup>b</sup>
Fiziksel Aktivite	-0,011	0,846	0,254	0,000 <sup>b</sup>	0,004	0,946	0,237	0,000 <sup>b</sup>	0,275	0,000 <sup>b</sup>
Beslenme	0,08	0,162	0,245	0,000 <sup>b</sup>	-0,012	0,839	0,190	0,001 <sup>c</sup>	0,302	0,000 <sup>b</sup>
Manevi Gelişim	0,092	0,107	0,182	0,001 <sup>c</sup>	0,304	0,000 <sup>b</sup>	0,244	0,000 <sup>b</sup>	0,475	0,000 <sup>b</sup>
Kişilerarası İlişkiler	0,074	0,194	0,164	0,004 <sup>c</sup>	0,296	0,000 <sup>b</sup>	0,279	0,000 <sup>b</sup>	0,364	0,000 <sup>b</sup>
Stres Yönetimi	-0,019	0,739	0,129	0,024 <sup>a</sup>	0,044	0,449	0,355	0,000 <sup>b</sup>	0,292	0,000 <sup>b</sup>
SBYDÖ	0,044	0,441	0,195	0,000 <sup>b</sup>	0,199	0,000 <sup>b</sup>	0,320	0,000 <sup>b</sup>	0,403	0,000 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>: p<0,05 (istatistiksel olarak anlamlı korelasyon)

<sup>b</sup>: p<0,001 (çok ileri düzeyde anlamlı korelasyon)

<sup>c</sup>: p<0,01 (ileri düzeyde anlamlı korelasyon)

Tablo 6.8 incelendiğinde; SAÖ ile SYBDÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde; SAÖ ile SYBDÖ'den alınan puan ortalamaları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır (r=-0,403; p=0,000). SAÖ ile sağlık sorumluluğu (r=0,290; p=0,000), fiziksel aktivite (r=0,275; p=0,000), beslenme (r=0,302; p=0,000), manevi gelişim (r=0,475; p=0,000), kişilerarası ilişkiler (r=0,364; p=0,000), stres yönetimi (r=0,403;

$p=0,000$ ) alt boyutları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır. SYBDÖ ile kontrol merkezi ( $r=0,044$ ;  $p=0,441$ ) arasında ilişki saptanmamıştır. SYBDÖ ile öz farkındalık ( $r=0,195$ ;  $p=0,000$ ) ve sağlığın önemi ( $r=0,199$ ;  $p=0,000$ ) alt boyutları arasında çok zayıf derecede ve kesinlik ( $r=0,320$ ;  $p=0,000$ ) alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

SAÖ'nün öz farkındalık alt boyutu ile SYBÖ'nün sağlık sorumluluğu ( $r=0,119$ ;  $p=0,000$ ), fiziksel aktivite ( $r=0,254$ ;  $p=0,000$ ), beslenme ( $r=0,245$ ;  $p=0,000$ ), manevi gelişim ( $r=0,182$ ;  $p=0,000$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=0,164$ ;  $p=0,000$ ) ve stres yönetimi ( $r=0,129$ ;  $p=0,000$ ) alt boyutları arasında çok zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

SAÖ'nün sağlığın önemi alt boyutu ile SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu ( $r=0,196$ ;  $p=0,000$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=0,296$ ;  $p=0,000$ ) ve stres yönetimi ( $r=0,199$ ;  $p=0,000$ ) alt boyutları arasında çok zayıf derecede ve manevi gelişim ( $r=0,304$ ;  $p=0,000$ ) alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

SAÖ'nün kesinlik alt boyutu ile SYBÖ'nün sağlık sorumluluğu ( $r=0,225$ ;  $p=0,000$ ), fiziksel aktivite ( $r=0,237$ ;  $p=0,000$ ), beslenme ( $r=0,190$ ;  $p=0,000$ ), manevi gelişim ( $r=0,244$ ;  $p=0,000$ ), kişilerarası ilişkiler ( $r=0,279$ ;  $p=0,000$ ) arasında çok zayıf derecede ve stres yönetimi ( $r=0,355$ ;  $p=0,000$ ) alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır.



## 7. TARTIŞMA

Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan KAH bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısıyla uzun vadede ilişkili olan kronik bir hastalıktır. Bu hastalıkla uzun vadede baş etmek için bireyin kendisi, sağlık çalışanı ile olan uyumu ve hemşirelerin koruyucu, geliştirici, olası veya olan risk faktörlerine yönelik eğitim verici rolü günümüzde daha da önemli hale gelmiştir.

KAH tanısı konulmuş KAG veya PKG uygulanmış hastalara KAH ilişkin sağlığı algılama ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmeye yönelik uyguladığımız ölçekler ve bunların hastaların sosyo-demografik özellikleri ve risk faktörleriyle ilişkilendirilmesi sonucunda ortaya çıkan verileri tartışacağız.

Sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesiyle birlikte ilerleyen bir süreçtir. Sağlığı yükseltmeyi amaçlayan bilgi, tutum ve becerilerin kazanılması da sağlığın geliştirilmesinin alt bileşenlerini oluşturmaktadır. Ülkemizde de, dünyanın geri kalanında olduğu gibi hemşirelik hizmetleri sağlıklı yaşamı koruma konusunda gerekli motivasyonu yapma ve hastaları bu yönde bilgilendirip yönlendirme anlamında hastayla sağlık kuruluşu arasında köprü vazifesi yapmaktadır. Sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçekleri bu noktada Türkiye’de de farklı örneklemelerde sağlık bilincini değerlendirmek için kullanılmıştır. Biz de kendi kliniğimizde hem hastaların sosyo-demografik verilerini ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarını; hem de bahsi geçen ölçeklerin bu parametrelerin her biriyle ilişkili olup olmadığını değerlendirdik. Dolayısıyla bu konular ayrı ayrı tartışılacaktır.

Çalışmamızda beklenildiği üzere hastaların %63’ünü erkekler oluşturmakta , %46.9 aşırı kilolu ve metabolik sendromla ilgili DM (%28,2), HT (%37,7) gibi hastalıkları barındıran bireyler olduğu gözlemlendi. Hemen hemen yarısı yani %47,9’unun sigara içtiği saptandı. Sosyolojik demografik özelliklere gelindiğinde ise hastaların, %84,6’sı evli, %48,5’unun eğitim seviyesi ilköğretim düzeyindeydi. Ayrıca %42,3’ü aktif bir işte çalışmaktaydı ve %80’inin sosyal güvencesi vardı.

‘Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü’ başlıklı Ünsar ve ark.’larının (88) araştırmalarında çalışma

grubunun %70.4'ü erkek, %54.8'i 60-69 yaş gurubunda %59.1'i ilkokul mezunu, %92.2'si evli, %25.2'sinin emekli olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular çalışmamızla hemen hemen paraleldir.

Yapılan araştırmalarda ise erkek hastaların kadınlardan fazla olduğu bilinmektedir. Bu hastalığın erkeklerde daha fazla görülmesinin nedeni ise kadınların daha az sigara kullanması ve kadınlarda östrojen hormonunun hastalığa karşı koruyucu etkisinin olduğu belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunun en az bir kronik hastalığa sahip olduğu ve BKİ göre fazla kilolu kabul edildiği görülmüştür. Fazla kiloluk durumda vücutta karın ve bel çevresinde aşırı yağlanma ve bunların depolanması sonucunda damarsal yapı bozulmakta, sonuçta KVH için bir risk faktörü haline gelmesi ile açıklanabilir. Yağ dokusunun bölgesel dağılımının kardiyovasküler riski belirlemede toplam vücut ağırlığından daha önemli olduğu varsayılmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu yani %66'sının şehir merkezinde ikamet ettiği görülmüştür. Kuru ve ark. (89) yaptığı çalışmada, bizim çalışmamıza paralel olarak hastaların büyük çoğunluğunun şehirde yaşadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda diyebiliriz ki bireyin yaşadığı toplumsal çevrenin gelişmişlik düzeyi sağlığı geliştiren davranışlara katılımını ve sağlık algısını etkilemektedir.

Katılımcıların %49,8'i ailelerinde KAH' na sahip birinci dereceden yakını bulunduğunu ve en fazla yaşadıkları şikayetin göğüs ağrısı olduğunu belirtmiştir. Eski' nin (28) çalışmasında bizim çalışmamızda da olduğu gibi hastaların % 58.9'unun bazen göğüs ağrısı deneyimlediği belirtilmektedir. Katılımcıların ileri ki dönemde yaşayacakları olası ME riskine karşı göğüs ağrısını ve tipini tanıması oldukça önemlidir. Hemşireliğin 5 vital bulgusu arasında olan ağrının değerlendirilmesi, takibi ve hastanın ağrısını tanımasında vereceği eğitimi oldukça önemlidir.

Hastalara subjektif olarak hastalıklarıyla ilgili eğitim alıp almadıkları sorulduğunda, %71'5'i hayır cevabı vermekte; yine %55,4'ü hastalığıyla ilgili bilgi düzeyini yetersiz bulmaktaydı. KAH olmak hastaların %73,4'ünü yaşam tarzını değiştirmeye itse de bunun ağırlıklı olarak doktor kontrolüne düzenli gitmek ve ilaçlarını düzenli

kullanmak yönünde hastaları motive ettiği, diyet, egzersiz gibi gerçek yaşam tarzı değişiklikleri sorgulandığında ise bu yöndeki çabalarının yetersiz olduğu görüldü.

Açıkgöz (88) çalışmasında hastaların çoğunluğunun sağlık kontrolüne gittiği ve yine araştırmamıza paralel olarak bireylerin ilaçlarını düzenli kullandığı belirtilmiştir. Araştırma katılımcılarının SAÖ göre değerlendirildiğinde; ‘sağlıklı olup, olmamak bana bağlıdır’ ve ‘egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım’ şeklinde algıladıkları halde sağlık davranışına dönüştürme konusunda sağlık profesyonellerinin yardımına ihtiyaç duyduğu ortaya koyulmuştur. Bu verilere dayanılarak hastalara eğitim ve danışmanlık hizmeti verilerek düzenli kontrollere gitmeleri, sağlık sorumluluklarını, algılarını güçlendirilmesi ve sağlıklı davranışları yaşama geçirmesi sağlanabilir. Ülkemizde yapılacak olan koroner arter hastalığı ile ilgili çalışmaların en önemli basamağında bulunan DM, HT, sigara, alkol kullanımı, obezite gibi halk sağlığına yönelik eğitimler ele alınmalı ve öncelik oluşturmalıdır.

### **Katılımcıların Kişisel Özellikleri ve Sağlık Durumlarına Yönelik Olası Risk Faktörleri ile SAÖ ve SYBDÖ’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu iki ölçeği ilişkilendirmek için yapılan çapraz tablolarda ise SYBDÖ’nün SAÖ ait özellikle alt öz farkındalık ve kesinliği ölçmeyi hedefleyen sorularıyla ve toplam değerlerle anlamlı şekilde korelasyon arz ettiği saptanmıştır.

Araştırmamızda bireylerin SYBD Ölçeği II puan ortalaması  $131.36 \pm 26.71$ , SAÖ  $47,37 \pm 5,77$  olarak bulunmuştur. Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda SYBD ölçeği II puanı; prostat kanserli hastalarda  $125 \pm 9$  (22), kalp hastalarında  $127.45 \pm 20.51$  (23), sağlık yüksekokulu öğrencilerinde  $121.75 \pm 18.86$  (110), hipertansiyon hastalarında  $123,21 \pm 14,06$  (112) ve koroner arter hastalığına sahip bireylerde  $153,22 \pm 22,31$  (125) olarak saptanmıştır. Hasta bireylerde gerçekleştirilen bu çalışmalardaki sonuçların sağlıklı bireyde ki sonuçlarla birbirine yakın değerlerde olduğu gözlenmektedir. Bu durum, özellikle KAH gibi uzun dönem kronik bir seyir izleyen hastalıklara sahip bireylerin risk algısının sağlıklı bireylerden daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yaş gruplarına göre hastalar katmanlandırıldığında da 65 yaş ve üzerindeki bireylerin SYBDÖ puanlarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı. Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda da yaş artışının SYBDÖ puanındaki artışla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Konuyla ilgili yapılmış diğer tezlerden farklı olarak çalışmamızda sadece revaskülarizasyon uygulanmış hastalar dahil edilmediği için yaş grubu daha geniş bir aralığa dağılmıştır. Bunun için KAH'nın gözlenmesi gereken 65 yaş üstü grupta bu anlamlı farklılığın saptanması oldukça önemlidir (91,92).

Yine hem erkek ve hem de bekar olan hastaların sağlık algısı SAÖ puanlamasına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Beklendiği üzere üniversite mezunlarının her iki ölçekte de puanlarının yüksek olduğu SAÖ için bu anlamlılığın sınırdaki kaldığı, SYBDÖ puanlarındaki yüksekliğin ise ciddi şekilde anlamlı olduğu gözlenmiştir.

HT bir kenara ayırırsak obezite ve diğer ek hastalıklar varlığında SYBDÖ puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu gözlendi. SAÖ için karşılaştırma yapıldığında ise böyle bariz farklılıklar gözlenmedi. BKİ gruplarında ki hastalar incelendiğinde obez katılımcıların, fazla ve normal kilolu hastalara göre SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puanlar anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

SAÖ ve SYBDÖ göre hastaların düzenli diyet uygulama durumları sorgulandığında büyük çoğunluğunun puan ortalaması anlamlı derecede yüksek bulunmuştur fakat aynı katılımcıların %46,9'unun BKİ göre fazla kilolu olduğu görülmüştür.

Düzenli egzersiz, yürüyüş yapan katılımcıların SAÖ göre sağlığı algılamasında ve SYBDÖ göre de bunu davranış biçimi haline dönüştürmesinde paralellik bulunduğu, egzersiz yapmayanlara göre ise anlamlı bir farklılık oluşturduğu görülmüştür. Yeşil ve Altıok (42) çalışmalarında PKG uygulanan hastaların çoğunluğunun fiziksel olarak aktif olduğu, en çok yürüme aktivitesini yaparak enerji harcadıklarını ve %56,7'sinin aktif, %20'sinin ise çok aktif olduklarını belirlemişlerdir. Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda KAH sahip olan bireylerin çoğunlukla egzersiz yaptığı fakat bunun düzenli olmadığı, KAH'nın yaşamlarını değiştirdiğini söylese de stres faktörleriyle etkin baş etme yöntemleri geliştiremedikleri ve hastalıklarına yönelik eğitim programlarına katılmadıkları göz önüne alınırsa,

hastanede yattıkları süre içerisinde bu bilincin sağlık çalışanları tarafından geliştirilmesi üzerinde durulması gerektiği sonucu çıkmıştır. Hemşireler sağlıklı ya da hasta birey ile iletişime geçerek bireye özgü KAH' na uygun egzersizler hakkında bilgilendirme yapmalı, kardiyak veya varsa başka kronik hastalıkları da göz önünde bulundurularak beslenme programı düzenlemesinin önemini belirtmelidir.

Çalışmamızda KAH risk faktörlerinin ve yaşam tarzı özelliklerinin de ölçeklerle ilişkisi değerlendirildi. Örneğin; sağlık algısının düşük olması beklenen sigara kullanıcılarında SAÖ nün bu ilişkiyi yansıtmadığı ve bu durumun davranış biçimleriyle daha yakın ilişkili olduğu görüldü. Ünsar ve ark. (88) çalışmasında sigara KAH da en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların %47,9 yani çoğunluğunun sigara kullandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da hastaların büyük çoğunluğunun sigara kullandığı saptanmıştır. Sigara, sempatik sinir sistemini uyararak miyokarda giden oksijen miktarını azaltıcı etki yapmasıyla bireylerde KAH görülme riskini artırmaktadır. Aynı zamanda günümüz dünyasında önemli bir halk sağlığı sorunu olan sigarayla baş etmede sağlık profesyoneli olan hemşirelere, bireylerin sigara kullanımını sonlandırma doğrultusunda motive edici, destekleyici bir tutum içerisinde olmalı ve bu doğrultu da gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetini planlamalıdır.

Alkol kullanımında ise beklenenin aksine her iki ölçek için elde edilen ortalama puanların kullanmayanlara kıyasla belirgin ölçüde yüksek olduğu saptandı. Başarır ve Pakyüz (93) hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmalarında alkol kullanan hastaların toplam SYBDÖ II toplam puan ortalamalarını alkol kullanmayanlara göre düşük bulunmuştur. Vural ve Bakır'ın (94) çalışmalarında alkol kullanmayan öğrencilerin puanı, alkol kullanan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar bulgularımızla uyumlu olmadığı gözlenmiştir. Tabi bu durumda çalışmanın yapıldığı özel sağlık kuruluşu ve hastaların yaşam standartları, alışkanlıkları göz önünde tutulmalıdır. Ayrıca kişileri diğer sosyo-kültürel özellikleriyle birlikte değerlendirmek gerektiğini vurgulamakta yarar görüyoruz.

Hasta takipleri açısından baktığımızda da her iki ölçek içinde daha yüksek puan almanın öncelikle tetkik takibini düzenli yaptırmanın, kısmen de hekim kontrolü ve ilaç kullanımına özen göstermeyle ilişkili olduğu tespit edildi. Beklendiği üzere

diyet, yürüyüş ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum gösteren bireylerin her iki ölçekte de daha yüksek puanlar aldığı gözlemlendi. Yine beklendiği üzere hastalığıyla ilgili eğitim aldığı ve bilgi düzeyinin yeterli olduğunu düşünen bireylerde SYBDÖ anlamlı olarak yüksek saptanması bu ölçeğin subjektif sağlık algısını daha iyi yansıttığını düşündürdü. Açıkgöz (90) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak, düzenli ilaç kullanan hastaların puan ortalamalarının yüksek olduğunu saptamıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalardan sağlık önerilerine uyum sağlayan kişilerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Küçükberber'in (95) çalışmasında sağlık eğitimi alanların SYBDÖ toplam ölçek puanından, almayanlara göre daha yüksek puan aldığı ve hastalıklarıyla ilgili eğitim alanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok benimsediği saptanmıştır. Bireylerin sağlık davranışlarının etkinliği, davranış olarak kazandırılması için en önemli izlenecek yol hemşire liderliğinde verilen eğitimlerdir. Sağlıklı yaşam davranışı kazandırılarak, sağlık algılarının olumlu yönde etkileme yoluna da gidilebilir. Yapılan çalışmalarda da hemşire liderliğinde verilen eğitim programlarının yaşam biçimi değişikliklerine etkisinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Kalp hastalarına yapılan bir çalışmada, uygulanan eğitimin KB kontrolü, mortalite oranının azaltılması, egzersiz ve sağlıklı bir diyet alışkanlığının kazanılmasında önemli rol oynadığı görülmüştür.

## 8. SONUÇ

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlara göre;

Hastaların %63,3 erkek, %60,0 55 yaş üstü, %84,46 evli, %48,5 ilköğretim mezunu, %42,3 aktif çalışıyor, %80,0 sosyal güvencesi var ve %66,6 şehir merkezinde yaşıyor.

Yine bu hastalardan %47,9'u sigara, %22,3 de alkol kullanmaktadır. %46,9 fazla kilolu, %61'inin ek bir hastalığı mevcut.

En çok şikayet sebebi %49,8 hastada oluşan göğüs ağrısıdır. Hastaların %71,5 hastalığı hakkında daha önce hiç eğitim almamış olmasına rağmen, %55,4 bilgi düzeyini yeterli bulmaktadır. Aynı zamanda hastaların %48,2'si diyet, %44,6'sı düzenli yürüyüş yapıyor. İlaçlarını düzenli kullananların oranı %68,9 olup aynı zamanda %59,0 doktor kontrolüne gelip tetkiklerini yaptırmakta olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların SAÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması  $47,37 \pm 5,77$  (35-61 aralığında) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi ( $11,33 \pm 2,44$ ) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik ( $10,84 \pm 3,22$ ) olduğu görülmüştür. Katılımcıların SYBDÖ'nden aldıkları puan ortalaması  $131,36 \pm 26,71$  (63-198 aralığında) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun manevi gelişim ( $26,04 \pm 6,26$ ) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun fiziksel aktivite ( $15,84 \pm 5,38$ ) olduğu görülmüştür.

Katılımcıların SAÖ'de yer alan ifadelere verdikleri yanıtların dağılımına incelendiğinde sağlık algısına katkı verme anlamında en fazla oranda olumlu yanıtladıkları alt boyut sağlığın önemine dair şu üç ifadedir ; 'Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir' ifadesini katılımcıların %44,6'sının katılıyor, ' Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım' ifadesini, %34,1'inin kesinlikle katılıyor, 'Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır' ifadesine, %47,9'unun katılıyor şeklinde cevaplandıkları görülmektedir.

Sağlık algısına katkı vermeme anlamında en fazla oranda olumsuz yanıtladıkları alt boyut kesinliktir bunun ifadeleri ise; 'Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı

kalırım' ifadesini katılımcıların %53,1'inin katılıyorum, "Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapmıyorum" ifadesini ise %50,5'inin katılıyorum şeklinde cevaplamıştır.

Katılımcıların SYBDÖ'deki ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı incelendiğinde ise en olumsuz değerlendikleri alt boyutun fiziksel aktivite olduğu ifadelerle alındığında ise, "Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım" ifadesini, katılımcıların %35,1'inin hiçbir zaman, "Stresimi kontrol etmek için özel yöntemler kullanırım" ifadesine katılımcıların %47,9'unun hiçbir zaman, "Sağlığımı ilgilendiren konulardaki eğitim programlarına katılırım." ifadesini, katılımcıların %47,5'inin hiçbir zaman şeklinde değerlendirmiştir.

Eğitim durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların beden kitle indeksi grupları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ( $p<0,01$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ( $p>0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların düzenli egzersiz yapma durumları ile SAÖ ve SYBDÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grupların SAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ( $p<0,05$ ) ve SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ( $p<0,001$ ) anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde sağlıklı yaşamın devamı için yapılması gerekenler ve bu yönde alışkanlıklarımızın düşük olduğu konusunda ön yargı olduğu yadsınamaz bir durumdur. Özellikle KAH gibi kronik bir hastalık tanısı alan bireylere yaşam tarzı değişiklikleri yönünde gerekli bilgilendirmeler yapılırsa da bu motivasyonun hastayı



hekim kontrolünde tutma ve ilaçlarını düzenli kullanma dışında etkin biçimde yönlendiremediği gerçeği çalışmamızda da elde edilen verilerle desteklenmektedir. Özellikle SYBDÖ skorlarının hem bu parametreler hem yaşam tarzı değişiklikleri hem de alışkanlıklar ile daha uyumlu olduğu saptandı. Dolayısıyla bu ölçeye göre daha düşük puan alan bireylere gerekli zaman ayrılarak sağlıklı yaşamın tüm boyutlarının hayata geçirilmesi konusunda gerekli eğitim ve danışmanlığın yapılması hemşirelik hizmetlerinin kalitesi açısından oldukça önemlidir.



## 9. KAYNAKLAR

1. Kervan Ü, Koç O, Özatik M.A, Bayraktar G, Şener E, Çağlı K, Yekeler İ, Paç M. Türkiye’de ki kalp damar cerrahisi kliniklerinin dağılımı ve hizmetlerinin niteliği. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 19(4):483-489, (2011).
2. Alsén P, Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction. University of Gothenburg Sahlgrenska Academy Institute of Health and Care Science, Doctoral dissertation, Sweden, (Advisor: Assoc.Prof. Lars-Olof Persson). [Elektronik Dergi]. [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/19633/1/gupea\\_2077\\_19633\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/19633/1/gupea_2077_19633_1.pdf), (2009).
3. Şenol V, Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık ile İlişkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, (2006).
4. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004: p: 3-462, (2006).
5. Kültürsoy H, Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma. Ankara: 1-111, 2001.
6. Özcan N, Koroner Kalp Hastalıkları. Ankara: 31-50, 1997.
7. Esin N, Bulbuk S. Koroner Arter Hastalığında Risk Tanılama: Birinci Basamak Uygulama Örneği. Hemşirelik Formu; 4: 40-45, 2005.
8. Ünsar S, Durna Z, Süt N. Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Sağlık Eğitiminde Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Formu; 2: 27-41, 2004.
9. Sisk, RJ, Caregiver burden and health promotion. Int J Nurs Stud 37:3, (2000).
10. Çimen E, Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Egzersiz Yarar/Engel Algılarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, (2010).
11. Patrick, DL, Bergner, M. Measurement of health status in the 1990’s. Annual Review of Public Health 11, 165–183, (1990).

12. ESC Kılavuzları, Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşiv; s. 118-80, 2013.
13. Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 16(2): 78-83, (2011).
14. Ewles L, Simnett I. Promoting Health: A Practical Guide to Health Education. Fifth Edition, Bailliere Tindall, Edinburgh, (2003).
15. Bilir N, Gelecek Yılların Önemli Sağlık Sorunu: Kronik Hastalıklar. Yeni Türkiye, 39: 953-961, (2001).
16. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 9(2):26-34, (2005).
17. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6):409-420, (2007).
18. Zaybak A, Fadıloğlu Ç. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 20 (1): 77-95, (2004).
19. Eski S, Miyokart enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü iç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 1999.
20. Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1: 63-77, 2005.
21. Acaray P, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 1:1-10, 2004.

22. O'Rourke RA, Fuster Vi Alexander RW. Hurst Kalp Hastalıkları El Kitabı. 12. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2012.
23. Libby P, Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. *Circulation*, 104:365-372, 2001.
24. National Institutes of Health NH, Lung, and Blood Institute. Morbidity & Mortality: 2012 Chart Book on Cardiovascular, Lung, and Blood Diseases. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2012.
25. HemingwayH, McCallum A, Shipley M, Manderbacka K, Martikainen P, Keskimaki I. Incidence and prognostic implications of stable angina pectoris among women and men. *JAMA* 295:1404, 2006.
26. ESC Kılavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, s. 62-25, 2012.
27. ESC Kılavuzları, Israrcı ST-segment yükselmesi belirtileri göstermeyen hastalarda Akut Koroner Sendromların (AKS) tedavi kılavuzları. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, s. 118-75, 2011.
28. Eski S, Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 1999.
29. Badır A, Demir Korkmaz F. Koroner Arter Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Karadakovan A, Eti Aslan F, Nobel Tıp Kitabevi, Adana; s:473-507, 2011.
30. Ermiş C, Demir D, ve ark. Antalya Bölgesindeki Koroner Arter Hastalarının Demografik ve Klinik Özellikleri Ve Bu Özelliklerinin Ortalamaları Ele Karşılaştırılması. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 1: 10-13, 2001.
31. Colombo A, Stankovic G. Girişimsel Kardiyoloji. 1.Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri Ltd Şti, 151-160, 2010.

32. Topol EJ. Textbook of Cardiovascular Medicine. 3.Baskı, İstanbul; Güneş Tıp Kitapevi, 2008.
33. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. Van Tıp Dergisi, 18 (3):147-154, 2011.
34. Buğan B, Çelik T. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. Journal Of Clinical And Analytical Medicine, 5(2): 159-63, 2014.
35. Gülel O, Kardiyovasküler Risk Faktörleri. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi, 29: 107-116, 2012.
36. De Smedt D, Clays E, Annemans L, et al. Health Related Quality of Life in Coronary Patients and Its Association with Their Cardiovascular Risk Profile: Results From the EUROASPIRE III Survey. International Journal of Cardiology, 168(2): 898-903, 2012.
37. Abacı A, Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu. Türkiye Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 39(4):1-5, 2011.
38. Cingözbay B, Işılak Z, Tokatlı A, Uzun M. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Editöre Mektup Anadolu Kardiyoloji Dergisi 11:467-71, 2011.
39. De Lorgeril M, Salen P, Martin JL, et al. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: Final report of The Lyon Diet Heart Study. Circulation, 99:779, 1999.
40. Işık S, Delibaşı T, Berker D, Aydın Y, Güler S. Kalp Hastalıklarında Diyabet Yönetimi. Anadolu Kardiyoloji Derneği, 9: 238-4, 2009.
41. Yüksel H, Aterosklerotik Kalp Hastalığından Primer ve Sekonder Korunmada Egzersizin Rolü. Türkiye Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 20:186-192, 1992.

42. Yeşil P, Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2011.
43. Kayar H, Utku S. Çağımızın Hastalığı Obezite Ve Tedavisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(2):1-8, 2013.
44. Onat A, Türkiye’de obezitenin kardiyovasküler hastalıklara etkisi. Türk Kardiyoloji Dern. Aş 31:273-82, 2003.
45. Onat A, Fiziksel etkinlik, metabolik bozukluklardan korunma ve koroner mortalite. In: Onat A, editör. Türk halkının kalp sağlığı. İstanbul: Argos-cortex; S. 140-5, 2007.
46. ESC Kılavuzları, Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin Klavuzu. Türk Kardeiyoloji Derneği Arşivi, s.56-5, 2016.
47. Tamer İ, Dabak R, Tamer G, Orbay E, Sargın M. Güncel Kılavuzlar Işığında Hiperlipidemi. Aile Hekimliği Dergisi, 2008.
48. Marley R.W, Pepin G.M, Bersot T.P, Palaoğlu E, Özer K. Türk Kalp Çalışması’nda Yeni Sonuçlar: Plazma Lipidleri ve Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein Düzeyleri Düşüklüğünde Tedavi İçin Rehber Öneriler. Türkiye Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 30:93-103, 2002.
49. Kaplan N.M. Clinic Hypertension. Tercüme: Canbek E. Klinik Hipertansiyon, Turgut Yayıncılık, İstanbul. s: 1-550, 2003.
50. Qiao S, Ye Q, Dou Y et al. Analysis for hypertension and related risk factors of physical examination population. International Journal of Clinical and Experimental Medicine, 6(9): 785-793, 2013.
51. Irmak Z, Düzöz G.T, Bozyer İ. Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14(2):39-47, 2007.

52. Işık S, Delibaşı T, Berker D, Aydın Y, Güler S. Kalp Hastalıklarında Diyabet Yönetimi. Anadolu Kardiyoloji Derneği, 9: 238-47, 2009.
53. Cebeci F, Kardiyovasküler hastalıklarda depresyonun önlenmesi, saptanması ve tedaviye yönlendirilmesinde hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 19:86-9, 2007.
54. Cebeci F, Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastalara verilen taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin öz-bakım gücüne, anksiyete ve depresyon durumuna etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2004.
55. Zaman MJ, Patel A, Jan S, Et Al. Socio-Economic Distribution of Cardiovascular Risk Factors and Knowledge in Rural India. International Journal of Epidemiology, 41:1302–1314, 2012.
56. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. DEUHYO ED, 2 (4), 145- 154, 2009.
57. Uzun M, Kardiyak Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi ve Egzersiz. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 7:298-304, 2007.
58. Mampuya WM. Cardiac Rehabilitation Past, Present And Future: An Overview. Cardiovasc Diagn Ther, 2(1):38-49, 2012.
59. Yıldırım A, Postmenopozal Hormon Replasman (Yerine Koyma) Tedavisi ve Kardiyovasküler Sistem. Türkiye Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 38(1), 2010.
60. Varas-Lorenzo C, Garcia-Rodriguez L, Perez-Gutthann S, Duque-Oliart A. Hormone Replacement Therapy and Incidence of Acute Myocardial Infarction A Population-Based Nested Case-Control Study. Circulation. 101:2572-2578, 2000.
61. Yüksel H, Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalıklarda Primer ve Sekonder Korunma. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 77-88, 2006.

62. Fox K, Garcia MAA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, Daly C, et al. Kararlı Angina Pektoris Tedavi Kılavuzu. *European Heart Journal*, 27:1341-1381, 2006.
63. Doğan A, Kozan Ö, Tüzün N. Stent-İçi Restenozun Fizyopatolojisi ve Tedavisi. *Türkiye Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 33(2):115-125, 2005.
64. Özdemir Ö, Demir AD, Kütük E. Perkutan Koroner Anjioplasti Sonrası Gelişen Restenozun ve Restenoza Etki Eden Faktörlerin Tedavisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 30(11):710–719, 2002.
65. Van de Werf F, Adrissino D, Betriu A, et al. Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting With ST-Segment Elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 2012.
66. Özmen F, Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*, 2(1):1-5, 2009.
67. Özdemir Ö, Demir A.D., Kütük E. Perkütan koroner anjioplasti sonrası gelişen restenozun ve restenoza etki eden faktörlerin tedavisi. *Türk Kardiyoloji Dern. Arş*, 30(11):710–718, 2002.
68. Binicier N.A. Çalışan Kalpte Yapılan Koroner Baypas Cerrahisi ile Kardiyopulmoner Baypas Altında Yapılan Koroner Arter Baypas Cerrahisinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Karşılaştırılması. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2013.
69. Aksakal E, Sevimli S. Başarılı primer perkütan transluminal koroner anjiyoplasti uygulanan akut miyokard infarktöslü hastalarda 1. ay sonu ejeksiyon fraksiyonu ile korele olan erken dönem parametreler. *AÜTD*, (37):25–30, 2005.
70. Tansı T, Koroner Arter Bypass Yapılan Hastalarda Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyi İlişkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul, 2009.



71. Yıldırım N, Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2001.
72. Ergene T, Koroner Arter Bypass Cerrahisi Geçiren ve Post-Operatif Kardiyopulmoner Fizyoterapi Uygulanan Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Karşılaştırılması. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
73. Bahar Z, Beşer A, Özbıçakçı Ş, Haney MÖ. Health Promotion Behaviors of Turkish Women. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6 (1): 9-16, 2013.
74. Ermiş C, Demir I, Semiz E, Yalçinkaya S ve ark. Demographic and clinical features of coronary artery patients in the district of Antalya and comparison of them with Turkey's averages. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 1:10-3, 2001.
75. Hindistan S, Nural N. Miyokard infarktüsü Geçiren Bireylerde Cinsiyete Yönelik Girişimler ve Risk Faktörleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(11), 2009.
76. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Association, 288:321-333, 2002.
77. Hindistan S, Nural N. Miyokard infarktüsü Geçiren Bireylerde Cinsiyete Yönelik Girişimler ve Risk Faktörleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(11), 2009.
78. Onat A, Yüksel, M, Köroğlu M ,Gümrükçüoğlu A, Aydın M, Çakmak A, Karagöz A, Can G. TEKHARF 2012: Genel Ve Koroner Mortalite İle Metabolik Sendrom Prevalansı Eğilimleri. Türkiye Kardiyoloji Derneği Araştırmaları, 41(5):373-378, 2013.
79. Esin N, Bulbuk S. Koroner Arter Hastalığında Risk Tanılama: Birinci Basamak Uygulama Örneği. Hemşirelik Formu, 4: 40-45, Temmuz-Ağustos 2005.

80. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner Arter Hastalıkları Risk Faktörleri: Primer ve Sekonder Korunmada Hemşirelerin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 3, 2012.
81. Kaya N, Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tanılaması. İçinde: Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Eds: Atabek Aşti T., Karadağ A., Akademi Kitabevleri, İstanbul, s: 137-175, 2013.
82. Erci B, Halk Sağlığı Hemşireliği. Ankara. Göktuğ Basım, 192-201, 2009.
83. Kurçer MA, Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 1:107-13, 2011.
84. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 32(1):47-53, 2012.
85. Walker SN, Hill-Polerecky DM Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
86. Esin MN, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni, 2(45):87-96, 1999.
87. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12(1):1, 2008.
88. Ünsar S, et al. Health-Related Quality of Life In Patiends With Coronary Artery Disease. Journal of Cardiovascular Nursing, Science Drect 501-507, 2007.
89. Kuru N, Piyal B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(3), 2012.

90. Açıkgöz G, Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin, 2014.
91. Gündoğdu AN, Güler G. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik Düzeyleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 18(1): 14-27, 2016.
92. Çepni AS, Kitiş Y. Relationship between healthy lifestyle behaviors and health locus of control and health-specific self-efficacy in university student. Japan Journal of Nursing Science 14: 231-239, 2017.
93. Başarı S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 19-30, 2015.
94. Vural PI, Bakır N. Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(6):36-42, 2015.
95. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11:619- 26, 2011.

## 10. EKLER

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma bir koroner yoğun bakım bölümünde yatarak tedavi gören KAH'lı hastaların sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla halk sağlığı hemşireliği alanında yapılan bir yüksek lisans tezidir. Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından derlenen kişi ve aile bilgileri gizli tutulacaktır. Anketleri, özenle ve sabırla dolduracağınıza inanarak, yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederim. Saygılarımla

Gözde Gür  
İstanbul Medipol Üniversitesi  
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı



## EK-1

### BİRİNCİ BÖLÜM: KİŞİSEL ÖZELLİKLER FORMU

1. Yaşınız : .....
2. Cinsiyetiniz :  Kadın  Erkek
3. Medeni Durumunuz :  Evli  Bekâr
4. Eğitim Düzeyiniz :  Okur- yazar değil  Lise Mezunu  
 İlkokul Mezunu  Üniversite Mezunu
5. Mesleğiniz : .....
6. Yaşadığınız Yer :  Şehir merkezi  İlçe.  Köy
7. Çalışıyor musunuz? :  Aktif  Aktif değil  Emekli
8. Sosyal güvenceniz var mı? :  Evet  Hayır
9. Boyunuz : .....
10. Kilonuz : .....
11. Ek hastalığınız var mı?  Var  Yok
12. Diyabetiniz var mı?  Var  Yok
13. Hipertansiyonunuz var mı?  Var  Yok
14. Kronik böbrek yetmezliğiniz var mı?  Var  Yok
15. Hastalığınızla ilgili eğitim aldınız mı?  Evet  Hayır
16. Hastalığınızla ilgili bilgi düzeyiniz nasıl?  Yeterli  Yetersiz

### İKİNCİ BÖLÜM: YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN OLASI RİSK FAKTÖRLERİ

Aşağıdaki sorularda cevabınıza uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

17. Sigara kullanıyor musunuz?  Hiç kullanmadım  Biraktım  Kullanıyorum
18. Alkol kullanıyor musunuz?  Evet  Hayır
19. KAH'lı birinci derece yakınınız var mı?  Evet  Hayır
20. En çok yaşadığınız şikâyet hangisidir?  Göğüs Ağrısı  Yorgunluk  Çarpıntı  
 Nefes Darlığı  Diğer.....
21. KAH yaşam biçinizi değiştirdi mi?  Evet  Hayır
22. Düzenli tetkik kontrolü yaptırıyor musunuz?  Evet  Hayır
23. Yoğun stres altında mı yaşıyorsunuz?  Evet  Hayır
24. Düzenli doktor kontrolüne gidiyor musunuz?  Hiçbir zaman  Zaman zaman  Her zaman
25. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?  Hiçbir zaman  Zaman zaman  Her zaman
26. Diyet programınıza düzenli uyuyor musunuz?  Hiçbir zaman  Zaman zaman  Her zaman
27. Düzenli yürüyüş yapıyor musunuz?  Hiçbir zaman  Zaman zaman  Her zaman
28. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?  Hiçbir zaman  Zaman zaman  Her zaman

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIK ALGISI ÖLÇEĞİ (EK-2)

Aşağıdaki ifadeler, sizin sağlık algınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Lütfen her bir maddeyi okuyarak size uygun yanıtı kutuların içine (X) işareti koyarak belirtiniz.

		Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Tarafsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Sağlığımı çok düşünürüm.					
2	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.					
3	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olacak olur.					
4	Sağlıklıysam bu Allah'ın bir lütfudur.					
5	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.					
6	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.					
7	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapmıyorum.					
8	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi var ki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.					
9	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.					
10	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.					
11	Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir.					
12	Sağlıklı olmak şans işidir.					
13	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem.					
14	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim.					
15	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.					

**(EK-3)**

	<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ</b>	<b>HİÇBİR ZAMAN</b>	<b>BAZEN</b>	<b>SIK SIK</b>	<b>DÜZENLİ OLARAK</b>
1	Sorun ve endişelerimi bana yakın kişilerle konuşurum.				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolden düşük bir diyet tercih ederim.				
3	Fark ettiğim herhangi bir değişiklik ya da belirtiyi doktoruma veya bir sağlık görevlisine anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı takip ederim.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şeker ve şeker içeren gıdaları kısıtlarım.				
9	Sağlığı geliştirici televizyon programı izler, kitap ve gazete okurum.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım(hızlı yürüme, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
11	Her gün gevşemeye ve rahatlamaya zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün 6 ile 11 porsiyon arasında ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15	Sağlık personelinin önerilerini daha iyi anlamak için sorular sorarım.				
16	Haftada en az 5 kez hafif ve orta düzeyde fiziksel aktivite (örneğin 30-40 dakikalık kesintisiz yürüyüş) yaparım.				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabul ederim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim.				
21	Sağlık bakımı veren kişinin tavsiyeleri ile ilgili kafamda soru olursa, başka bir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve yeterli hissedirim.				
25	Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi, yakınlık gösteririm.				
26	Günde 3-5 porsiyon sebze yerim.				
27	Sağlığım ile ilgili sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az 3 kez kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için özel yöntemler kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli hedeflerime ulaşmak için çalışırım.				
31	Sevdiğim insanlarla kucaklaşıyorum.				
32	Günde 2-3 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu ayda en az bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık bulguları bakımından kontrol ederim.				
34	Günlük hayatımdaki faaliyetlerde egzersiz yapmaya çalışırım.(örneğin; asansör yerine merdiven kullanırım, yemek saatlerinde yürürüm.)				

35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
37	Yakın dostluklar edinmek için çaba harcarım.				
38	Günde 2-3 porsiyon et, balık, tavuk ve yumurta, kuru bakliyat ve kuruyemiş yerim.				
39	Kendime daha iyi nasıl bakacağım konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakikayı gevşemek, rahatlamak için kullanırım.				
42	Yaşamımda benim için neyin önemli olduğunun bilincindeyim.				
43	Sağlık destek kuruluşlarından destek alırım.				
44	Paketlenmiş hazır gıdalardaki besin değeri, yağ ve sodyum oranlarını öğrenmek için içeriklerini okurum.				
45	Sağlığımı ilgilendiren konulardaki eğitim programlarına katılırım.				
46	Egzersiz yaparken hedef kalp hızına ulaşıyorum.				
47	Yorgunluk yaratmaması için ağır ve düzgün adımlarla yürürüm.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49	İnsanlarla olan anlaşmazlıklarımı konuşarak ve uzlaşarak çözerim.				
50	Kahvaltı ederim.				
51	Gereksinimim olduğunda yardım ve danışmanlık alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				



## EK-4 Araştırmanın Yapıldığı Kurumdan Alınan Yazılı İzin



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



E-İmzalıdır

Sayı : 31034136-302.08.01-E.12873  
Konu : Gözde GÜR  
Anket Çalışması

09/08/2016

### MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gözde GÜR'ün, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algılanması ve Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizin, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ  
Müdür

  

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Nesrin EMEKLİ tarafından 09.08.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr> e-imza linkinden F96DA13DXB kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavaçık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavaçık Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı**

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9274  
Konu : Etik Kurulu Kararı

23/06/2016

**Sayın Gözde Gür**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Koronar arter hastalarında sağlığın algılanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 23.06.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden C29C4672X8 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi  
Kavacak Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacak Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner arter hastalarında sağlığın algılanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Gözde Gür			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	22.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	22.06.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 358</b>	<b>Tarih: 22/06/2016</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma

## 12.ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

<b>Adı</b>	Gözde	<b>Soyadı</b>	GÜR
<b>Doğum tarihi</b>	10.09.1992	<b>E-mail</b>	gozdegur66@gmail.com

### Eğitim düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Lisans</b>	İstanbul Medipol Üniversitesi- Hemşirelik	2015
	Anadolu Üniversitesi- Sağlık Kurumları İşletmeciliği	2014
<b>Lise</b>	Körfez Atatürk Anadolu Lisesi	2011

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre(Yıl-Yıl)</b>
Hemşire	Medipol Mega Hastaneler Kompleksi	2015-Devam ediyor

### Yabancı Diller

	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	orta	orta	orta

### Bilgisayar bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
MS Office programları	iyi