



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNE BAŞVURAN KORONER ARTER
HASTALIĞI TANILI BİREYLERİN SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Nilgün KURU

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Birgül PİYAL**

2010- ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNE BAŞVURAN KORONER ARTER
HASTALIĞI TANILI BİREYLERİN SAĞLIK
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Nilgün KURU

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Birgül PİYAL**

2010- ANKARA

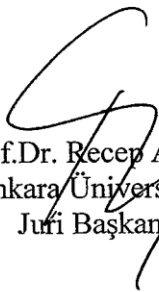
KABUL VE ONAY SAYFASI

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 24/01/2011



Prof. Dr. Recep Akdur
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Birgül Piyal
Ankara Üniversitesi
Danışman


Prof. Dr. Meltem Çöl
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Metin Hasde
Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Yrd. Doç. Dr. Esin Ocaktan
Ankara Üniversitesi



ÖNSÖZ

Bu çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran Koroner Arter Hastalığı (KAH) tanılı bireylerin sağlığın geliştirilmesine yönelik davranışlarının mevcut durumunu tanımlamak, sağlık davranışlarını etkileyebilecek bireysel özelliklerini ve sağlık denetim odağı algılma düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

KAH tüm dünyada, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbiditenin en sık nedenidir. KAH'ın yaşam süresi ve kalitesine olan olumsuz etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam biçimini değiştirmeye yönelik koruyucu programların önemi daha iyi anlaşılacaktır.

KAH tanılı bireyde yaşam kalitesinin yükseltilmesi; davranış değişikliği başlatılması, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, hastaların değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemi ve bunları etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalığa uyum sağlaması ve yaşam biçiminde değişiklikler yapması, planlanan bakıma katılması ve iş birliği ile mümkün olacaktır.

Araştırmamın her aşamasında destekleyen ve her konuda manevi yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Doç.Dr. Birgül PİYAL'e, yüksek lisans eğitimim boyunca deneyim ve bilgileriyle her zaman yol gösteren Ankara Üniversitesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi Halk Sağlığı Anabilim Dalı hocalarına, çalışmam sırasında gösterdikleri duyarlılıktan dolayı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kardiyoloji Kliniği hemşire ve asistanlarına, çalışma sürecimde hep yanımda olan ve eğitimim konusunda beni motive eden sevgili kardeşlerim Nilüfer Kuru ve Onur Kuru'ya, yaşamımda her koşulda beni destekleyen anne-babama ve biricik ablam Duygu Işık'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Kalp ve Damar Hastalıkları	2
1.2. Epidemiyoloji	2
1.3. Koroner Arter Hastalığı	3
1.3.1. Kararlı (Stabil) Angina Pectoris	4
1.3.1.1. Etiyoloji	4
1.3.1.2. Tanı	5
1.3.1.3. Tedavi	5
1.3.1.4. Hemşirelik Bakımı	6
1.3.2. Miyokard İnfarktüsü	6
1.3.2.1. Etiyoloji	6
1.3.2.2. Tanı	7
1.3.2.3. Tedavi	7
1.3.2.4. Hemşirelik Bakımı	8
1.4. Koroner Arter Hastalarında Risk Etmenlerinin Değerlendirilmesi	8
1.4.1. Kontrol Edilebilir Risk Etmenleri	9
1.4.2. Kontrol Edilemez Risk Etmenleri	10
1.5. Koroner Arter Hastalarında Tedavi Yöntemleri	11
1.6. Toplum Tabanlı Korunma Programları	12
1.7. Toplumda Koroner Arter Hastalığının Önlenmesi	13
1.7.1. Yatan Hasta Hizmetlerinin Geliştirilmesi	15
1.8. Kardiyak Esenlendirme	16
1.8.1. Kardiyak Esenlendirme Programının Amacı	16
1.8.2. Kardiyak Esenlendirme Ekibi	17
1.8.3. Kardiyak Esenlendirme Programı Aşamaları Fazları	17
1.9. Koroner Arter Hastalığında Sağlık Davranışları ve Hemşirelik	18

1.10. Sağlık Davranışları	19
1.10.1. Sağlıkla ilişkili Risk-Alma Davranışlarından Sorumlu Belirleyiciler	20
1.10.2. Davranış Değiştirmede Belirleyiciler	21
1.11. Sağlık Davranışları ve Bireysel Farklılıklar	22
1.11.1. Öz Yetkinlik	22
1.11.2. Sağlık Denetim Odağı	23
1.11.3. Sorumluluk Algısı	24
1.12. Sağlık Davranış Modelleri	25
1.13. Sağlığı Geliştirme	26
2. GEREÇ VE YÖNTEM	29
2.1. Araştırmanın Tipi	29
2.2. Araştırmanın Yeri	29
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
2.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	30
2.4.1. Bağımlı Değişkenler	30
2.4.2. Bağımsız Değişkenler	31
2.5. Araştırmanın Hipotezleri	32
2.6. Veri Toplama Araçları	34
2.6.1. Kişisel Bilgi Formu	34
2.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	34
2.6.3. Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği	37
2.6.4. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği	38
2.7. Araştırmanın Etiği	39
2.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	39
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	39
3. BULGULAR	41
4. TARTIŞMA	59
4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Değerlendirilmesi	59
4.2. Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Ait Bulguların Değerlendirilmesi	61
4.3. Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi	65
4.4. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeğinden Alınan Puanların Değerlendirilmesi	67
5. SONUÇ ve ÖNERİLER	69

ÖZET	72
SUMMARY	74
KAYNAKLAR	76
EKLER	84
Ek-1. Araştırma İçin Gerekli Olan İzin Belgeleri	
Ek-2. Veri Toplama Formu	
Ek-3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	
Ek-4. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği	
Ek-5. Sağlık Denetim Odağı Ölçeği	
ÖZGEÇMİŞ	92

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHA	: American Heart Association/ Amerikan Kalp Derneği
AMI	: Akut Miyokard İnfarktüsü
BAK	: Balçova'nın Kalbi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CHAD	: Community Syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes/ Toplumun Hipertansiyon, Ateroskleroz ve Diyabet Sendromu Programı
CINDI	: Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases İntervention/ Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Karşı Ülke Çapında Entegre Müdahale
cm	: Santimetre
ÇYSDOÖ	: Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
GATA AEAH	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
HDL	: High-Density Lipoprotein Cholesterol
KDH	: Kalp ve Damar Hastalıkları
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
kg	: Kilogram
LDL	: Low-Density Lipoprotein Cholesterol
MI	: Miyokard İnfarktüsü
PATCH	: The Planned Approach to Community Health / Toplum Sağlığı İçin Planlanmış Yaklaşım
PTCA	: Perkutan Transluminal Koroner Anjioplasti
SDAÖ	: Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı

TKD : Türk Kardiyoloji Derneği
TSK : Türk Silahlı Kuvvetleri
WHO : World Health Organization

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Akut Koroner Sendromların Sınıflandırılması	4
Çizelge 1.2.	Koroner arter hastalıklarında Risk Etmenleri	8
Çizelge 1.3.	Kardiyak Esenlendirme Programı Fazları	18
Çizelge 2.1.	SYBDÖ ve Alt Ölçekleri En Düşük ve En Yüksek Puanları	35
Çizelge 2.2.	ÇYSDOÖ ve Alt Ölçekleri En Düşük ve En Yüksek Puanları	37
Çizelge 3.1.	Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	42
Çizelge 3.2.	Çalışma Grubunun KAH İle İlgili Özellikleri	43
Çizelge 3.3.	Çalışma Grubunu Oluşturanlardan KAH Dışında Kronik Hastalığı Olanların Hastalıkları	43
Çizelge 3.4.	Çalışma Grubunun Rutin Kontrol Durumları İle İlgili Özellikleri	44
Çizelge 3.5.	Çalışma Grubuna Diyet Önerilme Durumu	44
Çizelge 3.6.	Çalışma Grubunun Sigara Kullanımına İlişkin Özellikleri	45
Çizelge 3.7.	Çalışma Grubundan Halen Sigara İçenlerin Özellikleri	45
Çizelge 3.8.	Çalışma Grubundan Sigara Kullanmayı Azaltanların ve İçip Bırakanların Azaltma-Bırakmaya İlişkin Durumları	46
Çizelge 3.9.	Çalışma Grubunu Oluşturanların Alkol Kullanımına İlişkin Özellikleri	47
Çizelge 3.10.	Çalışma Grubunu Oluşturanların KAH ile İlgili Eğitim Alma Durumları	47
Çizelge 3.11.	Çalışma Grubunu Bilgilendiren Ekip Üyesi	48
Çizelge 3.12.	Çalışma Grubunu Oluşturan Kadınlar Arasında Menopoz Sonrası KAH'a Yönelik ek Korunma Önlemi Alma Durumu	48
Çizelge 3.13.	Çalışma Grubunun Antropometrik Özellikleri	49
Çizelge 3.14.	Çalışma Grubunun İlaç Kullanımı İle İlgili Özellikleri	50
Çizelge 3.15.	Çalışma Grubunun SYBD Puan Ortalamalarının Dağılımı	51

Çizelge 3.16.	Çalışma Grubunun SYBDAlt Ölçekleri Puan Ortalamaları Dağılımı	53
Çizelge 3.17.	Çalışma Grubunun ÇYSDO Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	54
Çizelge 3.18.	Çalışma Grubunun ÇYSDO Ölçeği Alt Puan Ortalamalarının Dağılımı	56
Çizelge 3.19.	Çalışma Grubunun SDA Puan Ortalama Puanları	57
Çizelge 3.20.	Çalışma Grubunun SDA Puan Ortalama Dağılımı	58

1. GİRİŞ

Yirminci yüzyılda gelir dağılımı dengesi en bozuk ülkeler de dahil beslenme alışkanlıklarının değişmesi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü gibi etkenler beklenen yaşam süresinin uzamasına neden olmuştur. Yaşam süresinin uzaması istenen bir şey olmakla birlikte, paralelinde bulaşıcı olmayan hastalıkların görülme sıklığında artış meydana gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008). Yaşlı nüfusun çocuk nüfusa oranla artış içinde olması, toplumdaki sağlık sorunlarının çocukluk çağı hastalıklarından yaşlı nüfusta görülen kronik hastalıklara doğru kaymasına yol açmıştır (Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri). Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (Akdemir ve Birol, 2005). Kronik hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünde kalp ve damar hastalıklarının (KDH) payı önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2008). KDH'dan ölümlerin % 20 kadarı serebrovasküler olaylardan kaynaklanırken % 50'si koroner arter hastalığından (KAH) kaynaklanmaktadır (Yardım, 2008).

KAH gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de gerek morbidite gerekse mortalitenin en önemli nedenidir (Yalçın ve ark., 2006). Bu nedenle KAH'ın yaşam süresi ve kalitesine olan olumsuz etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam biçimini değiştirmeye yönelik koruyucu programların önemi daha iyi anlaşılacaktır (Ünal, 2006).

KAH'dan korunmada ve KAH gelişmiş kişilerde yaşam biçimiyle ilgili davranışlar hem prognoz hem de yaşam kalitesi açısından önemli katkılar sağlar. Çalışmanın, kısa dönemli amacı, GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı bireyler özelinde sağlığın geliştirilmesine yönelik davranışları tanımlamak, sağlık davranışlarını etkileyebilecek bireysel özelliklerini ve sağlık denetim odağı ve algılama düzeylerini belirlemektir.

Bu alanda yürütülen araştırmalar arttığı halde ölkemizde farklı toplum gruplarının sağlık davranışlarına ilişkin bilgiler son zamanlarda yapılan çalışmalarla sınırlıdır. Ulaşılan yeni bulgular ulusal bilgi kaynaklarını zenginleştirecektir.

1.1. Kalp ve Damar Hastalıkları

Kalp ve damar hastalıkları; Koroner arter hastalığı, serebrovasköler hastalıklar, hipertansiyon, periferik arter hastalığı, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, kalp yetmezliği ve kardiyomiyopatilerdir. Kalp ve damar hastalıkları, küresel ölçekte bir numaralı ölüm sebebidir. Uzun süre başı çeken ölüm sebebi olarak devam edeceği tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

1.2. Epidemiyoloji

KAH gelişmiş ölkelerde olduğu gibi ölkemizde de gerek morbidite gerekse mortalitenin en önemli nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'n deki kadın ve erkeklerin her ikisinde de tek başına en büyük morbidite nedenidir (Charles, 1998; Heart Disease and Stroke Statistics, 2006; Joseph, 2008; Carl ve ark., 2005).

Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA) KAH hakkında yıllık olarak istatistiksel bir rapor yayınlamaktadır. Günümüzdeki bilgiler 2009 yılında ABD'de 16,8 milyondan fazla KAH olgusu olduğunu göstermektedir. KAH'a bağlı ölüm veya miyokard infarktüs (MI) insidansı yıllık olarak yaklaşık 1,2 milyon olgudur. Bunlardan 700 bini ilk olay ve 500 bini tekrarlayan ataktır (AHA, 2010; Mitka, 2004). Uluslararası bir perspektiften ele alındığında ABD'deki KAH oranları Doğu Asya ölkelerindeki oranlardan daha yüksek, Batı Avrupa'nın bazı ölkelerindeki oranlardan daha düşüktür (Charles, 1998; Heart Disease and Stroke Statistics, 2006; Joseph, 2008; Tyroler, 2000).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından 1990 yılından bu yana yürütölen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı (TEKHARF) alışmasının

10 yıllık izlem verilerine göre Türkiye’de yaklaşık 2 milyon koroner kalp hastasının bulunduğu ve yılda 160 bin kişinin koroner kalp hastalığından öldüğü tahmin edilmektedir. Koroner kalp hastalığının ülkemizde yıllık mortalitesi erkeklerde binde 5,1 kadında ise 3,3’tür. Bu sayılar ülkemizi Avrupa ülkelerinde en yüksek sıralara oturtmaktadır (Onat, 2009).

TEKHARF çalışmasında 2006 yılına kadar bütün ölümlerin bölgelere dağılımında, cinsiyet farkı gözetmeme koşuluyla, Karadeniz ve Doğu Anadolu bölgelerinde binde 13 ila 14 ile en yüksek, Güneydoğu Anadolu’da binde 9,3 ile en düşük mortalite saptanmıştır. Karadeniz ve Doğu Anadolu bölgeleri yılda binde 5’in üstünde oranlarla yüksek koroner mortalite, Güneydoğu Anadolu ise yılda binde 3’ün altındaki oranla düşük koroner mortalite sergileyen bölgelerimizdir (Onat, 2009; Onat ve ark., 2006).

Genel olarak genç bir nüfus yapısına sahip olmamıza karşın, ülkemizdeki KAH mortalitesinin yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek olması özellikle gelecek için kaygı vericidir. Bu tablo bu şekilde devam ettiği sürece KAH’ı olan birey sayısının yıllar boyunca katlanarak artacağı tahmin edilmektedir (Kültürsay, 2001).

1.3. Koroner Arter Hastalığı

Koroner kalp hastaları kliniğe akut veya kronik tablolar olarak başvurabilir. Akut koroner sendromlar: ST yükselmesi olan MI, ST yükselmesiz MI (non-STMI), kararsız (unstable) angina pectoris, akut, ani iskemik kardiyak ölüm şeklinde görülebilir. Kronik iskemik olaylar ise kısmen daha stabildir. Sessiz miyokard iskemisi, stabil angina pectoris, kronik kalp yetmezliği, varyant angina pectoris, kardiyak aritmiler olarak görülebilir (Akıllı, 2006).

KAH’ın etiyolojik nedenleri arasında vazospazm, vaskülit, emboli, diseksiyon, konjenital çıkış anomalisi, kapak hastalıkları olmakla birlikte % 85’i aterosklerozla ilişkilidir (Yalçın ve ark., 2006; Sydell ve Miller, 2009).

Çizelge 1.1. Akut Koroner Sendromların Sınıflandırılması

Unstabil Angina	
	Yeni başlayan egzersiz anginası Progresif angina EKG değişikliği olmayan istirahat anginası EKG değişikliği olan istirahat anginası İlımlı troponin yükselmesi + istirahat anginası
Akut ST Segment Yükselmesiz Miyokard Infarktüsü	
	Q dalgasız Q dalgalı
Akut ST Segment Yükselmeli Miyokard İnfraktüsü	
	Q dalgasız Q dalgalı

1.3.1. Kararlı (Stabil) Angina Pectoris

Kararlı angina, tipik olarak efor veya duygusal stresle ortaya çıkar. İstirahat ya da nitrogliserinle geçen, göğüs, çene, omuz, sırt ya da kollarda ağrı hissedilen bir klinik sendromdur (TKD, 2007).

1.3.1.1. Etiyoloji

Anjina pektoris neden olan klinik etmenler şöyle tanımlanabilir:

a) Miyokardın oksijenlenmesinin azalması

- Ateroskleroz en çok bilinen nedenidir.
- Arterial spazm ve refleks olarak daralma, soğuk, stres ve sigara nedeniyle spazm gelişebilmektedir.
- Koroner arteritis: Enfeksiyon ve otoimmün hastalıklar nedeniyle görülür.
- Hipertansiyon: Antihipertansif ilaçlar, kan kaybı gibi nedenlerle miyokardın kanlanması azalır.

- Aort stenozu ve darlığı nedeniyle koronerlerin dolması azalır.
- Anemi ve hipoksi sonucu miyokardın beslenmesi yetersiz olur.
- Polisitemi: Kanın viskozitesi arttığı için koronerlerde kanın akışı yavaşlar.

b) Kardiyak outputun artması

- Egzersiz, duygusal nedenler, fazla yemek yeme, anemi ve hipertiroidizm nedeniyle kardiyak output artmaktadır.

c) Miyokardın oksijen gereksiniminin artması

- Aort stenozu, yetmezliği ve diyastolik hipertansiyon, tirotoksikoz, büyük duygusal değişiklikler ve egzersiz miyokardın oksijen gereksinimini artırır (Yalçın ve ark., 2006; TKD, 2007).

1.3.1.2. Tanı

Tanı genellikle öykü ile konur. Ağrının özelliklerini bilmek çoğunlukla tanı için yeterlidir. Laboratuvar testleri (tam kan sayımı, kardiyak enzimler, koagülasyon testleri, serum lipitleri, serum elektrolitleri, kan-üre-nitrojen), radyografik yöntemler (göğüs filmi, fluoroskopi, kalp kateterizasyonu, anjiyokardiyografi), grafik yöntemler [elektrokardiyografi (EKG), holter monitörü, eforlu EKG] ile tanı kesinleştirilir (Joseph ve ark., 2008; Oto, 2003).

1.3.1.3. Tedavi

Anjina pektoris vakalarında yatak istirahati ve antikoagülan tedavi gereklidir. Ancak aşırı fiziksel aktivite kısıtlaması, hemen hastayı görevinden ayırma gibi aşırı önlemler almayı gerektirmez. Hastalığın kontrol altına alınabilmesi için koroner vazodilatör ilaçlar kullanılır (Birol ve Akdemir, 2004).

1.3.1.4. Hemşirelik Bakımı

KAH'ın tedavisinde verilecek olan hemşirelik bakımları şunları kapsamaktadır.

Hemşirelik bakımının amaçları:

- a) Göğüs ağrısının erken tanınması,
- b) Ağrı kontrolü,
- c) Sakin bir ortamın sürdürülmesi,
- d) Hasta ve aile eğitimidir (Bırol ve Akdemir, 2004).

1.3.2. Miyokard İnfarktüsü

Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) ciddi morbidite ve mortalite sonuçları ile yaygın bir sağlık sorunudur. Miyokard infarktüsü genel olarak miyokardın belirli bir bölgesine gelen kan akımının ya tamamen kesilmesi ya da ileri derecede azalmasına yol açabilir. Koroner arter tıkanması ya da hasta bir koroner arterin uzun süren spazmı sonunda gelişen bir hastalıktır (Oto, 2003).

1.3.2.1.Etiyolojisi

AMI uzun süreli iskeminin yarattığı miyokardiyal nekroz ile oluşur. Daha az rastlanan nedenler ise:

- Kapiller hemorajilerin tromboz oluşumuna ve tam ya da yarım tıkanıklığa neden olması,
- Konjestif kalp yetmezliği ve hipertansiyon nedeniyle kalp kasının oksijen gereksiniminin artması, koroner arterlerde emboli oluşması,
- Geçici olarak koroner kan akımının azalması,

- Spontan koroner arter diseksiyonları,
- Kokain kullanımı,
- Ciddi emosyonel stresin oluşturduğu spazm,
- Değişik alerjik durumlar,
- Derin hipoksemi,
- Orak hücre krizi,
- Karbonmonoksit zehirlenmeleri,
- Ameliyatlar ya da travmatik şok,
- Gastrointestinal kanama,
- Ciddi dehidratasyon ve hipotansiyon gelişmesi sayılabilir (Çetin, 2004; TKD, 2007).

1.3.2.2. Tanı

MI'da tanı tipik olarak göğüs ağrısı, elektrokardiyografik değişiklikler ve artmış plazma enzim aktivitesine bağlı olarak konur. Her ne kadar % 20-25 olguda AMI göğüs ağrısız olsa da, göğüs ağrısı en sık rastlanan semptomdur. Hastaların tıbbi tedavi aramasının başlıca nedendir (Fuster ve ark., 2002).

1.3.2.3. Tedavi

Tedavideki amaç iskemik nekrozun önlenmesi, durdurulması ya da geç gelen hastalarda hayatın uzatılması ve komplikasyonların zamanında tedavi edilmesidir. Koroner tıkanıklığına bağlı iskemi ne kadar uzun sürerse kalp kasında hasar o kadar fazla olur. Bu nedenle tıkanan damarın, iskemik nekroz alanı genişlemeden açılması, mortalite ve komplikasyonlarda azalma, sonuçta yaşam süresinde de anlamlı bir uzama sağlar (Dilek, 2008).

1.3.2.4. Hemşirelik Bakımı

MI geçiren hasta yoğun bakım ünitesine kabul edilir. Hastanın tedavi sürecindeki hemşirelik bakımının amaçları:

1. Hastanın sürekli değerlendirilmesi
2. Anginal ağrının kontrolü,
3. Miyokardın oksijen gereksiniminin karşılanması ve en uygun kalp debisinin sağlanması,
4. Komplikasyonların önlenmesi,
5. Hasta / aile eğitimidir (Dilek, 2008).

1.4. Koroner Arter Hastalıklarında Risk Etmenlerinin Değerlendirilmesi

KAH, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkinlerde başta gelen mortalite ve morbilite nedenidir. KAH'dan korunmada bireylerdeki risk etmenlerinin her biri göz önüne alınmalıdır. KAH'da risk etmenleri kontrol edilebilir ve kontrol edilemez risk etmenleri olarak iki gruba ayrılır. Bu risk etmenleri tablo 2'de gösterilmiştir (Chamblessa ve ark., 2003; Wilma ve ark., 2006; Koldaş, 2008).

Çizelge 1.2. Risk Etmenleri

Kontrol Edilemez Etmenler	Kontrol Edilebilir Etmenler
Yaş	Sigara ve Alkol Kullanımı
Cinsiyet	Hipertansiyon
İrk	Dislipidemi
Aile Öyküsü	Obezite
	Diyabet
	Sedanter Yaşam
	Mental Stres
	Oral Kontraseptif Kullanımı

1.4.1. Kontrol Edilebilir Risk Etmenleri

Hipertansiyon: Hipertansiyon KAH için bilinen en önemli risk etmenlerinden biridir. Framingham çalışmasına göre hipertansif hastalarda normotensif olanlara göre konjestif kalp yetmezliği 6 kat, KAH 4 kat ve periferik arter hastalığı riski de iki kat fazladır. Erkek ve kadınlarda ciddi KAH gelişme riski her 10 mmHg yükselme için yaklaşık % 30 artmaktadır (Dilek, 2008; Koldaş, 2008; Kaplan, 2001). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nın verilerine göre, 2003 yılı itibarıyla ülkemizde 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon görülme sıklığı % 31,8'dir. Bu oranın kadınlarda % 36,1, erkeklerde ise % 27,5'i olduğu dikkat çekmektedir. Hipertansiyon sıklığı, yaşla birlikte artış göstermekte ve 40-79 yaş arasındaki her yaş grubunda kadınlarda, hipertansiyon erkeklere kıyasla daha sık görülmektedir (Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri; Altun ve ark., 2003).

Dislipidemi: Yüksek trigliserid düzeyi, düşük HDL kolesterol ve yüksek LDL kolesterol KAH için bağımsız risk etmenidir. Özellikle de hiperkolesterolemi, ABD'deki ölümlerin en önde gelen nedeni olan KAH için en önemli değiştirilebilir risk etmenidir (Carl ve ark., 2005; Kültürsay, 2001; WHO 2007).

Obezite: Hipertansiyon ve diyabet prevalansını artırma aracılığının dışında, kardiyovasküler morbiditeye de bağımsız biçimde etkisi olduğu anlaşılmıştır. Kardiyovasküler bir risk etmeni olan obezite prevalansının Türk kadınlarında yüksek, iki cinsiyette de artmakta olması bu risk etmeninin toplumdaki önemini vurgulamaktadır (Altun ve ark., 2003; Onat ve Sansoy, 2009; İslamoğlu ve ark., 2008).

Diyabet: Diyabetli hastaların kardiyovasküler atak geçirme riski diyabetik olmayanlara göre beş kat artmıştır. Diyabetik hastalardaki ölümlerin yaklaşık 3/4'ü KAH sonucunda olmaktadır (Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri). Diyabet, özellikle kadınlarda kuvvetli kardiyovasküler risk etmeni olup aterosklerotik hastalığa karşı kadın cinsiyetin koruyuculuğunu belirgin olarak azaltır (Demirtaş, 2000; Onat, 2009).

Yaşam Biçimi: Stres, yanlış ve olumsuz beslenme alışkanlıkları, egzersizlerin yer almadığı hareketsiz bir yaşam ve A tipi kişilik özelliğine sahip olma, KAH için risk etmenidir (Arslan, 2009; Orth-Gomér, 2007; Meir ve ark., 2000; Rijken 2005).

Sigara Kullanımı: Sigara içimi sağlıklı erkeklerde gelecekte fatal ve fatal olmayan KAH'ı net bir şekilde artırmaktadır. Günde bir paket sigara kullanan insanlarda MI görülme sıklığı, kardiyovasküler hastalık nedeniyle ölüm veya kardiyovasküler komplikasyonların görülmesi açısından sigara kullanmayan insanlara göre iki kat artar (Onat, 2009; Aydın, 2006).

Alkol Kullanımı: Ağır alkol alımı çeşitli nedenlere bağlı olarak artmış ölüm riski ile birlikte büyük bir halk sağlığı sorunudur. Bununla birlikte çalışmalar hafif ve orta dereceli alkol tüketiminin alkol almayanlar ile karşılaştırıldığında azalmış KAH oranları ile beraber olduğunu göstermektedir (Fuster ve ark., 2002). Kardiyovasküler risk azaltılmasında beyaz şarap, kırmızı şarap, bira ve likör için yararlı etkilerin olması alınan alkolün tipinden çok alınan alkolün miktarıyla ilgilidir (Onat, 2009; Fuster ve ark., 2002).

Oral Kontraseptif Kullanımı: Menopoz öncesi dönemde KAH insidansı kadınlarda daha düşüktür. Menopoz sonrasında LDL-kolesterolde artma, HDL-kolesterolde azalma, glukoz intoleransında artma meydana gelmektedir. Günümüz verileri ışığında kardiyovasküler korunmada postmenopozal hormon replasman tedavisi önerilmemektedir (Erol, 2007).

1.4.2. Kontrol Edilemez Risk Etmenleri

Yaş: İskemik kalp hastalıkları yaş ilerledikçe artmakta ve erkeklerde kadınlardan daha fazla görülmektedir. Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşın üzerinde olmak KAH için bir risk etmenidir (Özyurda, 2008; Berry ve ark., 2007).

Cinsiyet: Kadınlara göre düzeltilmiş KAH riski, erkeklerin yaklaşık 1/3'ü kadardır. Yetmişbeş yaşından sonra kadınlardaki KAH oranı erkeklerinkini yakalar ama daha

genç erkekler, kadınlarla karşılaştırıldığında anlamlı şekilde daha yüksek risk altındadır (Melikoğlu, 2008).

Kalıtım: Ailede veya 1.derecede akrabalarından erkek olanlarda 55 yaşın, kadınlarda 65 yaşın altında KAH bulunması major risk etmeni olarak kabul edilmektedir. Ailesinde erken aterosklerotik kalp hastalığı öyküsü bulunan kişilerde erken ateroskleroz riski 12 kat artmaktadır (Melikoğlu, 2008).

1.5. Koroner Arter Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri

Tedavideki amaç kalpteki hasarın yani iskemik nekrozun önlenmesi, durdurulması ya da geç gelen hastalarda hayatın uzatılması ve komplikasyonların zamanında tedavi edilmesidir (TKD, 2002).

1. Tıbbi tedavi,
2. Kalp kateterizasyonu ve anjiokardiyografi,
3. PTCA (perkutan transluminal koroner anjioplasti) + Stent,
4. By-Pass (koroner arter bypass greft)'tir (TKD, 2002).

Tıbbi Tedavi: Tıbbi tedavinin amacı belirtileri gidererek yaşam biçimini artırma, MI ve ölümleri engelleyerek yaşam süresini uzatma olmalıdır. Yaşam biçimi değişiklikleri ve bazı ilaçlar her iki amaca da hizmet eder (TKD, 2002).

Koroner Anjiyografi: Koroner arter darlığının anatomik önemini göstermede en güvenilir yöntemdir. Buna rağmen otopsi, intrakoroner ultrason çalışmaları ve anjiyografi ile darlığın bazen olduğundan daha az olarak değerlendirilebileceği gösterilmiştir (TKD, 2002).

PTCA: Koroner kalp hastalığının tanısında ve tedavisinde çok yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Dilek, 2008).

Koroner Bypass: Cerrahinin potansiyel hedefleri, iskemiye engellemek, anginal belirtileri geçirmek, yaşam süresini uzatmak, gelişebilecek MI'ya engel olmak, sol ventrikül fonksiyonlarını korumak ve kişinin egzersiz toleransını artırmak olarak özetlenebilir (TKD, 2002).

1.6. Toplum Tabanlı Korunma Programları

Toplum tabanlı korunma programları 1970'li yılların başında ABD'de gündeme gelmiştir. Programların amacı, kardiyovasküler risk etmenlerini ortadan kaldırmak ve hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmaktır. Toplum tabanlı korunma programlarının üç aşamada geliştiğini görülmektedir. Birinci aşama toplum tabanlı korunma programlarının amacı tüm toplumu hedef alan, bireylerde uygun davranış değişikliği oluşturmayı amaçlayan çoklu müdahaleleri kapsayan uygulamalardan oluşmaktaydı. Başlangıç çalışmalarına İsrail'de Toplumun Hipertansiyon, Ateroskleroz ve Diyabet Sendromu Programı (CHAD: Community Syndrome of Hypertension, Atherosclerosis and Diabetes), Finlandiya'da Kuzey Karelia Projesi ve Kaliforniya'da Stanford Üç Toplum çalışması örnek olarak verilebilir (Metintaş ve Arıkan, 2008). Finlandiya'da Kuzey Karelia Projesiyle 25 yılı geçen sürede risk etmenlerinde büyük değişiklikler olmuş, toplumda ortalama serum kolesterolü düşmüş, yüksek kan basıncı kontrol altına alınmış, fizik aktivite artmıştır. Buna bağlı olarak koroner kalp hastalığı mortalitesi %73 oranda, tüm nedenlere bağlı mortalite ise %45 oranda azalmıştır (Çöl, 2008). Kuzey Kaliforniya'da 1972-1975 tarihleri arasında 'Stanford Üç Toplum Projesi' yapıldı. Proje iki uygulama ve bir kontrol bölgesinde etkili büyük medya kampanyaları ile yüksek riskli kişilerde risk etmenlerinin kontrolüne odaklandı (Metintaş ve Arıkan, 2008).

İkinci kuşak projelerin ortak noktaları daha iyi planlanmaları ve finanse edilmiş olmalarıydı. Aynı zaman periyodu süresince, Avrupa'da da toplum tabanlı korunma projeleri geliştirildi. 'Alman Kardiyovasküler Korunma Çalışması' ve 'NORSJO Projeleri' örnek olarak verilebilir (Metintaş ve Arıkan, 2008). Üçüncü kuşak toplum tabanlı korunma programlarının öncülüğü'nü 1986 yılında, Kanada'da da Montreal Toplum Sağlığı Bölümü geliştirmiştir. Kardiyovasküler hastalıklarla ilgili yoğun

korunma programlarından bir diğeri, Toplum Sağlığı için Planlanmış Yaklaşım (PATCH: The Planned Approach to Community Health) olmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi tarafından geliştirilen PATCH uygulaması yerel halk, sağlık örgütü ve sosyal örgütler işbirliğiyle yürütülmüştür (Metintaş ve Arıkan, 2008).

Ülkemizde henüz geniş kapsamlı bir toplum tabanlı bir korunma programı uygulanmamıştır. Oysa Türkiye, kardiyovasküler hastalık sıklığının yüksek olduğu ülkelerden birisidir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) ve Balçova Belediyesi işbirliği ile İzmir İli Balçova İlçesi'nde 'Balçova'nın Kalbi (BAK)' ismini taşıyan bir proje planlanmış ve 3 Mayıs 2007 tarihinde projeye ilişkin protokol imzalanmıştır. Projenin süresi 10 yıldır. BAK Projesi'nin en önemli özelliği sağlığı geliştirmeyi hedef alan belediye ve üniversite işbirliğinin Türkiye'deki ilk örneği olmasıdır. Ayrıca KDH'nin önlenmesine ilişkin olarak ülkemizde yürütülecek ilk proje olmasıdır (Ergör, 2008).

BAK Projesi'nin amacı, Balçova İlçesi'nde KDH'yı azaltmak ve önlemek; KDH ve risk etmenleri açısından eşitsizlikleri tanımlamak ve azaltmaya yönelik politikalar oluşturmaktır. Sağlık alanında tedaviyi değil koruma ve geliştirmeyi önceleyen bu tür çalışmaların çoğalması ve bu çalışmalardan edinilen deneyimlerin ışığında ülke politikaları belirlenmesi, tüm ülkeye yaygınlaştırılması toplum sağlığı açısından önemli ve gereklidir (Ergör, 2008).

1.7. Toplumda Koroner Arter Hastalığının Önlenmesi

KAH'ın önlenmesinde temel olarak iki yol izlenir. Primer koruma, genellikle koroner arter hastalığı olmayan kişilerde KAH'ın gelişimini önlemek için risk etmenlerinin tedavisi anlamına gelir. Sekonder koruma ise KAH'ı bulunanlarda tekrarlayan KAH olaylarını ve koroner mortaliteyi azaltıcı tedavileri içerir (Demirtaş, 2000).

Toplumdaki risk etmenlerine yönelik girişimlere başlamadan önce, risk etmenlerinin ve koroner kalp hastalığının toplumdaki sıklığının bilinmesi gerekir. Başta saptanacak bu sıklıklar, daha sonra yapılacak girişimlerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılır. Sağlık eğitimi veya başka yollarla yapılacak girişimler sonucu bu değerlerde ne kadar bir değişim olmasının hedeflendiği baştan belirlenmelidir. Hedefler ölçülebilir ve ulaşılabilir olmalıdır. Toplumsal girişimin yöntemi, risk etmenine göre değişebilir. Girişimler, temel olarak verilen sağlık hizmeti ve yapılan etkinlikler yoluyla bireysel davranışlarda ya da çevrede değişiklik yapmaya dayanır. Genellikle toplumsal girişimlerde pahalı ve ayrıntılı yöntemler yerine basit, kişilerce kabul edilebilirliği yüksek ve ucuz yöntemler seçilir (Sağlık Bakanlığı, 2008; Ünal, 2006).

Dünyada KAH risk etmenleriyle etkili müdahale örnekleri; İngiltere’de hükümet, gıda ve içecek endüstrisi ile işbirliği içinde gıdalardaki tuz içeriğinin en az oranında azalması sağlandı. Mauritius’da kan kolesterol seviyesinde düşüş sağlanması amacıyla yemek pişirmede soya fasulyesi yağının kullanılması yaygın kampanyalarla teşvik edildi. Kore’de sivil toplum kuruluşları ve hükümet temsilcileri yerel yiyecekleri daha sağlıklı geleneksel pişirme yöntemlerini destekleyen medya kampanyaları düzenledi. Japonya’da hükümet tuz alımını kısıtlayan ve kan basıncı tedavisini yaygınlaştıran sağlık kampanyaları yürüttü. Finlandiya’da toplum bazlı ulusal müdahaleler kan kolesterol düzeylerinde düşme ve diğer risklerde azalma sağlayarak kalp hastalığı ve inme mortalitesini düşürdü (Çöl, 2008).

Ülkemizdeki mevcut durum ışığında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) başta olmak üzere dünyada yürütülen ve önerilen programların değerlendirilmesiyle Sağlık Bakanlığı tarafından kronik hastalıklar kontrol programı kapsamında kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve risk etmenlerinin kontrolüne yönelik bir dizi çalışmalar yürütülmektedir (Yardım, 2008).

- Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı 2009-2013 Stratejik ve Eylem Planı içerisinde kronik hastalıkların önlenmesi yer almaktadır.

- TKD iş birliğinde 25 Aralık 2007 günü, Avrupa Kalp Sağlığı Sözleşmesi imzalanmıştır. Sözleşmenin amacı, önceliğin yaşam biçimi değişikliği girişimlerine verilerek KDH yükünü azaltmaktır.
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programının amacı ise, daha sağlıklı bir Türkiye için, KDH ile mücadelede başlıca risk etmenlerinin azaltılması yolu ile KDH'nin önlenmesi ve bu alanda kontrolün sağlanmasıdır.
- Dumansız Hava Sahası Kampanyası başarılı şekilde devam etmektedir.
- Obezite ile Mücadele Avrupa Şartı imzalanmıştır. Eylem planı basım aşamasındadır.
- Sivil Toplum Kuruluşları ile işbirliği yapılmakta aktiviteler desteklenmektedir.
- Eğitimciler için "Eğitim Rehberi" hazırlanmış ve dağıtımları yapılmıştır.
- DSÖ CINDI Programı (CINDI-Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention, Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara Karşı Ülke çapında Entegre Müdahale) söz konusu programa ülkemizin katılabilmesi için çalışmalar başlatılmıştır (Yardım, 2008).

Sonuç olarak, KDH sorununun çözümü için, yeni daha etkin, toplumca kabul görmüş, uygulanabilir toplum tabanlı korunma programlarının ülkemiz ve diğer ülkelerde bir an önce geliştirilmesine gereksinim vardır (Metintaş ve Arıkan, 2008).

1.7.1. Yatan Hasta Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Hastanın hastaneye çeşitli nedenlerden dolayı yatışı risk davranışı değişiklikleri nedeni ile kaçırılmaması gereken bir fırsattır. Hasta ve ailesi ölüm ve sakatlık gibi durumlarla karşı karşıya kaldığı için bu dönemde davranış değişikliklerini kabul etme yatkınlıkları daha fazladır. Kardiyolog, risk etmenlerinin tanısını koymalı ve tedavi için hedefler belirlemelidir. Hekim genellikle zaman kısıtlılığı, akut hastalık ve kısa hastane yatışı gibi nedenlerle tedavi sürecini hazırlayacak kişi olamayabilir. Bunun daha iyi bir yolu hemşireler, diyetisyenler, egzersiz fizyologlarını içeren ekip oluşturulmasıdır (Fuster ve ark., 2002).

Hasta ile yapılan sohbetler, özellikle hemşireler olmak üzere sağlık çalışanlarının hasta ile ilişkide oldukları sırada yaptıkları gözlemler ve dosya kayıtları kullanılabılır (Uzun, 2007).

Hemşirelerin hastanın yatışı esnasında risk etmenlerini belirlemesi ve ayaktan hasta izlemine yardımcı olması etkinliği kanıtlanmış bir yöntemdir (Fuster ve ark., 2002).

Sağlık sistemini desteklemek amacıyla profesyonel topluluklar sigara, hipertansiyon, hiperlipidemi, obezite ve kardiyak esenlendirme için daha ayrıntılı kılavuz oluşturmuşlardır (Fuster ve ark., 2002).

1.8. Kardiyak Esenlendirme

Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehabilitasyon Birliği Kardiyak esenlendirmeyi; hastanın fizyolojik, fiziksel, psikososyal ve mesleki fonksiyonlarını en uygun düzeyde sürdürmesi için uygulanan esenlendirme hizmetleri olarak tanımlamıştır (Karapolat ve Durmaz, 2008; Merz ve ark., 2010). Günümüzde ikincil önlemeye yönelik girişimler, kalp hastalıklarının tedavisinin temel öğelerinden birini oluşturmakta ve Kardiyak esenlendirme uygulamaları aracılığı ile gerçekleşmektedir. Kardiyak esenlendirme, özellikle KAH tedavisinde 'olmazsa olmaz'lardan biri haline gelmiştir (Demirsoy ve Özyemişçi Taşkıran, 2010).

1.8.1. Kardiyak Esenlendirme Programının Amacı

- Hastanın günlük yaşamında işlevselliğinin artırılması,
- Fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kısıtlanan hastanın işine ve sosyal hayatına geri dönebilmesi,
- İşlevsel kapasitesinin geliştirilmesi,
- Fiziksel uyumun ve semptomatik iyileşmenin sağlanması,
- Hastanın kaygı ve depresyon düzeyinin azaltılması ve psikolojik durumunun düzeltilmesi,

- Sosyal çevreye uyumunun sağlanması,
- Morbidite ve mortaliteyi azaltabilmek için hastalığın doğal seyrinin değiştirilmesidir (Karadağ ve ark.,2007; Uzun, 2007).

1.8.2. Kardiyak Esenlendirme Ekibi

Ekib, hastanın durumu değerlendirilerek hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenir. Hasta, hasta ailesi, hemşire, doktor, diyetisyen, fizik tedavi uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, kardiyopulmoner değerlendirme ekibi, ekip yöneticisi, destek personel, ihtiyaç duyulan diğer sağlık ekip üyeleri yer almalıdır (Karadağ ve ark.2007).

1.8.3. Kardiyak Esenlendirme Programı Aşamaları Fazları

Kardiyak esenlendirme, dört aşamadan oluşmaktadır. Aşama 1, hastane içi dönemini, Aşama 2, taburculuk sonrası erken dönemini, Aşama 3, egzersiz eğitim dönemini ve Aşama 4 ise yaşam boyu devam edecek olan idame dönemini kapsar (Karadağ ve ark., 2007; Demirsoy ve Özyemişçi Taşkıran, 2010). KAH'a yönelik danışmanlık ve kardiyak esenlendirme programları içerisinde uygulanan hemşirelik girişimleri ile hastaların etkin başa çıkma davranışları desteklenmekte, kişilerarası ilişkileri geliştirilmekte, emosyonel-fiziki semptom deneyimi azaltılmakta, fizyolojik-psikolojik-sosyal uyumsuzlukları düzenlenmekte ve yaşam kaliteleri artırılmaktadır (Wyer ve ark., 2001).

Çizelge 1.3, Kardiyak Esenlendirme Programı Aşamaları

Aşama 1 (İlk 1-2 hafta)	Aşama 2 (Sonraki 4-12 hafta)	Aşama 3 (3Ay ve Sonrası)	Aşama 4 (İdame Evresi)
Koroner yoğun bakım ünitesinde başlayan taburcu olduğu güne kadar devam edem eden akut evre.	Hastanın taburcu olmasıyla başlayan, hastanın yaşam stili ve risk etmenleri ile ilgili değişiklikleri hayata geçirdiği evre.	Hastanın fiziksel kapasitesini artırmaya yönelik egzersizden oluşan antreman evresi.	Aşama 3 döneminde kazanılan bilgi, aerobik egzersizlerin, kondisyon ve sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili alışkanlıkların düzenli sürdürüldüğü dönemdir.

1.9. Koroner Arter Hastalığında Sağlık Davranışları ve Hemşirelik

Günümüzde, sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve esenlendirme uygulamaları ağırlık kazanmaya başlamıştır. Kronik hastalıklarda bireyin hastalıkla başedebilme gücünün ve bağımsızlığının artırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi öncelik almış, giderek hemşirelik bakımının da temel hedeflerinden biri olmuştur (Mollaoğlu, 2007). Hemşirelik bakımları hemşirelik süreci doğrultusunda verilir. Süreç hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur, sağlıklı/ hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir (TKD, 2007).

KAH'da görülen başlıca hemşirelik tanıları şunlardır:

- Koroner arter tıkanması sonucu doku iskemisi ile ilgili ağrı,
- Tanısı hakkında bilgi eksikliği ve anksiyete,
- Koroner tıkanma ile ilgili doku perfüzyonunda değişiklik,
- Oksijen gereksinimi ile tüketimi arasındaki dengesizlik nedeniyle aktivite intoleransı,
- İlaçların etkilerine, hareketliliğin azalmasına ve diyetteki değişikliğe sekonder olarak, peristaltizmin azalmasına bağlı kolonik konstipasyon riski,

- Böbrek perfüzyonunun azalması ile ilgili potansiyel sıvı volem fazlalığı,
- Bilgi eksikliği ile ilgili beden gereksiniminden fazla beslenme,
- Tedavilere ve ortama (yabancı çevreye) bağlı uyku örüntüsünde rahatsızlık,
- Ağrıya şimdiki duruma ve geleceğin belirsizliğine bağlı korku,
- Mevcut ya da algılanan rol değişimlerine bağlı benlik kavramında bozulma riski,
- Anjından korkmaya ve benlik kavramında değişime bağlı seksüel örüntülerde değişim riskidir (Ünsar ve Durna, 2007).

Hemşirelerin de içinde olduğu KAH'a yönelik sağlığı geliştirici davranış programları uzun süreli devamlılık ve davranış değişikliği sağlar (Fuster ve ark., 2002).

1.10. Sağlık Davranışları

Sağlık, davranış biçiminin daha açık bir anlatımla yaşam biçiminin ifadesidir. Bu bağlamda sağlık 'statik' bir 'durum' değil; bir dizi zorluklar, rahatsızlıklar ve tehlikelere karşın yaşamak, zevk almak, doyum sağlamak gibi amaçlara yönelik ve beceriye dayanan davranışları içeren 'dinamik' bir olgudur (Türkeri, 2006).

Bireyler davranışları ile değerlendirilirler. Bireylerin kendilerine özgün kişilik yapılarının önemli bir bölümünü öğrenilmiş davranışlarla oluşturur. Bireyin davranışları onun eğitilmiş, kültürlü ve sosyal, dolayısıyla da sağlıklı olup olmadığının göstergesidir. Çünkü sağlık, kalıtsal ve çevresel etmenlerle birlikte eğitim-kültürlenme-sosyalleşme süreçlerinin hem parçası hem de ürünüdür. Bu süreçler bireylerde farklı gelişmeler gösterdiği için bireylerin sağlık durumları da birbirlerinden farklıdır. Diğer bir anlatımla, bireylerin sağlıksızlığı da sağlığı da kendi davranışlarına bağlıdır (Özer, 2002).

Sağlık davranışı ile ilişkili çalışmalar son yıllarda giderek artmış, sağlık eğitimi ve halk sağlığı hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve halk sağlığının başarısının geliştirilmesinde bir amaç olarak tanımlanmıştır (Temel ve Özvarış, 2007).

Son yirmi yılda, yaşam biçiminde yapılan değişikliklere ve tarama programlarına katılıma bireysel, toplumsal ve profesyonel düzeyde artan bir ilgi söz konusudur. Bulaşıcı hastalıklardan kronik hastalıklara epidemiyolojik geçişin nüfusun yaşlanması, sağlık maliyetlerinin artması, bireysel davranışların neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hastalıkların önlenmesi ve erken tanısı ön plana çıkmıştır. Sağlık davranışları ve davranış bilimlerine artan ilgi, eğitim programlarını ve toplum hizmetlerini etkilemiştir (Tokgöz, 2002).

Kişilerin sağlıkla ilgili herhangi bir konuda davranış değişikliği oluşturmaları, eğitim düzeylerine, o konudaki bilgilerine, sosyokültürel etmenlere, kişisel inançlarına ve daha çok bunlar tarafından belirlenen sağlığı ve hastalığı, hastalığın ciddiyet derecesini ve hastalığın tehlikesini algılamalarına bağlıdır (Temel ve Özvarış, 2007).

1.10.1. Sağlıkla ilişkili Risk-Alma Davranışlarından Sorumlu Belirleyiciler

İnternal (iç) Bilişsel Etmenler : - Bilgi

- Tutum

- İnanç

- Değer

-Eğilim düzeyleri

Eksternal (Dış) Etmenler: - Sağlık hizmetine ulaşma

- Hizmeti elde edebilme

- Maddi olarak karşılayabilme.

Günümüzde sağlık eğitiminde, sağlık davranışını etkileyen ve eğitimsel girişimlerle değiştirilebilen üç temel etmen bulunmaktadır:

1. Hazırlayıcı etmenler: Bilgi, tutum, inançlar, değerler ve algılamalar bu gruba girmektedir. Bu etmenler, sağlıkla ilgili bir eylemi başlatmadan önce bireyin özendirilmesini sağlaması açısından önemlidir.

2. Olanak sağlayıcı etmenler: Bunlar sağlık kurumları, çalışma alanları, okul gibi alanlarda sağlık davranışının uygulanabilir olmasını sağlamaktadır.

3. Güçlendirici etmenler: Davranış nedenlerinin sosyal nedenler olduğunun düşünüldüğü durumlarda (sigara, madde kullanımı, adolesan üreme sağlığı ve cinsel sağlık gibi konular) kullanılmaktadır. Son zamanlarda sağlık eğitiminde yaygın olarak kullanılan bu etmenler, başarılı denemeler ve performanslar için ödüllendirmeyi öngörmektedir. Ancak bunların sosyal öğrenme ile birlikte olması gerekmektedir (Temel ve Özvarış, 2007; Tokgöz, 2002).

Yaş, eğitim düzeyi, bilgi durumu, sosyokültürel etmenler, inançlar bazı durumlarda davranış değişikliğini engelleyici, bazı durumlarda ise destekleyici rol oynamaktadır. Sağlığı geliştirmede ilginin giderek davranışlar üzerinde yoğunlaştığı, özellikle yaşam biçimi ve sosyal öğrenmenin ağırlık kazandığı durumlara dikkat etmenin önemli olduğu anlaşılmıştır (Temel ve Özvarış, 2007).

1.10.2. Davranış Değiştirmede Belirleyiciler

Davranış değiştirme kuramlarının tümü hedeflenen davranış ve davranışın oluştuğu koşulların dikkate alınması gerekliliğini kabul etmektedir. Psikolojik kuramlar aynı zamanda düşünceler, inanışlar ve deneyimlerin de önemli olduğunu belirtmektedir. Günümüzde davranış değiştirme kuramlarına göre, 6 farklı grup değişken bulunmaktadır:

- Davranışla ilgili tutum ve inanışlar ya da değişimin sonuçları,
- Hedeflenen davranışa ulaşmak için gerekli öz-etkinlikle ilgili inanışlar ya da yetenekler,
- İlgili etmenlerin işlevi (özellikle sosyal etmenler),
- Davranışla ilgili daha önceki deneyimler,
- Eylemde öncelikler (bir kişi belirli bir zamanda sınırlı sayıda amaca ulaşabilir),
- Basamaklı ya da sistematik ilerleme (Temel ve Özvarış, 2007).

1.11. Sağlık Davranışları ve Bireysel Farklılıklar

Bireylerin sağlığını tehdit eden etmenlere ya da koruyucu önlemlere gösterdikleri tepkiler çok yönlü ve geniş çaplı değişiklikler gösterir. Bu değişikliklerin bir bölümü bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak açıklanabilir. Benzer sağlık tehlikelerine karşı bireylerin ne tür tepkiler gösterdikleri belirlenerek, bu değişiklikler tanımlanmakla birlikte genel anlamda, durumsal inançlar, sağlık denetim odağı, öz yetkinlik ve iyimserlik kavramları çerçevesinde değerlendirilirler (WHO, 1998).

1.11.1. Öz Yetkinlik

Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi öz yetkinlik kavramıdır. Öz yetkinlik, kişinin kendi potansiyeli ve bulunduğu ortamlardaki sağlık kaynaklarını değerlendirebilme ve eylemde bulunabilme gücüdür. Kendine saygı, kendine güven gibi bireysel niteliklerin bilgi ve beceri kazanımı desteklenmelidir. Bilişsel, duyuşsal ve psiko-motor olgunluğa ulaşabilmesi ve bireyin bunun bilincinde olmasıdır.

Öz yetkinliğin en önemli aşaması bireyin bir sağlık davranışını uygulama konusunda kendi kendine karar verebilmesidir. Öz yetkinliği algılama etmenlerine göre, bireyin kişisel etkinliği ve gücü sağlığı geliştirme davranışını uygulamasını ve sürdürmesini etkiler (Tokgöz, 2002).

Algılanan kişisel yetkinliğin birey üzerindeki etkileri şu şekilde özetlenebilir; Belli bir konuda düşük yetkinlik beklentisine sahip kişiler, o konu ile ilgili zor çalışmalardan uzak dururlar. Ulaşmak için seçtikleri amaçlar konusunda yeterince kararlı değildirler. Başarılı olmak için yapılması gerekenlerden çok, başarısız olunca ne duruma düşecekleri konusunda kaygı yaşarlar. Zor bir görevle karşılaştıklarında, olası engeller, kişisel yetersizlikleri ve olumsuz sonuç üzerine odaklaşarak, performanslarını düşürürler. En küçük bir engelde hemen iş yapmaktan vazgeçerler. Başarısızlık ya da sorun yaşadıklarında zayıflayan yetkinlik inançlarını yeniden

kazanmakta zorluk yaşarlar. Yaşadıkları başarısızlığı yetenek eksikliğine bağlarlar ve çok çabuk kaygı içine düşerler (Türkeri, 2006; Çenesiz, 2007).

1.11.2. Sağlık Denetim Odağı

Denetim odağı kavramı ilk kez sosyal öğrenme kuramında yer almıştır. Rotter sosyal öğrenme kuramı içinde bu kavramı kullanan ve araştırmalarıyla kavramın literatüre girmesini sağlayan kişidir. Rotter kişilerin yaşamlarını denetleyebilme güçleri bakımından birbirinden farklılıklar gösterdiklerini gözlemiştir (Alisinanoğlu, 2003).

Rotter'ın ölçeğinde yer alan sorular insanların davranışlarının sonuçlarıyla ilgili genel beklentilerini ölçmek amacıyla düzenlenmiştir. Sonucu, davranışlarının doğrudan bir uzantısı olarak algılayan kişiler, “içten denetimli” olarak tanımlanmaktadır. “Dıştan denetimli” kişiler ise sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız ve denetimin de kendi kontrolü dışındaki etmenlere bağlı olduğuna inanan bireyler olarak tanımlanmaktadır (Tabak ve Akköse, 2006).

Tanımdan da anlaşılacağı üzere karşılaşılan davranışların sonuçları üzerinde kontrolü olduğuna inananlar ‘içten denetimli’, kontrolün diğer güçlü kişilere bağlı olduğuna inananlar da ‘dıştan denetimli’, kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da ‘kaderci’ olarak ifade edilmektedir.

Başka bir yaklaşımla denetim odağı insanların ne yaptığı ve sonunda ne elde edeceği arasındaki ilişki olarak ifade edilmektedir. Eğer insanlar yaptıkları davranışlarla elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görme eğilimindedir ise içten denetimli olarak adlandırılmaktadır. Bunun tersi olarak insanlar davranışlarıyla, elde ettikleri sonuç arasında bir ilişki görmüyorlarsa, sonuç üzerinde şans, kader ya da güçlü başkalarının bir etkisinin olduğunu düşünüyorlarsa, bu tip kişilerde dıştan denetimli olarak tanımlanmaktadır (Tabak ve Akköse, 2006).

1.11.3. Sorumluluk Algısı

İnsan davranışı, kişinin çevresinden gelen bir uyarana karşı gösterdiği tepki ya da yanıt olduğuna göre, uyarı ve yanıt arasına giren önemli bir aşama, algılama aşamasıdır. Algı farkını yaratan etmenler, içsel ve dışsal olarak iki grup altında toplanabilir. Dışsal etmenler, algılanan kişi ya da olayların ölçülebilir yönleri, yoğunluğu, tekrarlama sıklığı hareket veya statüsü gibi karakteristik özellikleridir. Dış dünyadan kaynaklanan algı etmenlerinin yanı sıra bireyin temel özellikleri diyebileceğimiz, bireysel ya da içsel etmenleri, algılayanın kişiliği, ihtiyaçları, etkilenimleri ile geçmiş deneyimlerinin ve öğrenmeye dönük özelliklerinin anlamlı bir yeri vardır (Türkeri, 2006).

Sorumluluk, kişinin kendi davranışlarını ya da kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesidir (Akdur ve Aydın, 2003).

Sağlık açısından sorumluluk kavramı, öz-değerlendirme ve hedef belirleme süreçlerine dayanmaktadır. Öz-değerlendirme bireyin öncelikle kendi sağlık durumunu, sağlık açısından kapasitesini tanıma ve belirleme sürecidir. Sorumluluk algısına sahip birey eleştirel düşünen, sorun çözen, sorumlu, üretken, kendini yönlendiren bir öğrenen ve etkili bir iletişimcidir (WHO, 1998).

Peck (1999) yaşamdaki sorunların üstesinden gelebilmek için öncelikle onların sorumluluğunun alınması gerektiğini belirterek, şöyle demektedir; Bir sorunu ancak 'Bu benim sorunum ve bunu çözmek bana bağlı 'dediğimizde çözebiliriz. Ama çoğu kişi, kendi kendine 'Bu sorunu başkaları ya da benim denetimim dışındaki toplumsal olaylar yarattı, o halde çözümü de başka insanlar ya da toplum üstlenmeli. Gerçekte bu benim kişisel sorunum değil 'diyerek, sorunların verdiği acıdan kaçınmak ister. Ancak özgür insanlar olabilmek için kendi sorumluluklarını üstlenmeleri gerekir (Tokgöz, 2002).

Temel Sağlık Hizmetlerinin felsefesi arasında bulunan öz sorumluluğa göre, her birey kendi sağlığının değerini bilmeli ve kendinden sorumlu olmalıdır. Bunun için kişiler eğitilmeli ve bilinçlendirilmelidir (WHO, 1998).

1.12. Sağlık Davranış Modelleri

Sağlık davranışı tek bir kuramla açıklanamaz. Modeller, bir ya da birden fazla kurama dayanarak davranışın belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır.

Sağlık davranış modelleri üç başlıkta tanımlanmaktadır:

1. Bireysel sağlık davranış modelleri,
2. Bireyler arası sağlık davranış modelleri,
3. Sağlık davranış değişikliği ile ilgili grup ve toplum modelleri.

Sağlıkla ilgili davranışların öngörülmesinde kullanılan bireysel sağlık davranışı ile ilgili sosyal-bilişsel modeller şunlardır:

1. Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model),
2. Nedenli Davranış Kuramı (Theory of Reasoned Action),
3. Değişim Kuramı ya da Kuramlarüstü Model (Change Theory or Transtheoretical Model),
4. Önlem Uyarılama Süreç Modeli (Precaution Adoption Process),
5. Sağlığı Kontrol Etmeye Odaklanma (Health Locus of Control),
6. Korunma Güdüsü Kuramı (Protection Motivation Theory),
7. Sosyal Bilişsel Kuram/Sosyal Öğrenme Kuramı (Social Cognitive/Learning Theory),
8. Yeniliğin Yayılması Modeli (Diffusion of Innovation),
9. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Pender's Health Promotion Model).

Bu modeller, bireysel sağlık davranışının gerçekleştirilmesi ile ilgili geçerli öngörü yapılmasını sağlamaktadır.

Modeller,

- Verilerin analizi ve değerlendirilmesinden sonra geliştirilecek müdahale programlarının planlanmasında kullanılan araçlardır.
- Genellikle bireylerin psikolojik süreçlerini (tutum, inanç) esas alarak, sosyal ilişkilerini ve yapısal etmenleri ortaya koyarak, insan davranışlarını açıklamaya çalışmaktadır.
- Risk göstergeleri, risk belirleyicileri ve risk etmenlerine yönelik verilerin toplanması sırasında, teorik bir model oluşturulmaktadır (Türkeri, 2006; Tokat ve Okumuş, 2008).

1.13. Sağlığı Geliştirme

Sağlığın geliştirilmesi (Health Promotion), DSÖ tarafından insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırma ve sağlık düzeylerini daha da iyiye götürme sürecinin bütünü olarak tanımlanmıştır (WHO, 1986). Bunu izleyen tanımlar ise daha çok bir strateji niteliğindedir. Bunlar sağlığı geliştirmeyi, sağlıkla ilintili yaşam koşulları ve etkinliklerin eğitim ve çevre işbirliği ile desteklenmesi süreci olarak belirtmişler, daha açık bir anlatımla sağlığın geliştirilmesi, insanların davranışlarının değiştirilmesi yoluyla hastalıkların major risk etmenlerini hedef alan topluma dayalı çeşitli stratejiler olarak tanımlanmıştır. Ottawa Bildirgesi 1986, Sağlığı Geliştirme kavramı çerçevesinde “sağlıklı toplum politikası” ve “sağlığı destekleyen çevre ve ortamlar yaratılması”na vurgu yapmıştır. Bu bildirgeye göre sağlık bir sonuç değil, yaşamın kaynağıdır.

Ottawa Bildirgesinde Sağlığın Geliştirilmesi için beş etkinlik üzerinde durmuştur. Bunlar:

- 1- Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak,

- 2- Destekleyici çevreler yaratmak,
- 3- Toplum eylemini güçlendirmek,
- 4- Kişisel beceriler geliştirmek,
- 5- Sağlık hizmetlerini yeniden düzenlemek (Piyal, 2006; Eser 2006; Groene ve Barbero, 2005).

Temel Sağlık Hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma ve toplum sağlığı için uygulanan veya uygulanması gereken-bütüncül stratejinin bir parçası olarak görülmelidir. Sağlığı geliştirmenin Ottawa Bildirgesi ile ifade edildiği ana eksen “sağlıklı toplum politikası”dır. Bunun için de en uygun ortam Birincil Sağlık Hizmetleri ortamıdır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri koşullarında Sağlığı Geliştirmek amacıyla üç tamamlayıcı yaklaşım vardır:

- 1- Tıbbi yaklaşım,
- 2- Yaşam biçimi yaklaşımı,
- 3- Sosyal ve çevresel yaklaşım.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında uygulanan sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinin başarısı bu güne dek birçok uygulama ile kanıtlanmıştır.

Son olarak, epidemiyolojik araştırmalar sağlığın bireysel genetik ve davranışsal alanları arasında kalan daha geniş belirleyicilerinin güçlü etkilerini belgelemiştir. Sağlık üzerindeki bu etkiler sosyoekonomik koşullar, kültür, eğitim, eşitlik ve ulaşılabilirlik konuları, ulusal gönenç, toplumsal destek ve diğer yapısal ve sistematik etmenlerdir (Piyal, 2006).

Sağlığı geliştirme yaklaşımında ayırıcı olan sağlıklı yaşamların ‘kolaylaştırılması’na verdiği önemdir: toplumsal, ekonomik ve ekolojik çevrelerini değiştirmeden, insanlara yalnızca yaşam biçimlerini değiştirmelerini söylemenin iyi olmadığı

düşüncesidir. İnsanların sağlıklı yaşamlar yaşayabilmesi gerekir. Sağlığı geliştirme yalnızca bireyler düzeyinde çalışmayı değil, fakat aynı zamanda sosyoekonomik yapılar düzeyinde çalışmayı ve ulaşım, çevre, tarım ve diğerleriyle ilişkili sağlıklı kamu politikalarının (eylem planları) yaratılmasını ve uygulanmasını güçlendirmeyi amaçlar (Piyal, 2006).

Koruyucu sağlık hizmetinin hastanın başarının sorumluluğunu almasına yardım etmesi gerekir. Sağlık hizmeti etkili ve etkin, kanıta dayalı müdahaleler sunmalıdır. Bir kişinin yaşam biçimini değiştirmek zor ve zaman alan bir iştir. Sağlık sisteminin sorumluluğu “hastaya bu işte başarı sağlaması için yardımcı olmak, uygulama için yöntemlere sahip olmak, destek vermek ve uzun dönemli takip yapmaktır. Bu sebeple hastalığı önlemenin başarısı hem hastaya hem de sağlık sistemine bağlıdır. Dolayısıyla sağlığı geliştirme sadece hastalıkların önlenmesine temellenmeyip, bireyin iyilik halinin korunmasını, sürdürülmesini, geliştirilmesini ve bireylerin kendi sağlığı ilgili kararların sorumluluğunu almasını içermektedir. Kardiyovasküler hastalığın başarılı tedavisi ve önlenmesi etkili ve etkin davranışçı yaşam biçimi müdahalelerine bağımlıdır (Orth-Gomér, 2007).

Bu araştırmanın kısa dönemli amacı, GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı bireyler özelinde sağlığın geliştirilmesine yönelik davranışları tanımlamak, sağlık davranışlarını etkileyebilecek bireysel özelliklerini ve sağlık denetim odağı ve algılama düzeylerini belirlemektir. Elde edilen verilerin uzun erimde KAH tanısı alanların esenlendirme programlarına ışık tutabileceği umulmaktadır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA AEAH) Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve sağlık denetim odağı ve algılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, 2009-2010 yılında yürütülmüş olan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğinde yapılmıştır. GATA AEAH bilimsel özerkliğe sahip, Türk Silahlı Kuvvetlerinin (TSK) sağlık bilimleri alanında en yüksek danışma organı olan, ön lisans, lisans, lisansüstü düzeyde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve yayım yapan, TSK'ya tabip ve gerektiğinde diğer sağlık bilimleri alanında askeri personel yetiştiren bir komutanlıktır. GATA Komutanlığı'na bağlı Eğitim Hastaneleri polikliniklerine bir yıl içerisinde 1.034.194 başvuru yapılmış olup, başvuruların 30.921'inin tedavileri yatırılarak yapılmıştır. Aynı yıl içerisinde toplam 11.726 ameliyat gerçekleştirilmiştir. GATA AEAH 1600 yataklı olup hastanelere günlük başvuru sayısı ortalama 3500 ila 4000 arasında değişmektedir.

GATA Kardiyoloji kliniği ilk kez 1959 yılında Prof. Dr. Lütfü Vural tarafından GATA II. İç hastalıkları kliniği bünyesinde kurulmuştur. Türkiye'de 1990 yılında çıkan yasa ile Kardiyoloji bilim dalları, Anabilim dalı haline getirilmiş ve aynı yıl GATA Kardiyoloji Kliniği de İç Hastalıkları Kliniğinin bünyesinden ayrılarak Anabilim Dalı haline gelmiştir.

GATA Kardiyoloji Anabilim Dalı; Başkanlık, İdari Kısmı, Eğitim ve Öğretim Kısmı, Özel Teşhis ve Laboratuvar Kısmı, Poliklinik ve Yoğun Bakım Kısmı olarak yapılanmıştır. Klinik 27'si Yoğun Bakım Ünitesinde olmak üzere toplam 119 yatak kapasitesine sahiptir. Anabilim dalında 29 doktor, 36 hemşire ve 8 sivil memur görev yapmaktadır.

GATA AEAH'sine 2005 yılından itibaren sivil hastalar başvurmaktadır. Her polikliniğe başvuracak sivil hasta kontenjanı % 5 ile sınırlıdır. Kardiyoloji Kliniğine ve Polikliniğine yıllık yaklaşık 26.000 hasta başvurmakta ve bu hastaların ortalama 4.000'inini sivil hastalar oluşturmaktadır.

2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Aralık 2009–Şubat 2010 tarihleri arasında GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine hafta içi kontrole gelen durumu stabil, iletişim kurmada güçlüğü olmayan ve uzman hekim tarafından en az 6 ay öncesinde klinik, anjiyografik ve /veya elektrokardiyografik olarak koroner arterlerde ateroskleroz sonucu KAH tanısı alan bireyler oluşturmuştur. Bu evrenden araştırmaya katılmayı kabul eden, en az ilkokul mezunu ve 20-65 yaşları arasındaki 300 birey çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırma sonuçları GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı bireylerle sınırlıdır.

2.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

2.4.1. Bağımlı Değişkenler

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

- Kendini Gerçekleştirme Alt Ölçeği Puanı
- Sağlık Sorumluluğu Alt Ölçeği Puanı
- Egzersiz Alt Ölçeği Puanı
- Kişiler Arası Destek Alt Ölçeği Puanı

- Beslenme Alt Ölçeği Puanı
- Stres Yönetimi Alt Ölçeği Puanı
- Etme Alt Ölçeği Puanı
- Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği**
- İç Denetim Odağı Puanı
- Dış Denetim Odağı Puanı
- Şans Etkisi Puanı
- Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği**

2.4.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Yaşamın Çoğunun Geçtiği Yer
- Medeni Durum
- Öğrenim Durumu
- Meslek
- Çalışma Durumu
- Ekonomik Durum
- Sigara İçme Durumu
- Sigara Dumanına Sunuk Kalma Durumu
- Alkollü İçecek Tüketme Durumu
- Beden Kitle İndeksi (BKİ)
- KAH Süresi
- Hastanede Yatma Durumu
- KAH İle İlgili Eğitim Alma Durumu
- Sağlık Davranışları İle İlgili Bilgilenme Durumu
- Rutin Kontrol Zamanını Bilme Durumu
- Rutin Kontrol Sıklığını Bilme Durumu
- Hastalık Kayıtlarını Saklama Durumu
- İlaç Kullanma Durumu

2.5. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışma Grubunu oluşturanların;

- KAH ile ilgili eğitim alma durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- KAH ile ilgili eğitim alma durumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- KAH ile ilgili eğitim alma durumları ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- KAH ile ilgili eğitim alma durumları ile Sağlık Denetim Odağı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Sosyodemografik özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Sosyodemografik özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Sosyodemografik özellikleri ile Sağlık Denetim Odağı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Tütün kullanımı özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Tütün kullanımı özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Tütün kullanımı özellikleri ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Tütün kullanımı özellikleri ile Sağlık Denetim Odağı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Alkollü içecek tüketme özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Alkollü içecek tüketme özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

- Alkollü içecek tüketme özellikleri ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Alkollü içecek tüketme özellikleri ile Sağlık Denetim Odağı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- KAH'la ilgili özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- KAH'la ilgili özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur
- KAH'la ilgili özellikleri ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- KAH'la ilgili özellikleri ile Sağlık Denetim Odağı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Rutin kontrole ilişkin özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Rutin kontrole ilişkin özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Rutin kontrole ilişkin özellikleri ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Rutin kontrole ilişkin özellikleri ile Sağlık Denetim Odağı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Menopoz sonrası KAH'a yönelik ek korunma önlemi alma ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Menopoz sonrası KAH'a yönelik ek korunma önlemi alma ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Vücut ağırlıklarına ilişkin özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Vücut ağırlıklarına ilişkin özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Alt Ölçeklerin Puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.
- Vücut ağırlıklarına ilişkin özellikleri ile Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

2.6. Veri Toplama Araçları

- Kişisel Bilgi Formu
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
- Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği
- Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

2.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından alanyazın incelemesiyle geliştirilen Kişisel Bilgi Formu'nda araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerine, KAH'a yönelik sağlık davranışlarına ilişkin sorulara yer verilmiştir.

Yaş, cinsiyet, yaşamın çoğunun geçtiği yer, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, tütün kullanımına ilişkin özellikler, alkollü içecek tüketimine ilişkin özellikler, vücut ağırlığına ilişkin özellikler, KAH dışında kronik hastalık durumu, KAH'na ilişkin özellikler, menopoz sonrası ek korunma önlemleri alma durumu, rutin kontrollere ilişkin özellikler, diyet önerilme durumu ve ilaç kullanımına ilişkin özellikleri belirlemeye yönelik 33 soru yer almaktadır.

2.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modelini test etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Toplam 48 maddeden, 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir.

Ölçek Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1995 yılında 4 madde daha eklenerek 52 maddeye çıkarılmıştır. Diğer 48 maddelik ölçekle yeni 52 maddelik ölçeğin tek farkı madde sayısıdır. Bu çalışmada 52 maddelik ölçek kullanılmıştır.

SYBD Ölçeği altı alt boyutu olan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yönde olup “ Hiçbir zaman “ yanıtı için “1”, “Bazen” yanıtı için “2”, “sık sık” yanıtı için “3”, “Düzenli olarak” yanıtı için “4” puan verilmektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208’dir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği’nin alt boyutları, ölçekteki soru numaraları en düşük ve en yüksek puanları aşağıda tabloda gösterilmektedir.

Çizelge 2.1. SYBDÖ ve Alt Ölçekleri ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
	1-52.maddeler	52	208
Alt ölçekler	Soru Numaraları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan
Kendini Gerçekleştirme	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52	9	36
Sağlık Sorumluluğu	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51	9	36
Egzersiz	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46	8	32
Beslenme	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50	9	36
Kişilerarası Destek	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49	9	36
Stres Yönetimi	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47	8	32

Walker, Hill-Polerecky (1996) tarafından yapılan geçerlilik, güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronhbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94 olarak belirlenmiştir.

Alt ölçekleri için Cronhbach Alfa iç tutarlılık katsayıları 0.79 ile 0.87 arasında değişmektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği’nin Türkiye’de geçerlilik

güvenilirlik çalışması 48 madde için 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır. Akça tarafından 1998 yılında 52 maddelik ölçek için geçerlilik güvenilirlik yapılmıştır. Akça, iki hafta ara ile yaptığı test-re test güvenilirlik sonuçlarını 0.78-0.85 arasında bildirilmiştir. Ölçeğin madde toplam puan katsayıları 0.20-0.95 arasında dağılım göstermiştir, 0.20'nin altında madde bulunmamıştır. Ölçeğin Kuder-Richardson 20 iç tutarlılık katsayısı değerleri 0.83 ile 0.88 arasında bulunmuştur.

Kendini Gerçekleştirme Alt Boyutu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler. 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48 ve 52. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup alınabilecek en düşük puan “9”, en yüksek puan “36”dır.

Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler. 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45 ve 51. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup alınabilecek en düşük puan “9”, en yüksek puan “36”dır.

Egzersiz Alt Boyutu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir. 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 ve 46. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 8 madde içermekte olup, alınabilecek en düşük puan “8”, en yüksek puan “32”dir.

Beslenme Alt Boyutu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri belirler. 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44 ve 50. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup, alınabilecek en düşük puan “9”, en yüksek puan “36”dır.

Kişilerarası Destek Alt Boyutu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler. 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43 ve 49. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 9 madde içermekte olup, alınabilecek en düşük puan “9”, en yüksek puan “36”dır.

Stres Yönetimi Alt Boyutu; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler. 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 ve 47. maddelerden oluşmaktadır. Bu alt ölçek 8 madde içermekte olup, alınabilecek en düşük puan “8”, en yüksek puan “32”dir.

Her bir alt boyut bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tüm alt boyutlarının toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Kesim noktası değeri olmayıp, puan ortalamaları üzerinden değerlendirme yapılmaktadır.

2.6.3. Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği

Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (ÇYSDOÖ); bireyin sağlığını bilişsel olarak algılama düzeyini ölçer. Bu düzey, bireyin sağlığını doğrudan etkilemektedir. B.S Wallston-K.A tarafından geliştirilen Likert tipi, 6 seçenekli, 3 boyutlu, 18 maddeden oluşan ÇYSDOÖ'nin üç ayrı formu (A, B, C) vardır. Araştırmamızda çeviriden sonra dil geçerliği ve güvenirlik testleri yapılmış ve Cronbach's Alfa değeri en yüksek (0.72) olan 4-5 dakikada uygulanabilen B formu kullanılacaktır. Ölçeğin; İç Denetim Odağı, Dış Denetim Odağı ve Şans Etkisi olmak üzere üç alt boyutu vardır. Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği' nin alt boyutları, bu boyutların ölçekteki soru numaraları ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları aşağıda çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 2.2. ÇYSDOÖ ve Alt Ölçekleri ve Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanları

Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği			
Alt ölçekler	Soru Numaraları	En Düşük Puan	En yüksek Puan
İç Denetim Odağı	1, 6, 8, 12, 13, 17	6	36
Dış Denetim Odağı	3, 5, 7, 10, 14, 18	6	36
Şans Etkisi	2, 4, 9, 11, 15, 16	6	36

İçsel sağlık kontrolü; bireyin kendi değerlerinin sağlığı üzerindeki etkisini ölçer. 1, 6, 8, 12, 13 ve 17 numaralı maddeler İç Denetim Odağı ile ilgilidir.

Güçlü Dışsal kontrol düzeyi; bireyin sağlığı üzerinde arkadaş, aile, hekim, hemşire vb. kişilerin etki düzeyini ölçer. 3, 5, 7, 10, 14 ve 18 numaralı maddeler Dış Denetim Odağı ile ilgilidir.

Şans etkisi; bireyin sağlığı üzerindeki şans, talih, oluruna bırakmışlık, kadercilik gibi etkilerin düzeyini ölçer. 2, 4, 9, 11, 15 ve 16 numaralı maddeler Şans Etkisi ile ilgilidir.

Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği 6 seçenekli Likert tipi bir ölçektir. Seçenekler; 'Hiç Katılmıyorum -1'den, Tamamen Katılıyorum -6" ya kadar derecelendirilmiştir. Değerlendirme (aritmetik ortalama ya da frekans) bu gruplamaya göre yapılmalıdır.

2.6.4. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği

Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği (SDA); tek maddeden oluşmuştur ve bireyden “ şu anda sağlığını nasıl yorumlarsınız” sorusunu derecelendirilmesi istenir. Ölçek 10 ifadeden oluşmaktadır. Bireyden 10 ifadeyi algıladıkları sağlık durumu düzeyine göre 1'den 10'a doğru sıralandırma yapması istenir. Skala, sıfırdan başlayan 10 cm'lik bir cetvel şeklindedir. Skaladaki “0-çok kötü”, “10-çok iyi” ortadaki “5” rakamı ise orta düzeyde sağlık durumu algısına karşılık gelmektedir. Bu skala üzerinde bugünkü sağlıklarının kendilerine göre ne kadar iyi veya kötü olduğunu işaretlemeleri istenir. Ölçeği geliştiren araştırmacılar, bu ölçeğin daha sonra kullanımı durumunda geçerliliği ve güvenilirliği için başka bir işlem yapılmasına gerek olmadığını belirtmişlerdir.

2.7. Araştırmanın Etiği

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmaya alınacak olan KAH tanılı bireyler araştırma hakkında bilgilendirilerek, sözlü onayları alınmıştır.

2.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın veri toplama formu kişisel bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, sağlık denetim odağı ölçeği ve sağlık durumunu algılama ölçeği sorularından oluşturulmuştur. Ön uygulama, GATA AEAH Kulak, Burun, Boğaz servisinde yatan 15 bireyle gerçekleştirilmiştir. Gerekli düzenlemeler yapılarak veri toplama formuna son şekli verilmiştir, kişisel bilgi formu çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşmuştur.

Veri toplama formu araştırmacı tarafından KAH tanılı bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Çalışma öncesi belirlenmiş olan 300 kişi hedefine ulaşıldığında veri toplama sonlandırılmıştır. Araştırma sonuçları GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı bireylerle sınırlıdır. Veri toplama formu doldurma süresi ortalama 30-45 dakika olarak belirlenmiştir.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15,0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerde normal dağılıma uyanlar için çoklu grup karşılaştırılmasında ANOVA testi, post-hoc olarak Tukey testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayanlar için çoklu grup karşılaştırılmasında

Kruskall- Walls testi, iki grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

BKİ hesaplamaları, KAH tanılı bireylerin belirttiği boy uzunluğu ve vücut ağırlığı üzerinden hesaplanmıştır.

$$\text{BKİ} = \text{Ağırlık (kg)} / \text{Boy (m}^2\text{)}$$

3. BULGULAR

Araştırma bulguları bu bölümde sunulmaktadır. Bulgular sosyodemografik özellikler, hastalığa ilişkin özellikler ve sağlık davranışlarına ilişkin özellikler olmak üzere üç ayrı grupta verilmektedir.

Sosyodemografik özellikler başlığı altında yaş, cinsiyet, yaşanılan yer, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, meslek ve ekonomik duruma ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Hastalığa ilişkin özellikler bölümünde hastalığın süresi, başka kronik hastalık varlığı, KAH nedeniyle hastanede yatma durumu sunulmuştur.

Çalışma grubunun sağlık davranışlarına ilişkin özellikleri, tütün ve alkol kullanım özellikleri, diyet, rutin kontroller ile ilgili özellikler, ilaç kullanımına ilişkin özellikler, hastalıkla ilgili bilgilendirilme ve eğitim alma durumu alt başlıklarıyla irdelenmiştir. Sağlık davranışlarına ilişkin özellikler için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve alt ölçekleri, Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği ve alt ölçekleri ve Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği bulgularına yer verilmiştir.

Çizelge 3.1'de çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri sunulmaktadır. Çalışma grubunu oluşturanların % 46,3'ünün (n=139) 50-59 yaşları arasında, % 57,7'sinin (n=173) erkek olduğu belirlenmiştir. Grubun kendi bildirimlerine göre % 44,7'si (n=134) ilde yaşamaktadır ve % 93'ü (n=281) evlidir. Grubu oluşturanların % 56,3'ü (n=169) yüksek okul ve üniversite mezunudur. Grubun % 69,3'ü (n=209) çalışmamaktadır, % 29,3'ü (n=88) devlet memurudur. Grubu oluşturanların % 51'i (n=153) ekonomik durumunu orta olarak belirtmektedir.

Çizelge 3.1, Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş		
20-49	111	37,00
50-59	139	46,30
≥60	50	16,70
Cinsiyet		
Kadın	127	42,30
Erkek	173	57,70
Yaşanılan Yer		
İl	134	44,70
İlçe	124	41,30
Köy-Kasaba	42	14,00
Medeni Durum		
Evli	281	93,00
Bekar	8	3,00
Dul	8	3,00
Boşanmış	3	1,00
Öğrenim Durumu		
İlköğretim 1.kademe	49	16,40
İlköğretim 2.kademe	37	12,30
Lise	45	15,00
Yüksek okul ve Üniversite	169	56,30
Çalışma Durumu		
Çalışan	92	30,70
Çalışmayan	208	69,30
Meslek		
Devlet Memuru	88	29,30
Emekli Memur	35	11,70
Emekli Polis-Asker	64	21,30
Ev Hanımı	85	28,30
Serbest Çalışan	28	9,40
Ekonomik Durum		
Çok iyi-iyi	136	45,30
Orta	153	51,00
Kötü	11	3,70
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.2’de çalışma grubunu oluşturanların hastalıkla ilgili özellikleri incelenmiştir. Grubun % 53’ünü (n=159) hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre 25-120 ay geçmiş olanlar, % 30’unu (n=90) KAH dışında kronik hastalığı olanlar, % 74,7’sini KAH nedeniyle hastanede yatanlar oluşturmaktadır.

Çizelge 3.2, Çalışma grubunun KAH ile ilgili özellikleri

KAH’a İlişkin Özellikler	n	%
Süre Ay		
6-24	126	42,00
25-120	159	53,00
121-240	14	4,70
241-360	1	0,30
Başka Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	90	30,00
Hayır	210	70,00
Hastane Yatma		
Evet	224	74,70
Hayır	76	25,30
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.3’de Çalışma grubunu oluşturanlardan KAH dışında kronik hastalığı bulunanlarda bu hastalıkların dağılımı sunulmaktadır. Hipertansiyon % 67,8 (n=90) ile KAH olanlarda en sık görülen hastalıktır.

Çizelge 3.3. Çalışma grubunu oluşturanlardan KAH dışında kronik hastalığı olanların hastalıkları (n=90)

Başka Kronik Hastalıklar	n	%
Kronik Hastalık		
Hipertansiyon	61	67,80
Diyabet	20	22,20
Hipertansiyon-Diyabet	9	10,00
TOPLAM	90	100,00

Çizelge 3.4’de çalışma grubunu oluşturanların rutin hastalık kontrolleri ile ilgili durumları sunulmaktadır. Grubun % 82’sinin (n=246) rutin kontrol zamanlarını, % 68,3’ünün (n=205) rutin kontrollerinin yapılması gereken sıklığı bildiği ve % 97,7’sinin (n=293) hastalıkla ilgili raporlarını, kayıtlarını sakladığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.4, Çalışma grubunun rutin kontrol durumları ile ilgili özellikleri

Rutin Kontrolle İlişkin Özellikler	n	%
Zamanını Bilme		
Evet	246	82,00
Hayır	54	18,00
Sıklığını Bilme		
Evet	205	68,30
Hayır	95	31,70
Rapor, Kayıt saklama		
Evet	293	97,70
Hayır	7	2,30
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.5’de çalışma grubunu oluşturanlara doktor tarafından diyet önerilme durumları verilmektedir. Grubun % 52,3’ü (n=157) doktor tarafından diyet önerildiğini bildirmiştir.

Çizelge 3.5, Çalışma grubuna diyet önerilme durumu

Diyet Özellikleri	n	%
Diyet Önerilme		
Evet	157	52,30
Hayır	143	47,70
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.6'de çalışma grubunu oluşturanların tütün kullanımına ilişkin özelliklere yer verilmiştir. Grubun % 43,7'si (n=131) hiç sigara kullanmadığını ve % 41,3'ü (n=124) sigara dumanına maruz kalmamaya özen gösterdiğini belirtmiştir.

Çizelge 3.6, Çalışma grubunun sigara kullanımına ilişkin özellikleri

Sigara Kullanımına İlişkin Özellikler	n	%
Kullanma Durumu		
Hiç İçmedim	131	43,70
İçtim Bıraktım	72	24,00
Azalttım	10	3,30
Halen İçiyorum	87	29,00
Dumana Maruz Kalmamaya Özen Gösterme		
Hiçbir Zaman	96	32,00
Bazen-Sık sık	80	26,70
Düzenli Olarak	124	41,30
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.7'de halen sigara içenlerin özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Grubun % 35,63'ünün (n=31) 27-37 yıldır , % 60,90'nın (n=53) günde 6-10 adet arasında sigara içmekte olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 3.7. Çalışma Grubundan Halen Sigara İçenlerin Özellikleri (n=87)

Sigara İçenlerin Özellikleri	n	%
Adet		
1-5	11	12,70
6-10	53	60,90
11-20	21	24,20
≥21	2	2,20
Süre Yıl		
5-15	19	21,87
16-26	24	27,50
27-37	31	35,63
≥38	13	15,00
TOPLAM	87	100,00

Çizelge 3.8’de sigara azaltmış-bırakmış olanların % 93,9’unun (n=77) KAH tanısı konulduktan sonra sigara içmeyi bıraktığı ya da azalttığı, sigara içenlerin % 75,25’inin (n=73) sigara kullanmayı bırakma düşüncesi olduğu saptanmıştır.

Çizelge 3.8. Çalışma Grubundan Sigara kullanmayı azaltanların ve içip bırakanların ve Azaltma-Bırakmaya ilişkin Durumları (n=82)

Sigara Azaltma-Bırakma	n	%
KAH Öncesi-Sonrası		
Öncesi	5	6,10
Sonrası	77	93,90
Toplam	82	100,00
Çalışma grubundan sigara içenlerin azaltma-bırakmaya ilişkin görüşleri (n=97)		
Sigara Azaltma-Bırakma	n	%
Bırakma Düşüncesi		
Evet	73	75,25
Hayır	24	24,75
Toplam	97	100,00

Çizelge 3.9’da grubun alkol kullanım özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Grubun % 63,0’ı (n=189) alkol kullanmamakta olup, kullananların ise % 72,9’u (n=81) nadiren özel günlerde tüketmektedir.

Çizelge 3.9, Çalışma grubunu oluşturanların alkol kullanımına ilişkin özellikleri

Alkol Kullanımına İlişkin Özellik	n	%
Tüketme		
Evet	111	37,00
Hayır	189	63,00
TOPLAM	300	100,00

Tüketme	n	%
Sıklığı		
Ayda bir kez	21	19,00
Ayda iki üç kez	9	8,10
Nadiren özel günlerde	81	72,90
TOPLAM	111	100,00

Çizelge 3.10'da çalışma grubunun KAH ile ilgili eğitim alma durumları saptanmıştır. Grubun % 50,70'inin (n=152) KAH ile ilgili bilgi ya da eğitim almadığı ve % 67'sinin (n=201) olumlu sağlık davranışlarıyla ilgili bilgi almadıkları saptanmıştır. KAH sağaltımı açısından yaşam biçimi değişikliğinin önemli olduğu grubun % 50'si (n=150) tarafından belirtilmiştir.

Çizelge 3.10, Çalışma grubunu oluşturanların KAH ile ilgili eğitim alma durumları

Bilgi ya da Eğitim Özellikleri	n	%
Bilgi ya da Eğitim Alma		
Evet	148	49,30
Hayır	152	50,70
Sağlık Davranışları ile İlgili Bilgi Alma		
Evet	99	33,00
Hayır	201	67,00
Sağaltım Açısından Önemli Bulunan		
İlaç	39	13,00
Yaşam Biçimi Değişikliği	150	50,00
İlaç-Yaşam Biçimi Değişikliği	111	37,00
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.11’de çalışma grubunu oluşturanlardan eğitim almış olanların bilgilendirilme ya da eğitimin kim tarafından yapıldığı tespit edilmiştir. Eğitim alanların % 83,11’ine (n=123) doktor tarafından eğitim ya da bilgilendirme yapıldığı belirlenmiştir.

Çizelge 3. 11. Çalışma grubunu bilgilendiren ekip üyesi

Eğitim ya da bilgilendirmeyi yapan	n	%
Doktor	123	83,11
Doktor-Hemşire	25	16,89
TOPLAM	148	100,00

Çizelge 3.12’de çalışma grubunu oluşturan kadınların kendi bildirimlerine göre % 44,90’ı (n=57) menopoz sonrası ek korunma önlemi almamaktadır.

Çizelge 3.12. Çalışma grubunu oluşturan kadınlar arasında menopoz sonrası KAH’a yönelik ek korunma önlemi alma durumu

Ek Korunma Önlemi Alma	n	%
Evet	30	23,60
Hayır	57	44,90
Duymadım	40	31,50
TOPLAM	127	100,00

Çizelge 3.13’de çalışma grubunu oluşturanların vücut ağırlıklarına ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Grubun % 53,7’sinin (n=161) ideal vücut ağırlığını

genel olarak korudukları belirlenmiştir. Grubun % 39'unun (n=117) boyları 161-170 cm arasında olup, % 35'inin (n=105) vücut ağırlığı 76-85 kg arasında ve % 33,30'u obezdir.

Çizelge 3.13, Çalışma grubunun antropometrik özellikleri

Antropometrik Özellikleri	n	%
Vücut Ağırlığı Koruma Çabası		
Hiçbir Zaman	50	16,60
Bazen-Sık sık	161	53,70
Düzenli Olarak	89	29,70
Boy (cm)		
150-160	84	28,00
161-170	117	39,00
171-180	85	28,30
181-190	14	4,70
Vücut Ağırlığı (kg)		
50-65	27	9,00
66-75	59	19,60
76-85	105	35,00
86-95	96	32,00
≥96	13	4,40
BKİ (kg/m²)		
Normal (18,5-24,9)	42	14,10
Şişman (25-29)	158	52,60
Obez (30-39,9)	100	33,30
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.14'de çalışma grubunun ilaç kullanımına ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Grubun % 78'inin (n=234) ilaçlarını aksatmadan kullandığı, % 49,7'sinin (n=149) ilaçlarının etkisini bildiği, % 35'inin ilaçlarının yan etkisini bildiği saptanmıştır. Grubun % 82,3'ünün (n=244) ilaçlar zarar verdiğinde düzenli

olarak kontrole gittiği ve % 86,3'ünün (n=259) ilaç kullanımına doktor kontrolünde devam ettiği saptanmıştır.

Çizelge 3. 14. Çalışma grubunun ilaç kullanımı ile ilgili özellikleri

İlaç Kullanım Özellikleri	n	%
Aksatmadan Kullanma		
Düzenli Olarak	234	78,00
Sık sık	51	17,00
Bazen	15	5,00
Etkisini Bilme		
Hiçbirinin	1	0,30
Bazılarının	58	19,30
Çoğunun	149	49,70
Hepsinin	92	30,70
Yan Etkisini Bilme		
Hiçbirinin	96	32,00
Bazılarının	105	35,00
Çoğunun	55	18,30
Hepsinin	44	14,70
Zarar Verdiğinde Doktora Gitme		
Hiçbir zaman	2	0,70
Bazen	14	4,70
Sık sık	40	13,30
Düzenli Olarak	244	81,30
Kullanmayı Bırakma		
Düzenli Olarak Kullanırım	259	86,30
Sık Sık Kullanırım	33	11,00
Bazen Kullanırım	8	2,70
TOPLAM	300	100,00

Çizelge 3.15'de çalışma grubunun SYBDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları, bu ölçeklerin puan aralığı ile birlikte sunulmaktadır. KAH tanılı bireyler en yüksek puanı kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden (30,57±4,31) almıştır. En düşük puanı ise egzersiz (18,44±6,85) alt ölçeğinden almıştır. SYBDÖ genel toplam puan ortalamaları (153,22±22,31) dir.

Çizelge 3.15. Çalışma Grubunun SYBDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

ALT ÖLÇEKLER	Çalışma Grubu Ortalama Puanları	Ölçek Puan Aralığı
	$x \pm ss$	Min - Maks
Kendini Gerçekleştirme	30,57±4,31	15-36
Sağlık Sorumluluğu	25,17±5,22	11-56
Egzersiz	18,44±6,85	8-32
Beslenme	27,68±4,39	3-36
Kişiler Arası Destek	30,45±3,67	17-36
Stres Yönetimi	20,90±4,30	11-31
SYBDÖ TOPLAM Puanı	153,22±22,31	92-204

Çizelge 3.16'da görüldüğü gibi kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları ve meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun, erkeklerin, yüksekokul ve üniversite mezunlarının, KAH süresi iki yıldan az olanların ve emekli polis-subayların kendini gerçekleştirme alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Çalışmaya katılan KAH tanılı bireylerin sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, KAH'a yönelik olumlu sağlık davranışları ile ilgili bilgi alma durumu grupları ve meslek grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun, üniversite mezunlarının, KAH süresi iki yıldan az olanların, KAH'a yönelik olumlu sağlık davranışları ile ilgili bilgi alanların ve memurların sağlık sorumluluğu alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.16).

Egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, KAH'a yönelik olumlu sağlık davranışları ile ilgili bilgi alma durumu grupları, meslek grupları ve başka kronik hastalık bulunması durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun, kadınların, üniversite mezunlarının, KAH süresi iki yıldan az olanların, KAH'a yönelik olumlu sağlık davranışları ile ilgili bilgi alanların, ev hanımlarının ve başka kronik hastalığı olmayanların egzersiz alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.16).

KAH tanılı bireylerin beslenme alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, meslek grupları ve başka kronik hastalık bulunması durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun, erkeklerin, üniversite mezunlarının, KAH süresi iki yıldan az olanların, emekli polis-subayların ve başka kronik hastalığı olmayanların beslenme alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.16).

Çalışma grubunun kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları ve KAH süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun ve KAH süresi iki yıldan az olanların kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.16).

Stres yönetimi alt puan ölçeği ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, KAH'a yönelik olumlu sağlık davranışları ile bilgi alma durumu grupları, meslek grupları ve başka kronik hastalık bulunma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun, erkeklerin, üniversite mezunlarının, KAH süresi iki yıldan az olanların, KAH'a yönelik olumlu sağlık davranışları ile ilgili bilgi alanların, memurların ve başka kronik hastalığı olmayanların kişiler arası destek alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.16).

SYBDÖ genel toplam puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, meslek grupları ve başka kronik hastalık bulunma durumu grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun, erkeklerin, üniversite mezunlarının, KAH süresi iki yıldan az olanların, memurların ve başka kronik hastalığı olmayanların SYBDÖ genel toplam puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.16).

Çizelge 3.16, Çalışma Grubunun SYBD Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	Kendini Gerçekleşt.	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişiler arası destek	Stres yönetimi	Genel Toplam
Yaş								
20 49	111	31,30±4,22	26,93±4,86	21,72±6,56	28,25±4,90	30,95±3,57	22,17±4,13	161,32±21,85
50 59	138	30,54±4,00	24,50±4,97	16,71±6,18	27,69±3,71	30,48±3,34	20,46±4,06	150,38±19,80
60 üzeri	51	29,08±4,95	23,16±5,57	15,98±6,52	26,43±4,72	29,29±4,45	19,33±4,60	143,27±24,17
		p=0,009 f=4,745	p=0,001 f=12,023	p=0,001 f=23,494	p=0,049 f=3,047	p=0,027 f=3,643	p=0,001 f=9,462	p=0,001 f=14,744
Cinsiyet								
Kadın	127	29,63±4,85	25,46±5,71	15,16±5,69	26,54±4,07	30,20±3,68	19,81±4,06	146,80±21,02
Erkek	173	31,27±3,73	24,95±4,84	20,85±4,84	28,53±4,43	30,64±3,66	21,70±4,31	157,94±22,11
		p=0,008 z=-2,666	p=0,405 z=-,832	p=0,000 z=-7,362	p=0,000 z=-4,502	p=0,271 z=-1,100	p=0,000 z=-3,785	p=0,000 z=-4,499
Öğrenim Durumu								
İlköğretim	86	29,49±4,53	24,22±5,85	13,69±4,34	25,93±3,88	30,20±3,93	18,91±4,08	142,43±18,34
Lise	45	30,33±4,44	25,56±5,09	18,73±6,69	27,64±4,26	30,22±4,07	21,29±4,56	153,78±23,38
Yüksek okul	103	30,58±4,38	24,73±4,71	18,55±5,83	27,92±4,71	30,25±3,68	20,77±3,76	152,81±21,17
Üniversite	66	32,14±3,32	26,83±4,89	24,26±6,55	29,62±3,98	31,26±2,90	23,44±3,87	167,55±20,36
		p=0,001 χ ² =16,854	p=0,019 χ ² =9,949	p=0,000 χ ² =86,974	p=0,000 χ ² =34,817	p=0,738 χ ² =1,262	p=0,000 χ ² =45,732	p=0,000 χ ² =25,538
Meslek								
Em. Memur	35	30,11±5,48	25,49±5,30	17,31±6,84	26,97±4,14	29,80±4,84	20,43±4,49	150,11±25,29
Em.polis subay	64	31,45±3,17	23,81±3,86	19,58±6,43	29,14±3,61	30,27±3,06	21,00±3,43	155,25±18,56
Ev hanımı	85	29,71±4,33	25,05±5,76	13,95±4,64	26,53±3,54	30,53±3,18	19,38±3,90	145,14±17,26
Memur	88	31,33±3,99	26,68±4,97	22,59±6,68	28,48±5,05	31,27±3,19	22,81±4,42	163,16±23,24
Serbest çalışan	28	29,39±5,19	23,50±5,86	17,82±5,30	26,25±5,07	28,89±5,30	19,89±4,59	145,75±25,06
		p=0,025 χ ² =11,162	p=0,006 χ ² =14,621	p=0,000 χ ² =70,564	p=0,000 χ ² =26,756	p=0,130 χ ² =7,120	p=0,000 χ ² =31,678	p=0,000 χ ² =38,056
KAH Süre								
2 yıldan az	126	31,33±3,68	26,38±4,85	20,37±6,68	28,13±4,72	31,01±3,31	21,57±4,22	158,79±21,27
2 yıl ve üzeri	174	30,00±4,65	24,29±5,32	17,05±6,64	27,38±4,11	30,05±3,87	20,41±4,30	149,19±22,24
		p=0,018 z=-2,370	p=0,001 z=-3,312	p=0,000 z=-4,217	p=0,037 z=-2,087	p=0,045 z=-2,002	p=0,010 z=-2,571	p=0,000 z=-3,852
Başka kro. Has								
Evet	90	29,74 ±4,87	24,71±6,17	15,67±6,59	26,79±4,22	30,19±4,19	19,71±4,74	146,81±24,17
Hayır	210	30,93±4,00	25,37±4,79	19,63±6,62	28,07±4,41	30,57±3,42	21,41±4,00	155,97±20,93
		p=0,066 z=-1,140	p=0,384 z=-3,088	p=0,000 z=-2,343	p=0,006 z=-,153	p=0,692 z=-,448	p=0,001 z=-1,968	p=0,002 z=-1,518
KAH Bilgi								
Evet	148	30,86±4,15	25,55±5,25	18,93±7,07	28,14±4,23	30,71±3,84	21,36±4,38	155,55±22,78
Hayır	152	30,29±4,45	24,80±5,18	17,96±6,61	27,24±4,50	30,20±3,49	20,45±4,19	150,95±21,69
		p=0,254 z=-1,140	p=0,276 z=-1,090	p=0,289 z=-1,060	p=0,078 z=-1,763	p=0,062 z=-1,869	p=0,104 z=-1,626	p=0,069 z=-1,817
Sağ.dav.bil								
Evet	99	29,76±5,17	26,48±5,30	19,86±7,30	27,56±4,75	29,97±4,62	21,74±4,85	155,36±26,64
Hayır	201	30,98±3,77	24,52±5,07	17,74±6,52	27,75±4,20	30,69±3,08	20,49±3,95	152,16±19,83
		p=0,254 z=-1,838	p=0,002 z=-,870	p=0,019 z=-4,858	p=0,879 z=-2,723	p=0,654 z=-,397	p=0,049 z=-3,380	p=0,129 z=-3,169

Çizelge 3.17’de çalışma grubunun ÇYSDOÖ alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. KAH tanılı bireyler en yüksek puanı dış denetim odağı alt ölçeğinden ($27,96\pm 3,389$) almışlardır. En düşük puanı ise şans etkisi ($19,94\pm 5,24$) alt ölçeğinden almışlardır.

Çizelge 3. 17. Çalışma Grubunun ÇYSDOÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

ALT ÖLÇEKLER	Çalışma Grubu Ortalama Puanları	Ölçek Puan Aralığı
	$\bar{x} \pm ss$	Min - Maks
İç denetim	$27,01\pm 4,23$	11-36
Dış denetim	$27,96\pm 3,89$	13-36
Şans etkisi	$19,94\pm 5,24$	6-31

Çizelge 3.18’de görüldüğü gibi iç denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler ve KAH ile ilgili bilgi alma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Altmış yaş ve üzeri grubunun, erkeklerin ve KAH ile ilgili bilgi alanların iç denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, BKİ grupları, meslek grupları ve başka kronik hastalık bulunma durumu grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Elli- elli dokuz yaş grubunun, kadınların, ilköğretim mezunlarının, KAH süresi iki yıl ve üzeri olanların, obez bireylerin, ev hanımlarının ve başka kronik hastalığı olanların dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.18).

Şans etkisi alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, BKİ grupları ve meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Elli- elli dokuz yaş grubunun, kadınların, ilköğretim mezunlarının, KAH süresi iki yıl ve üzeri olanların, obez

bireylerin ve ev hanımlarının dış denetim odağı alt ölçęi puan ortalamaları daha yüksektir (Çizelge 3.18).

Çizelge 3.18. Çalışma Grubunun ÇYSDOÖ Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	n	İç Denetim Odağı	Dış Denetim Odağı	Şans Etkisi
Yaş				
20 49	111	27,38±4,09	26,81±3,64	18,72±4,86
50 59	138	26,41±3,95	28,67±4,09	20,88±5,22
60 üzeri	51	27,82±5,06	28,51±3,31	20,06±5,64
		p=0,014	p=0,000	p=0,003
		$\chi^2=8,467$	$\chi^2=16,574$	$\chi^2=11,571$
Cinsiyet				
Kadın	127	26,15±4,49	28,91±3,41	21,47±4,95
Erkek	173	27,64±3,92	27,26±4,07	18,82±5,17
		p=0,001	p=0,001	p=0,000
		z=-3,197	z=-3,293	z=-3,957
Öğrenim durumu				
İlköğretim	86	26,66±4,93	29,59±3,29	22,59±4,97
Lise	45	26,76±4,29	28,11±4,11	18,80±5,06
Yüksek okul	103	26,95±3,09	27,96±3,43	20,00±4,41
Üniversite	66	27,73±3,67	25,71±4,12	17,17±5,27
		p=0,407	p=0,000	p=0,000
		$\chi^2=2,899$	$\chi^2=36,629$	$\chi^2=40,353$
Meslek				
Em. Memur	35	27,82±3,82	27,05±4,01	19,77±4,23
Em.polis subay	64	26,84±4,13	27,90±4,17	19,35±5,36
Ev hanımı	85	26,04±4,80	29,88±3,12	22,34±5,00
Memur	88	27,64±3,53	26,43±3,32	18,05±4,81
Serbest çalışan	28	27,28±4,77	28,14±4,54	20,10±5,62
		p=0,132	p=0,000	p=0,000
		$\chi^2=7,067$	$\chi^2=39,769$	$\chi^2=30,174$
KAH Süre				
2 yıldan az	126	27,34±4,32	27,29±4,02	19,25±5,17
2 yıl ve üzeri	174	26,77±4,16	28,44±3,73	20,44±5,25
		p=0,117	p=0,014	p=0,035
		z=-1,569	z=-2,453	z=-2,103
Başka kro. Has				
Evet	90	26,28±4,93	28,50±4,58	20,82±5,44
Hayır	210	27,31±3,86	27,72±3,54	19,56±5,12
		p=0,139	p=0,030	p=0,085
		z=-1,479	z=-2,173	z=-1,720
KAH Bilgi				
Evet	148	27,52±4,27	27,72±3,64	19,57±5,18
Hayır	152	26,51±4,14	28,19±4,12	20,30±5,29
		p=0,023	p=0,155	p=0,299
		z=-2,268	z=-1,423	z=-1,038
BKİ				
Normal	42	28,43±3,61	26,48±4,30	18,88±5,12
Şişman	158	26,96±3,99	27,29±3,79	19,30±5,19
Obez	100	26,49±4,17	29,63±3,20	27,40±5,11
		p=0,113	p=0,000	p=0,002
		$\chi^2=4,364$	$\chi^2=30,953$	$\chi^2=12,847$

Çizelge 3.19’da çalışma grubunun Sağlık Durumunu Algılama (SDA) Ölçeğinden aldıkları ortalama puanı yer almaktadır.

Çizelge 3.19. Çalışma Grubunun Sağlık Durumunu Algılama Ortalama Puanı

ÖLÇEK	Çalışma Grubu Ortalama Puanları	Ölçek Puan Aralığı
	$x \pm ss$	Min - Maks
Ölçek puanı	5,89±1,41	1-9

Çizelge 3.20’de görüldüğü gibi Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, eğitim durumu grupları, BKİ grupları, KAH süresi grupları, meslek grupları, başka kronik hastalık bulunma durumu grupları, KAH ile ilgili bilgi alma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yirmi-kırk dokuz yaş grubunun, üniversite mezunlarının, normal kiloda olanların, KAH süresi iki yıldan az olanların, memurların, başka kronik hastalığı olmayanların ve KAH ile ilgili bilgi alanların Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir.

Çizelge 3.20. Çalışma Grubunun SDA Ortalama Puan Dağılımı

Değişkenler	n	Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği	p	
Yaş				
20 49	111	6,41±1,53	p=0,000	$\chi^2=33,947$
50 59	138	5,70±1,16		
60 üzeri	51	5,29±1,39		
Cinsiyet				
Kadın	127	5,71±1,44	p=0,142	z=-1,467
Erkek	173	6,02±1,37		
Öğrenim Durumu				
İlköğretim	86	5,16±1,31	p=0,000	$\chi^2=50,406$
Lise	45	6,07±1,43		
Yüksek Okul	103	5,84±1,17		
Üniversite	66	6,79±1,33		
Meslek				
Em. Memur	35	6,17±1,01	p=0,000	$\chi^2=61,744$
Em. Polis subay	64	5,52±1,22		
Ev hanımı	85	5,20±1,35		
Memur	88	6,77±1,24		
Serbest çalışan	28	5,71±1,43		
KAH Süre				
2 yıldan az	126	6,07±1,46	p=0,017	z=-2,395
2 yıl ve üzeri	174	5,76±1,36		
Başka kro. Has				
Evet	90	5,42±1,49	p=0,000	z=-3,918
Hayır	210	6,09±1,32		
KAH Bilgi				
Evet	148	6,03±1,40	p=0,012	z=-1,554
Hayır	152	5,76±1,41		
BKİ				
Normal	42	6,62±1,65	p=0,000	$\chi^2=32,513$
Şişman	158	6,08±1,29		
Obez	100	5,29±1,20		

4. TARTIŞMA

Çalışma, çalışma grubunu oluşturanlar özelinde KAH tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkili öğelerin irdelenmesi amacıyla GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı 300 birey üzerinde yapılmıştır.

Elde edilen bulgular aşağıdaki bölümlerle tartışılmıştır:

- Tanıtıcı Özellikler ve Hastalıkla İlgili Özellikler
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Alınan Puanlar Sağlık
- Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinden Alınan Puanlar
- Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği Puanları

4.1. Çalışma Grubunun Tanıtıcı ve Hastalıkla İlgili Özellikleri

Araştırma grubunu oluşturan GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran daha önceden KAH tanısı almış 20 yaş üstü kişilerden, çalışmaya katılan 300 kişinin yaş ortalaması $52,5 \pm 8,65$ yıl (min:21, max:76) olup, % 57,7'si (n=173) erkek, % 46,3'ü (n=139) kadındır. Sevinç ve Akyol'un 2007 yılında yürüttüğü "Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörü Dağılımı" çalışmasında grubun (n=270) yaş ortalaması $58,7 \pm 9,14$ 'tür. Grubun % 71,5'ini erkekler oluşturmaktadır. Çalışmamızda erkeklerin yüzdesinin fazla olması GATA AEAH'ne başvuranların özellikle uzman çavuş, er, erbaş, subay, astsubay ve gazi olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Yapılan çalışmada KAH'ın erkeklerde daha yüksek olması, GATA AEAH'ya başvuran erkeklerin eğitim seviyesinin yüksek olması nedeniyle hastalıklarının daha çok farkında olması ve erkeklerin kadınlara oranla hastaneye daha kolay ulaşabilir olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Grubun % 93,7'sini evliler, % 44,7'sini ilde yaşayanlar, % 56,3'ünü yüksek okul ve üniversite mezunları, % 69,3'ünü çalışmayanlar, % 51'ini ekonomik durumu orta olanlar oluşturmaktadır. Bu bulgular GATA AEAH başvuran 20 yaş üzeri grubun genel özelliklerini yansıtır olabilir. Grubun % 30'u KAH dışında kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. KAH dışında kronik hastalığı olanların en sık bildirdiği hastalık (% 67,7) hipertansiyondur. Dilek ve ark.'larının 2008 yılında yürüttüğü "Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" çalışmasında ise grubun % 45,8'inin (n=118) hipertansiyon hastası olduğu belirtilmiştir. TEKHARF 2009 yılı çalışması kapsamında kardiyovasküler hastalık ve mortalitenin her iki cinsten de en güçlü bağımsız etkenin sistolik kan basıncı olduğu belirlenmiştir.

Grubun % 52,3'üne hekim tarafından diyet önerilmiştir. Ayrıca grubun kendi bildirimlerine göre % 52,6'sı şişman ve % 33,3'ü obezdir. Çöl ve ark.'larının 2001 yılında yürütmüş olduğu "Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler" çalışmasında BKİ değerine göre obez olanların payı % 56,4 (n=439) dür. Dilek ve ark.'larının çalışmasında grubun % 52,6'sının beden kitle indeksinin 25-30 kg/m² arasında olduğu saptanmıştır. Dünyada 300 milyonu obez olmak üzere bir milyardan fazla erişkinin vücut ağırlığı olması gerkenden fazladır. Kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde de obezite temel nedenlerden biridir. Ayrıca diyet ve yaşam biçimi değişiklikleriyle yakından ilişkili olup, pek çok kronik hastalık için altta yatan risk etmenidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ekonomik ve sosyal gelişimin erken döneminde diyet ve fizik etkinlik örüntüsü büyük hızla değişmekte olduğundan obezite yükü bu ülkelere doğru yer değiştirmekte, Türkiye de bu değişimlerden etkilenmektedir (Onat, 2009). On sekiz yıldır yürütülen TEKHARF çalışmasında olumsuz beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik, beslenme eğitiminin daha etkin şekilde verilmesinin önerilmesi bu araştırma sonuçlarını da desteklemektedir.

Grubun % 50,70'inin (n=152) KAH ile ilgili bilgi ya da eğitim almadığı, eğitim alanların ise % 83,11'ine (n=123) hekim tarafından eğitim ya da bilgilendirme yapıldığı saptanmıştır. Grubun % 82'sinin rutin kontrol zamanlarını, % 68,3'ünün rutin kontrollerinin yapılması gereken sıklığı bildiği ve % 97,7'sinin hastalıkla ilgili

raporlarını, kayıtlarını sakladığı ayrıca kadınların % 44,88'inin menopoz sonrası ek korunma önlemi almadığı belirlenmiştir. Grubun % 50'si tarafından KAH sağaltımı açısından yaşam biçimi değişikliğinin önemli olduğu belirtilmiştir. Bu verilerden hastalara verilen eğitimin içeriğinin ağırlıklı olarak hastalık kontrol zamanları ve raporlarını saklamaları yönünde olduğu düşünülebilir. Hastalık seyrini olumsuz etkileyebilecek davranışsal etmenlerden sigara kullanımı; halen sigara kullananlar, kullanmaya başlamış ve azaltmış ya da tamamen bırakmış olanlarla birlikte % 56,30, alkol kullanımı % 37 oranında bulunmuştur. Sigara kullanmaya başlayıp KAH tanısı konulduktan sonra sigara içimini azaltan ya da tamamen bırakanların %93,9 (n=82)'dir. Halen sigara içen ve sigara kullanmayı azaltanlardan %75,25'i (n=97) sigara kullanmayı bırakmak istemektedir. Bu etmenler KAH'la birlikte bulunduğu daha da önem kazanmakta ve fatal ve fatal olmayan kardiyovasküler hastalığı net bir şekilde artırmaktadır. Bu konuda birinci hedef sigaraya başlanmasını önlemek, ikinci hedef ise sigara kullanma oranlarını düşürmek olmalıdır.

4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Ait Bulguların Değerlendirilmesi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin toplam ölçek ve alt ölçeklerinden alınan puanların yüksek olması bireyin sağlığı geliştirici davranışa sahip olma ve kazanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

KAH tanılı bireyler sırasıyla kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden (30,57±4,31), kişiler arası destek alt ölçeğinden (30,45±3,67), beslenme alt ölçeğinden (27,68±4,39), sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden (25,17±5,22), stres yönetimi alt ölçeğinden (20,90±4,30), ve egzersiz alt ölçeğinden (18,44±6,85) puan almıştır. SYBDÖ'den alınabilecek en yüksek toplam puan 208 iken katılan grubun puan ortalamasının (153,22±22,31) ile orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Enç ve Özdemir'in 2002 yılında yürüttüğü "Hipertansiyonlu Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi" çalışmasında (n=60) SYBDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar: kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden (32,15±8,17),

sağlık sorumluluğu alt ölçeğinden (25,58±5,68), kişilerarası destek alt ölçeğinden (21,60±4,06), beslenme alt ölçeğinden (16,88±3,80), stres yönetimi alt ölçeğinden (13,37±4,29) ve egzersiz alt ölçeğinden (8,98±3,55) ortalama paundur. SYBDÖ genel toplam puan ortalamaları (128,57±23,49) olarak belirlenmiştir.

Kaya ve ark.'larının 2005 yılında yürüttüğü “Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi” başlıklı çalışmada Öğretim elemanlarının (n=301) SYBDÖ Alt ölçeklerden alınan en yüksek puanın kendini gerçekleştirme (27,2±4,1), en düşük puanın ise egzersize ait (18,0±4,8) olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan öğretim elemanları; SYBD ölçeğinin genelinden (139,5±18,0) puan almıştır. Bu durum bireylerin Öğretim elemanı olmalarından dolayı eğitim düzeylerinin yüksek olması ile açıklanabilir.

Yalçinkaya ve ark.'larının 2006 yılında yürüttüğü “Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi” çalışmasında en düşük puan egzersiz alt boyutundan alınırken, en yüksek puanın kişiler arası destek alt boyutundan alınmış olduğu belirlenmiştir.

Kendini gerçekleştirmekte olan birey; kim olduğunu gerçekçi bir gözle algıladığı gibi, kim olabileceği hakkında da daha tutarlı bir kişiliğe sahiptir. Kendine saygı duyar ve kendini olduğu gibi kabul eder. Duygu ve düşüncelerini uygun bir şekilde dile getirir. Değişmeye ve yeni yaşantılara açıktır. Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi piramidinin en üst basamağındaki kendini gerçekleştirme, kişinin diğer basamaklardaki ihtiyaçlarının doyurucu bir şekilde karşılaması sonucu ulaşabileceği son noktadır. Bunun için hiyerarşi piramidindeki diğer basamaklardaki ihtiyaçların karşılanmış olması gerekmektedir. KAH tanılı bireyler kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden (30,57±4,31), Enç ve Özdemir'in çalışmasında hipertansiyonlu bireyler kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden (32,15±8,17), Kaya ve ark.'larının çalışmasında Öğretim elemanları kendini gerçekleştirme alt ölçeğinden (27,2±4,1) ile en yüksek puanı almıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda KAH tanılı bireylerin bu gruptan yüksek puan almış oldukları vurgulanması gereken bir bulgudur.

KAH tanılı bireyler egzersiz alt ölçeğinden ($18,44\pm 6,85$), Enç ve Özdemir'in çalışmasında hipertansiyonlu bireyler egzersiz alt ölçeğinden ($8,98\pm 3,55$), Kaya ve ark.'larının çalışmasında öğretim elemanlarının egzersiz alt ölçeğinden ($18,0\pm 4,8$) ile en düşük puanı egzersiz alt boyutundan almıştır. Bu çalışmada ve yapılan birçok çalışmada toplum genelinde ve erkeklere göre kadınlarda egzersiz puanı düşük bulunmuştur. Sağlık üzerinde olumlu etkileri birçok çalışmada ortaya konmuş ve sağlığı geliştirmede en önemli etmenlerden biri olarak bilinen düzenli egzersiz yapma davranışının ülkemizdeki yaygınlığının ne kadar az olduğunu göstermesi bakımından araştırmalar dikkat çekicidir. Yapılan çalışmalarda ve bu çalışmada egzersiz puanının düşük olması fiziksel hareketlilikle ilgili toplu taşıma araçları, güvenli yaya yolları kısıtlılığını da yansıtır olabilir. Egzersiz yapmak için uygun alanların yetersiz olması ya da bu alanlara ulaşmada güçlük yaşanmasından kaynaklanıyor olabilir.

KAH tanılı bireyler beslenme alt ölçeğinden ($27,68\pm 4,39$), Enç ve Özdemir'in çalışmasında hipertansiyonlu bireyler beslenme alt ölçeğinden ($16,88\pm 3,80$) puan almıştır. KAH tanılı bireylerin beslenme alt ölçeğinden aldığı puan hipertansiyonlu bireylere göre daha yüksektir. Bu durum KAH'lı bireylerin KAH'ı daha yüksek risk olarak algılamasından ya da Enç ve Özdemir'in çalışmasında ($n=60$) olmasından kaynaklanıyor olabilir. Diyetin sağlığa olan etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Literatürde birçok kronik hastalık ve ölümlerin nedeninin kötü beslenme alışkanlıklarından ve yetersiz egzersiz yapmadan kaynaklandığı belirtilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan KAH tanılı bireylerin yaşlarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde 20-49 yaş grubu toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha yüksek düzeyde uyguladıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$), yine çalışmamızda yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme düzeyinin azalması, yaşlandıkça başkalarına olan bağımlılığın artması ve hastalıkla baş edebilme becerisinin azalmasıyla açıklanabilir.

Cinsiyetin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisi incelendiğinde; erkeklerin sağlık sorumluluğu ve kişiler arası destek dışında diğer alt ölçek puanlarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Enç ve Özdemir'in

hipertansiyonlu bireylerdeki çalışmasında da sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. İki çalışmanın bulguları uyumludur. Tokuç ve Berberoğlunun 2006'da yürüttüğü "Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar" çalışmasında kadınların toplam puanının ve egzersiz dışında diğer alt grup puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlara göre, erkeklerin hasta olduktan sonra SYBD daha yüksek düzeyde gerçekleştirdiği düşünülebilir. Çalışmamızın sonuçları toplumumuzdaki sağlığı geliştirme programlarının yetersiz oluşundan, kadınların bu programlara ulaşmada güçlük çekmesinden ve gruptaki kadınların öğrenim durumunun erkeklere göre daha düşük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Üniveriste mezunlarında ilkokul, lise ve yüksek okul mezunlarına göre kişiler arası destek alt grubu dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme düzeyi daha yüksek düzeyde bulunmuştur ($p<0,05$) Yapılan diğer araştırma sonuçları bizim araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Eğitimin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışların sağlık algısını olumlu bir şekilde etkilediği belirtilmiştir.

KAH süresi iki yıldan az olan bireylerin toplam sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirme düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalık süresi uzadıkça hastalığa ve riske ilişkin duyarlılık azalıyor olabilir.

KAH ile ilgili sağlık davranışlarıyla ilgili bilgi alan bireylerde sağlık sorumluluğu, egzersiz ve stres yönetimi alt ölçekleri puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgu etkili bilgilendirme ve eğitim çalışmalarının beklenir sonucu olarak değerlendirilebilir.

KAH dışında başka kronik hastalığı da olan bireylerde egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt ölçeklerini gerçekleştirme düzeyleri daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Hastalık yükü arttıkça bireylerin sağlığı geliştirici davranışları daha az uygulamaları beklenir bir sonuç olabilir.

Çalışma grubunu oluşturanlarda diğer meslek gruplarına göre; memurlarda sağlığı geliştirici davranışlar toplam puanı daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Enç ve Özdemir'in çalışmasında da sağlıklı yaşam biçimi davranışları memur ve emeklilerde daha yüksek düzeyde saptanmıştır.

KAH tanılı bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalaması (153,22±22,31), Enç ve Özdemir'in çalışmasında hipertansiyonlu bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları (128,57±23,49), Kaya ve ark.'larının çalışmasında öğretim elemanları, SYBDÖ puan ortalamaları (139,5±18,0) olarak belirlenmiştir. Hasta bireylerde gerçekleştirilen bu çalışmalardaki sonuçların sağlıklı bireylerinkiyle birbirine yakın değerlerde olduğu gözlenmektedir. KAH tanılı bireylerde yürütülen bu çalışmada ve hipertansiyonlu bireylerde yapılan çalışmada Toplam Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam puanının daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum hasta bireylerin risk algısının sağlıklı bireylerden daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda bu grup için yapılacak sağlığı geliştiren davranışa sahip olma ve kazandırma programlarının başarısının olumlu etkileneceği söylenebilir.

4.3. Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinden Alınan Puanlar

Çalışma grubu en yüksek puanı dış denetim odağı alt ölçeğinden (27,96±3,89), en düşük puanı ise şans etkisi (19,94±5,24) alt ölçeğinden almıştır.

Enç ve Özdemir'in çalışmasında olguların içsel kontrol düzeyinin düşük (24,72), dışsal kontrol düzeyinin (25,33) ve şans etkisi düzeyinin (24,63) yüksek olduğu saptanmıştır.

Tabak ve Akkösenin 2005'te ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeylerini, bu konuda ergenlere yapılacak eğitimin sağlık denetim odağı algılamalarına olan etkisini ve sağlık davranışlarına yansımaları belirlemek amacıyla yürüttükleri "Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri" başlıklı çalışma lise 9. sınıfta 6 grupta yer alan 192 öğrenciyi

kapsamaktadır. Üç grup (108 öğrenci) tesadüfi örnekleme ile müdahale grubu seçilmiş ve bu gruplara dört ders saati sağlık denetim odağı konusunda ders anlatılmıştır. Kontrol grubu ise 84 öğrenciden oluşmaktadır. ÇYSDOÖ müdahale öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Sağlık Denetim Odağı konusunda yapılan eğitim öğrencilerin iç sağlık denetim odağı algılarını yükseltmiş, şans ya da kadereci denetim odağı algısını azaltmıştır. Bu açıdan müdahale ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamızdaki 50 yaş ve üstü bireylerde dış denetim odağı ve şans etkisi daha yüksek bulunmuştur. Enç ve Özdemir'in çalışmasında 60 yaş ve üstü bireylerde, güçlü dışsal kontrol düzeyi ve şans etkisi daha yüksek düzeyde gözlenmiştir. Yaşla birlikte başkalarına olan bağımlılığın artması sonuçları bu yönde etkilemiş olabilir.

İlköğretim ve lise mezunlarında dışsal kontrol düzeyi ve şans etkisi daha yüksek saptanmıştır. Enç ve Özdemir'in çalışmasında elde edilen bulgular bu çalışmada elde edilen bulgularla uyumludur. Eğitim düzeyinin düşük olması bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu diğer insanlara bıraktığını ve sağlığı üzerinde şans, talih, kader gibi dışsal etmenlerin yüksek olduğunu düşündüğünü gösterebilir.

Çalışmamızdaki obez bireylerde dışsal kontrol düzeyi puanı ve şans etkisi puanı daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Enç ve Özdemir'in çalışmasında da vücut ağırlığı obez olanlarda şans etkisi ve dışsal kontrol düzeyi puanı daha yüksektir. Bu sonuçlar bireyin tersine obezitesini kendisinin değiştiremeyeceği, etkileyemeyeceği kanısında olduklarını düşündürebilir.

Çalışmamızda ev hanımlarının, kadınların ve serbest çalışan bireylerin dışsal kontrol düzeyi ve şans etkisi daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Enç ve Özdemir'in çalışmasında da ev hanımları ve serbest çalışan diğer meslek gruplarına göre dışsal kontrol düzeyi ve şans etkisi daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Bu gruplarda ev hanımlarının ve serbest çalışan bireylerin eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir.

İçsel denetimli bireylerin sağlık sorunlarına dikkat çekildiğinde, hastalık hakkında bilgi toplamaya diğer kişilerden daha eğilimli oldukları yapılan çalışmalarda

görülmüştür. Bu grupta güçlü dışsal kontrol düzeyi desteklenerek içsel kontrol düzeyi artırılmaya çalışılabilir ve sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma ve yeni davranış kazanma düzeyi olumlu etkilenebilir.

Hasta bireylerde sağlıklı bireylere göre daha yüksek beklenen içsel sağlık kontrol düzeyi bizim çalışmamız ve Enç ve Özdemir'in çalışmasında da düşük bulunmuştur. Bu sonuç çalışma kapsamına alınan gruplarının hastalık yönetiminde başarısız olduğunu gösterir. Bu durum KAH tanılı bireylere yönelik düzenlenen sağlığı geliştirme programlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bunun için gruba öncelikle sağlık, sağlık sorumluluğu, sağlığın önemini kavrayabilecekleri ve öz bakım gücünü güçlendirmeye yönelik eğitim programları düzenlenebilir. Ayrıca grup için hazırlanacak olan sağlığı geliştirme programları öncelikle sağlığı geliştiren davranışlara doğrudan etkisi olan bilişsel algılama etmenlerinin geliştirilmesi yönünde olmalıdır.

4.4. Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği puanları

Grubun sağlık durumunu algılama ölçeği puan ortalaması (5,89±1,41) dir. Gökdoğan ve Akıncı'nın (n=70) "Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları" başlıklı çalışmasında diyabetli hastaların mevcut sağlıklarını algılama puan ortalamasının (5,77±2,45) olduğu görülmektedir. Her iki çalışmada da sonuç, hastaların sağlık durumlarını sağlıklarını orta düzeyde algıladıklarını göstermektedir. Enç ve Özdemir'in hipertansiyonlu bireylerde yaptığı çalışmada ise sağlık durumunu algılama ölçeği puan ortalaması (2,28±0,56) olarak saptanmıştır. Hipertansiyonlu bireyler sağlık durumlarını kötü olarak algılamaktadırlar.

Çalışmamızda 20-49 yaş grubunun ve üniversite mezunlarının sağlık durumlarını "iyi" olarak algıladıkları bulunmuştur. Literatürde genç olanların bakım ve tedaviye ilişkin endişelerinin olduğu, yaşlandıkça komplikasyon gelişme korkusuyla sosyal ve tıbbi endişelerin çoğaldığı ve hastalığı algılayışlarının değiştiği bildirilmektedir

(Gafvels ve ark. 1993). Sağlık durumlarını “iyi” olarak algılanması bu grubun eğitim düzeyinin yüksek olmasıyla ilgili olabilir.

BKİ göre vücut ağırlığı normal olan bireyler sağlık durumlarını daha iyi olarak algılamaktadır. Vücut ağırlığı fazla olan bireylerde beden imajının bireyin sağlık durumuna ilişkin algısını olumsuz etkilediği düşünülebilir.

KAH süresi iki yıldan az olan ve KAH dışında başka kronik hastalığı olmayanlar sağlık durumlarını daha yüksek düzeyde algılamaktadır. Hastalık süresinin uzaması ve başka hastalıklarının bulunması bireylerin hastalıkla başedebilme gücünün azaldığını düşündürebilir.

KAH ile ilgili bilgi alanların sağlık durumunu algılama düzeyleri daha iyidir. Verilen eğitim, sağlıkla ilgili sorunların giderilip sağlığın geliştirilmesini, bireyin sağlıklı yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerini kazanmasını ve sağlık durumunu daha iyi düzeyde algılamalarını sağlamış olabilir.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma grubunu oluşturan sağlık davranışlarıyla ilgili bilgi, tutum ve davranışların belirlenmesi amacıyla planlanan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- En çok uygulanan sağlık davranışı kendini gerçekleştirmedi.
- En az uygulanan sağlık davranışı egzersizdir.
- SYBDÖ toplam puan ortalamaları yaş 20-49 yaş grubunda daha yüksektir,
- SYBDÖ toplam puan ortalamaları erkeklerde daha yüksektir,
- SYBDÖ toplam puan ortalamaları yüksek okul ve üniversite mezunlarında daha yüksektir,
- SYBDÖ toplam puan ortalamaları KAH süresi daha az olanlarda daha yüksektir,
- SYBDÖ toplam puan ortalamaları memurlarda daha yüksektir,
- SYBDÖ toplam puan ortalamaları KAH dışında başka kronik hastalığı bulunanlarda daha yüksektir,
- Yaş arttıkça dış denetim odaklılık ve şans etkisi düzeyi daha yüksek saptanmıştır,
- Erkekler kadınlara göre daha iç denetim odaklıdır,
- Yüksek okul ve üniversite mezunlarında iç denetim odaklılık daha yüksektir,
- Vücut ağırlığı normal bireyler daha iç denetim odaklıdır,
- Ev hanımlarında dış denetim odaklılık ve şans etkisi düzeyi daha yüksektir,
- 20-49 yaş grubundakiler sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır,
- Yüksek okul ve üniversite mezunları sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır,
- Vücut ağırlığı normal bireyler sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır,
- KAH süresi 2 yıldan az olanlar, sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır,

- Memurlar sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır,
- KAH dışında başka kronik hastalığı bulunanlar sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır,
- KAH ile ilgili bilgi alanlar sağlıklarını daha iyi olarak algılamaktadır,

Yüksek risk gruplarına yönelik müdahalelerin daha etkili ve başarılı olduğu verisi bulgusu ışığında;

- Ulusal ölçekte KAH tanısı alanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, geçerli ve güvenilir ölçeklerle değerlendirilmelidir
- Kronik hastalığı olanlara yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma programları planlanmalıdır.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma programları planlamadan önce; bireysel modeller kullanılarak bireylerin değişebilen ve bilişsel algılama etmenlerinin, sağlık davranışlarının ve davranışlarını etkileyen etmenler incelenmelidir.
- Ülkemizde KAH na yönelik sağaltım programları içeriğinde hipertansiyon, sigara kullanımı, obezite ele alınmalıdır. KAH'lılara yönelik eğitimlerin önceliğini değiştirilebilir risk etmenleri oluşturmalıdır.
- Hastaların özbakım sorumluluklarını daha iyi yerine getirebilmeleri için, sağlık ekibinin, sağlık davranışlarını değiştirici programlar geliştirme, uygulama ve değerlendirme çabaları düzenlenmeli ve sağaltım programları sistemi içinde ele alınmalıdır.
- KAH tanılı bireylerde kardiyak esenlendirme ve ikincil koruma programlarının yararları bir çok ülkede kanıtlanmıştır. Bu nedenle de kardiyak hastaların tedavisinde kardiyak esenlendirme ve ikincil koruma zorunlu hale gelmiştir. Ülkemizde de kardiyak esenlendirme merkezlerinin açılması desteklenmelidir.
- Kardiyak esenlendirme programları kapsamında KAH tanısı alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen bireysel ve hastalık ile ilgili özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, yaşanılan yer, gelir düzeyi, ilave hastalık tanısı...) dikkate alınmalı ve eğitim programları bu ögelere göre düzenlenmelidir.

- İçsel kontrol düzeyi düşük, güçlü dışsal kontrol ve şans etkisi düzeyi olan bireylere, sağlık sorumluluklarını ve bilinçlerini artırmaya yönelik programlar sunulmalıdır.
- KAH tanısı olan bireylere bakım veren hemşireler sağlıklı yaşam biçimi davranışları bunları etkileyen faktörler konusunda bilgilendirmeli ve bu bilgileri hemşirelik bakımına yansıtmaları için desteklenmelidir.
- KAH tanılılarda egzersiz ve stres yönetimine yönelik eğitimlere ağırlık verilmelidir.
- Bireyselleştirilmiş düzenli ve planlı egzersizlerin bu süreçte ilaç ve uygun diyetle birlikte uygulanması genel ve kardiyak ölümlerde azalmaya yol açabilecektir. KAH'larına fizyolojik, sosyal ve psikolojik destek vererek, daha kaliteli bir yaşam sürmelerine katkı sağlanmalıdır.
- Çalışma grubuna verilen bilgi ya da eğitimin içeriğinin geliştirilmesi ve daha nitelikli ve sistematik bir eğitim verilmesi için planlamalar yapılmalıdır.

ÖZET

Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Etkili Öğelerin İrdelenmesi (Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)

Koroner Arter Hastalığı (KAH) gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de gerek morbidite gerekse mortalitenin en önemli nedenidir. KAH'ın yaşam süresi ve kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde yaşam biçimlerini değiştirmeye yönelik koruyucu programların önemi daha iyi anlaşılacaktır. Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırma programları düzenlenmeden önce, bireylerin davranışlarını etkileyen etmenlerin ve bir davranışı yapıp yapmadığının bilinmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın kısa dönemli amacı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA AEAH), Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı bireyler özelinde sağlığın geliştirilmesine yönelik davranışları tanımlamak, sağlık davranışlarını etkileyebilecek bireysel özelliklerini ve sağlık denetim odağı ve algılama düzeylerini belirlemektir.

Elde edilen verilerin uzun erimde KAH tanısı alanların esenlendirme programlarına ışık tutabileceği umulmaktadır. Çalışma, 2009-2010 yıllarında yürütülmüş olan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Veri toplama formu araştırmacı tarafından KAH tanılı bireylere yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış olup çalışma öncesi belirlenmiş olan 300 kişi hedefine ulaşıldığında veri toplama sonlandırılmıştır.

Veri toplama formu kişisel bilgi formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (ÇYSDOÖ) ve Sağlık Durumunu Algılama Ölçeği (SDAÖ) sorularından oluşturulmuştur. Veriler bilgisayarda Statistical Package for Social Sciences 15.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir.

Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerde normal dağılıma uyanlar için çoklu grup karşılaştırılmasında ANOVA testi, post-hoc olarak Tukey testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayanlar için çoklu grup karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi, iki grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. $P<0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $52,5 \pm 8,65$ yıl ve % 57,7'si erkektir. Grubun % 93,7'sini evlilerin, % 44,7'sini ilde yaşayanların, % 56,3'ünü yüksek okul ve üniversite mezunlarının, % 69,3'ünü çalışmayanların, % 51'ini ekonomik durumu orta olanların oluşturduğu belirlenmiştir. Grubun kendi bildirimlerine göre % 52,6'sı şişman ve % 33,3'ü obezdir. Grubun % 50'si tarafından KAH sağaltımı açısından yaşam tarzı değişikliğinin önemli olduğu belirtilmiştir KAH tanısı konulduktan sonra % 93,9'unun sigara kullanımını bıraktığı ya da azalttığı, % 75,5'inin sigara kullanmayı bırakmak istediği saptanmıştır.

KAH tanılı bireylerin SYBDÖ puan ortalaması ($153,22 \pm 22,31$) olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden en yüksek puan ortalaması ($30,57 \pm 4,31$) ile Kendini Gerçekleştirme, en düşük ortalama ise ($18,44 \pm 6,85$) ile Egzersiz alt ölçeğinden alınmıştır. SYBDÖ toplam puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, eğitim durumu grupları, KAH süresi grupları, meslek grupları ve başka kronik hastalık bulunma durumu grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

ÇYSDOÖ açısından; KAH tanılı bireyler en yüksek puanı dış denetim odağı alt ölçeğinden ($27,96 \pm 3,389$), en düşük puanı ise şans etkisi ($19,94 \pm 5,24$) alt ölçeğinden almışlardır.

SDAÖ puan ortalaması ($5,89 \pm 1,41$) dir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 10'dur. Grup sağlık durumunu iyi olarak algılamamaktadır. SDAÖ puan ortalamaları açısından yaş grupları, eğitim durumu grupları, BKİ grupları, KAH süresi grupları, meslek grupları, başka kronik hastalık bulunma durumu grupları, KAH ile ilgili bilgi alma durumu grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma programları planlamadan önce; bireysel modeller kullanılarak bireylerin değişebilen ve bilişsel algılama etmenlerinin, sağlık davranışlarının ve davranışlarını etkileyen etmenler incelenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Koroner Arter Hastalığı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Sağlık Denetim Odağı, Sağlık Durumunu Algılama

SUMMARY

Health Behaviors of Individuals with Coronary Artery Disease Diagnosis and Affecting Factors (Example of Ankara Research and Training Hospital of Gulhane Military Medical Academy)

So as in developed countries, coronary artery diseases (CADs) are the top cause of mortality and morbidity in Turkey. Including the high morale and economic costs, taking in to consideration the negative effects of CAD on life expectancy and on quality of life, the importance of preventive programs related to changing life styles becomes more clear. Understanding the psychosocial characteristics of individuals may be useful for identifying effective health education programs and interventions.

Short term objective of this study is to define the individual characteristics those may effect health behaviors, healthy lifestyle behaviors, and perception of health locus of control based on the study group. In long term, findings can provide scientific information to the rehabilitation programs of coronary artery disease patients.

The descriptive study has been carried out at cardiology polyclinic of Ankara Training and Research Hospital of Gulhane Military Medical Academy (ATRH GMMA) between December 2009-February 2010. The inclusion criteria for the study group (n= 300) was as follows: persons those had coronary artery disease diagnose at least 6 months before the data collection period and those approved to participate to the study. Ethical approval for the study was granted by the research committee of ATRH GMMA.

A 104-item questionnaire for socio demographic characteristics, for Health Promotion Life-Style Profile Scale (HPLSP) and the Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLOC) and the Perception of Health State Scale (PHSS), were filled with face to face interview technique by the researcher. By reaching to the 300th person, data collection period was completed as decided before. The analysis of the data was obtained by using descriptive statistical and when necessary ANOVA, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis variance analysis methods in SPSS 15.0. Tukey test was used for posthoc evaluation. For statistical significance, $p < 0.05$ is accepted.

Mean age of the group was $52,5 \pm 8,65$ and 57,7% were males. Of the group 93,7% were married, 44,7% were living in urban settlements, 56,3% were higher education or university graduates, 69,3% were non-workers and 51% percent reported middle income.

According to the self reportings of the study group, 52,6% were overweight and 33,3% were obese. "Life style change is an important factor for the treatment of CAD" opinion was shared 50% of the group. After the CAD diagnosis 93,9% quitted smoking (or reduced the number) and 75,5% reported intention of quitting.

The total Health Promotion Life-Style Profile Scale scores of the study group was $(153,22 \pm 22,31)$. The highest mean score was self actualization $(30,57 \pm 4,31)$ and the lowest mean score was exercise $(18,44 \pm 6,85)$. As regard to total Health Promotion Life-Style Profile Scale scores statistically significant differences had been found between age, gender, education, disease period, occupation and chronic condition groups.

As regard to the Multidimensional Health Locus of Control (HLOC) Scale scores of the study group; the highest mean score was External HLOC $(27,96 \pm 3,389)$ and the lowest mean score was Chance HLOC $(19,94 \pm 5,24)$.

The total Perception of Health State Scale (PHSS) score was $(5,89 \pm 1,41)$ while the maximum score could be obtained is 10. As regard to the average PHSS scores statistically significant differences had been found between age, education, body mass index, disease period, occupation, chronic condition and CAD related course groups.

The new health promotion point of view and the discipline of health education support widely that the main factors which affect the health of communities are the individual health actions that are mainly based on the internal features of individuals such as beliefs, locus of control, self-efficacy and so on. Before planing and implementing education programs for the rehabilitation of persons with coronary conditions it is necessary to analyse these characteristics and create supportive environments.

Key Words: Coronary Artery Disease, Health Behaviours, Healthy Lifestyle Behaviors, Health Locus of Control

KAYNAKLAR

- AKDEMİR N, BİROL L. (2005). Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; p.193-99.
- AKDUR R., AYDIN E. (2003). Tıbbi Etik Ve Meslek Tarihi Songür Yayıncılık
- ARSLAN P. , MERCANLIGİL S. , GÖKMEN H. (2009). Özel Tekharf Beslenme Kanadı
- ALTUN B., ARICI M., NERGİZOĞLU G., DERİCİ Ü., KARATAO. N, TURGAN Ç., (2003). Türk Hipertansiyon Prevelansi Çalışması Erişim: [http://www.türkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf]
- AKILLI A. (2006).Koroner Kalp Hastalıklarında EKG *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilinleri Dergisi Kardiyoloji cilt: 2* sayı: 33
- ALİSİNANOĞLU F. (2003). Çocukların Denetim Odağı İle Algıladıkları Anne Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Erişim: [hptt://www.tebd.gazi.edu.tr/arsiv/2003_cilt1/sayi_1/97-108.PDF/]
- AYDIN D. (2006). Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi: 13(4)/ 43-48*
- BERRY JARETT D., DONALD M. L., DANİEL B. , GREENLAND P., (2007). Framingham Risk Score and Prediction of Coronary Heart Disease Death in Young Men. *American Heart Journal Volume 154:* 80-6
- BİROL L, AKDEMİR N. (2004) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Güneş Kitabevi p: 3-462
- CARL J. LAVIE, RICHARD V., MILANI, (2005). Prevalence of Hostility in Young Coronary Artery Disease Patients and Effects of Cardiac Rehabilitation and Exercise Training Mayo Clinic Proc. March 2005;80(3):335-342 Erişim: [hptt://[Www.Mayoclinicproceedings.Com/](http://www.Mayoclinicproceedings.Com/)]

- CHAMBLESSA L.E., FOLSOMB A.R., SHARRETT N., SORLIEC P., COUPERA D., SZKLOD M., NIETOE F. J. (2003) .Coronary Heart Disease Risk Prediction In The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Journal of Clinical Epidemiology p:880–890
- CHARLES H, HENNEKENS. (1998). Increasing Burden of Cardiovascular Disease. *Current Knowledge and Future Firections for Research on Risc Factors. Circulation.* 1998; **97**: 1095-1102
- ÇENESİZ E. (2007).Türkiye’de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli İle İlgili Çalışmaların Değerlendirilmesi Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tez, Ankara,
- ÇETİN E. (2004). Klinik Kardiyoloji. MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı p:1-81
- ÇÖL M. (2008). Dünyada Kardiyovasküler Hastalıklar ve Kontrolü. 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 21-25 Ekim Ankara
- ÇÖL M., Özdemir O., Ocaktan E. (2002). Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*; **59**:144-150
- DEMİRSOY N., ÖZYEMİŞÇİ TAŞKIRAN Ö. (2010). Yaşlılarda Kardiyak Rehabilitasyon: Türkiye’ye ve Dünyaya Genel Bir Bakış *Turkish Journal of Geriatrics Supplement 2*, (125 - 133)
- DEMİRTAŞ E. (2000). Koroner Kalp Hastalığında Primer ve Sekonder Koruma. *T Klin J Cardiol* 2000, **13** (S)
- DİLEK F. (2008). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi
- DSÖ (2005). Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

- ERGÖR G. (2008). Bir Üniversite ve Belediye İşbirliği: Balçova'nın Kalbi (Bak Projesi Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı *Memleket-Mevzuat Dergisi-Yerel Yönetim Araştırma Yardım ve Eğitim Derneği (YAYED) Cilt:3* Sayı:31 Ocak sayfa:66-67.
- EROL M.K. (2007). Tedavide Kardiyovasküler Risklerin Yönetimi. *MN Kardiyoloji cilt:14*, sayı:4 p:12-20
- ESER E. (2006). Temel Sağlık Hizmetleri Ve Sağlığın Geliştirilmesi Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1.Ulusal Sağlığı Geliştirme Ve Sağlık Eğitimi Kongresi, Muğla
- ENÇ N., ÖZDEMİR Ü.(2002). Hipertansiyonlu Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enst.Dergisi* 4(13):31-40
- FUSTER V., WAYNE R, ALEXANDER, R.A. O'ROURKE (2002). *The Heart Türkçe 1.Baskı 3.Cilt*
- GAFVELS C., LİTHMEL F., BORJESER B., (1993) Living With Diabetes: Relationship to Gender, Duration and Compliations. A Survey İn Nothern Sweden, *Diabetes Med*, 10(8):760-773.
- GÖKDOĞAN F. ve AKINCI F. (2001). Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. *Çukurova Üniversite Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1)
- GROENE O., BARBERO M. (2005). Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi Kanıt ve Kalite Yönetimi Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
- HEART DİSEASE AND STROKE STATISTICS — 2010 Update, American Heart Association Erişim: [<http://www.americanheart.org/statistics/>]
- İSLAMOĞLU Y., KOPLAY M., SUNAY S., AÇIKEL M., (2008). *Obezite ve Metabolik Sendrom Tıp Araştırmaları Dergisi: 6 (3) :168 -174*
- JOSEPH G, MURPLY, MD, MARGARET A. LLOYD, (2008). Mayo Clinic Cardiology

- KAPLAN N.M. (2001). Management of Hypertensive Patients With Multiple Cardiovascular Risk Factors. *American Journal Of Hypertension*: **14**:221-24.
- KARADAĞ A., CICIOĞLU İ., BALIN M., YAVUZKIR M. (2007). Aerobik Egzersiz Programının Kardiyak Rehabilitasyon ve Koroner Risk Faktörlerine Etkisi: **21** (5): 203 – 210 Erişim: [<http://www.Fusabil.Org>]
- KARAPOLAT H. , DURMAZ B. , (2008). Kardiyak Rehabilitasyonda Egzersiz *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2008; **8**: 51-7
- KAYA F., ÜNÜVAR,R, BIÇAK A., YORGANCI E., ÇINAR B., ÖZ F., KANKAYA F. (2005). Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TSK Koruyucu hekimlik Bülteni*, 2008: **7**(1)
- KOLDAŞ L. (2008). Bir Bütün Olarak Kardiyovasküler Riskin Ele Alınmasının Önemi *Kardiyoloji Gündemi Sempozyum Dizisi No: 64* s: 25-42
- KUT A. (2009). Obezite ve Sağlıklı Yaşam Tarzı. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi; Tanıtım Sayısı*
- KÜLTÜRSAY H. (2001). Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi. Sayfa 101-190
- MEIR J. STAMPFER, FRANK B. HU, JOANN E. MANSON, ERIC B. RIMM, AND WALTER C. WILLETT, (2000). *Primary Prevention of Coronary Heart Disease in Women through Diet and Lifestyle* **Volume 343**:16-22 July 6,
- MELİKOĞLU L. (2008). Akut Miyokard İnfarktüsü ve Unstabil Angina Pectoris Tanıları Olan Hastalarda Ürik Asit ve Lipit Seviyelerinin Tespiti Tıpta Uzmanlık Tezi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. İç Hastalıkları Kliniği İstanbul
- MERZ B., ALBERTS M.J., BALADY G.J., KATHY B. (2010). Competence and Training for Prevention of CVD. Erişim: [<http://circ.ahajournals.org>]. Erişim Tarihi: 12.04.2010
- METİNTAŞ S., ARIKAN İ. (2008). Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunmada Toplum Tabanlı Koruma Projelerinin Yeri *Taf Preventive Medicine Bulletin*:**7**
- MITKA M., (2004). Heart Disease a Global Health Threat. *JAMA*. 291: 2533.

- MOLLAOĞLU M. (2007). Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşireliği AD. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, 5-7 Nisan
- ONAT A. (2009). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. TEKHARF çalışması pdf Erişim: [<http://tekharf.org/2009>]
- ONAT A, ALBAYRAK S, KARABULUT A, KÜÇÜK DURMAZ Z, KAYA Z, BULUR S, ERBİLEN E, TUNCER M. (2006). TEKHARF Taramasında Ölüm ve Koroner Olaylar: Kadınlarda Mortalitede Azalma, Koroner Kalp Hastalığı Genel Prevalansında Artma. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2007; 147-53
- ONAT A. (2009). Alkol İçimi: Risk Değişkenleri Ve Kardiyometabolik Risk Üzerine Uzun Vadede Etkileri Tekharf
- ONAT A. (2009) . Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı Tekharf
- ONAT A. (2009). Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi: Eğilimler ve Kardiyometabolik Etkiler Tekharf
- ONAT A., SANSOY V. (2009). Türk Erişkinlerinde Obezite, Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları Tekharf
- ORTH-GOMÉR K. (2007). Erkek ve Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalık Önlenmesinin Psikososyal ve Davranışçı Yönleri *Current Opinion in Psychiatry Türkçe Baskı Cilt 3*, Sayı 1
- OTO A. (2003) Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon. Ankara: Farma Tıp Yayıncılık p:51-75
- ÖZER S. (2002). Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- ÖZYURDA F.(2008).Türkiyede Kalp Hastalıkları 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 21-25 Ekim Ankara

- PİYAL B. (2006). Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi: Kavramsal ve Kuramsal Yaklaşım Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi 1.Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi, Muğla
- RIJKEN M., VAN KERKHOFF M., DEKKER J., SCHELLEVIS FG. (2005). Comorbidity of Chronic Diseases: Effects of Disease Pairs on Physical and Mental Functioning. *Qual Life Res* **14**: 45-55.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2008). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı
- SARDOĞAN M., KAYGUSUZ C., KARAHAN T. F. (2006). Bir İnsan İlişkileri Beceri Eğitimi Programının Üniversite Öğrencilerinin Denetim Odağı Düzeylerine Etkisi *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **Cilt 2**, Sayı 2, s: 184-194.
- SEVİNÇ S., DURMAZ AKYOL (2007). A.Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörleri Dağılımı, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2009: **18** (3)
- SYDELL AND ARNOLD MILLER (2000-2009). Family Heart & Vascular Institute Coronary Artery Disease Treatment Guide Cleveland Clinic. All Rights Reserved. Rev. 9/09 [[Www.Clevelandclinic.Org/Heart](http://www.Clevelandclinic.Org/Heart)]
- TABAK R.S. (2000). Sağlık Eğitimi, Ankara. Somgür Yayınevi
- TABAK R., AKKÖSE K. (2006). Ergenlerin Sağlık Denetim Odağı Algılama Düzeyleri ve Sağlık Davranışlarına Etkileri *Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi TAF Preventive Medicine Bulletin*: **5** (2)
- TEMEL F., ÖZVARIŞ Ş. (2007). Sağlığı Geliştirme Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara ISBN: 978-975-491-252-4
- TOKGÖZ E. (2002). Kadın Öğretim Elemanlarında Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- TOKAT M, OKUMUŞ H. (2008). Başarılı Emzirme İçin Kuram ve Modele Dayalı Hemşirelik Uygulamaları Nasıl Geliştirilir. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*-**vol10** No 3-9.

- TOKUÇ B., BERBEROĞLU U.(2007). Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni: 6(6)*
- TÜRKERİ F. (2006). Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki ilişkilerin Tanımlanması. T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Dönem Projesi. Ankara
- TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ Ulusal Kalp Sağlığı Politikası Ana İlkeleri Erişim:[http://www.tkd-online.org/link/TKD_UlusalKalpSagligiPolitikasi.pdf] Erişim tarihi: 10.03.2010.
- TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ (2007). *Kararlı Angina Pectoris Tedavi Kılavuzu Arş; 35: 167-207*
- TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ (2002). Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu Erişim: [www.tkd.org.tr/pages.asp] Erişim tarihi: 15.03.2010
- TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ KLAVUZ YAYINLARI (2007). Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Klavuzu
- UZUN M. (2007). Kardiyak Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi ve Egzersiz *Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2007; 7: 298-304*
- TYROLER H.(2000).Diseases and Health Problems Coronary Heart Disease Epidemiology İn The 21st Century By The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health *Epidemiologic Reviews Copyright 2000 Vol. 22, No. 1*
- ÜNAL B. (2006). Türkiye’de Kalp Sağlığı Politikası Nasıl Olmalı Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 1.Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi, Muğla
- ÜNSAR S., DURNA Z. (2007). Health-Related Quality Of Life İn Patients With Coronary Artery Disease *The Journal Of Cardiovascular Nursing: November/December 2007 - Volume 22 - Issue 6 - Pp 501-507*
- YALÇIN R. , CEMRİ M., BOYACI B. , TİMUR T. , KAYNAK D. , AKAT A, ÜNLÜ M. (2006). Koroner Arter Hastalığı *Gazi Tıp Dergisi 2000 Cilt: 17 Sayı: 1-33*

- YALÇINKAYA M., ÖZER F., KARAMANOĞLU A. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6)
- YARDIM N. (2008). Kardiyovasküler Hastalıklar ve Risk Faktörleri İle Mücadelede Halk Sağlığı Yaklaşımı ve Sağlık Bakanlığı Çalışmaları 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 21-25 Ekim Ankara
- WILMA J.M. REIMER S., MOONS P., GEEST S., FRIDLUND B.(2006) Cardiovascular Risk Estimation by Professionally Active Cardiovascular Nurses: *Nurses Cohort European Journal of Cardiovascular Nursing* p:258–26
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998). Health Promotion Glossary, Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR), Health Education and Health Promotion Unit (HEP), Geneva
- WORLD HEALTH ORGANİZATİON (2007). Prevention of Cardiovascular Disease: Guidelines for Assessment And Management of Total Cardiovascular Risk. Geneva
- WYER S. J., EARLL L., JOSEPH S., HARRISON J., GILES M., JOHNSTON M. (2001). Increasing attendance at a cardiac rehabilitation programme: an intervention study using the *Theory of Planned Behaviour Coronary Health Care*: 5(3), 154–159 available online [<http://www.idealibrary.com>]

EKLER


EK-1 Etik Kurul


T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU


OTURUM NO : 135
OTURUM TARİHİ : 30 Haziran 2009
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ


GATA Etik Kurulu'nun 30 Haziran 2009 günü yapılan 135. oturumunda, GATA Kardiyoloji AD7'dan Sv. Me. Hemşire Nilgün Kuru'nun sorumlu araştırmacılığını yaptığı "**Koroner Arter Hastalığı Tanısı Alan Hastaların Yaşamlarını Daha Sağlıklı Sürdürebilmeleri İçin Yapmaları Gereken Davranış Değişikliğinin Araştırılması**" başlıklı, tek merkezli, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.


Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.


BAŞKAN

Deniz SAĞDIÇ
Prof.Dz.Diş Tbp.Alb.


ÜYE

H.İbrahim ALTINSOY
Prof.Tbp.Alb.


ÜYE

Cem TAYFUN
Prof.Dz.Tbp.Alb.

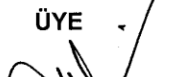
ÜYE

Can Polat EYİGÜN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

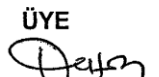
ÜYE

Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.


ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.


ÜYE

Tunçer HAZNEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.


ÜYE

Hasan OZAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Şenay SÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Onur GENÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Mükerrrem SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Nalan AKBAYRAK
Prof.Dr.Sağ.Yb.

EK-2**Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı olarak bir yüksek lisans tezi çalışması olarak yürütülmektedir. Amaç; sizlerin sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarınızı ve bununla ilişkili öğeleri bilimsel olarak saptamaktır. Veri toplama formunda kimlik bilgileriniz yer almamaktadır. Vereceğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın niteliği açısından önemlidir. Elde edilen bilgiler amacı dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Katılımınız ve içtenlikli yanıtlarınız için teşekkür ederim.

Nilgün KURU

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Tarih:No:

1.Doğum yılınız

2.Cinsiyetiniz

1) Kadın 2) Erkek

3.Yaşamınızın çoğunu geçirdiğiniz yer?

1) İl 2) ilçe 3) Büyükşehir 4) Köy- kasaba

4.Medeni durumunuz

1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Dul 5) Diğer

.....

5.Mezun olduğunuz okul?

1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4)Yüksek okul 5) Üniversite ve üstü

6. Mesleğiniz;

7. Çalışma durumunuz;

1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum

8. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) Çok iyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çok kötü

9.Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Hiç içmedim () (12.soruya geçiniz)
 2) yıl günde.....adet içtim,.....yıl/aydır bıraktım
 3) yıl günde adet içtim yıl / aydır adete azalttım
 4) yıldır ve halen günde.....adet içiyorum .

10.Azalttınız ya da bıraktı ise koroner arter hastalığı tanısından öncesi / sonrası**11.Sigara kullanmayı bırakmayı düşündünüz mü?**

- 1) Evet 2) Hayır 3) Diğer (Açıklayınız)

12.Sigara dumanına maruz kalmamaya özen gösteririm.

- 1) Hiçbir zaman 2) Bazen 3) Sık sık 4) Düzenli olarak

13.Alkollü içecek tüketme durumunuz.

- 1) Evet 2) Hayır (cevabınız hayırsa 15. soruya geçiniz)

14.Cevabınız evetse alkollü içecek tüketme sıklığınız

- 1) Ayda bir kadeh
 2) Haftada bir iki kadeh
 3) Haftada en az iki üç kadeh
 4) Her gün en az bir kadeh
 5) Nadiren, özel günlerde

15.Boyunuz:**16. Vücut ağırlığınız:****17.Benim için ideal vücut ağırlığımı korumaya çalışırım.**

- 1) Hiçbir zaman 2) Bazen 3) Sık sık 4) Düzenli olarak

18. Koroner arter hastalığından başka tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?

- 1) Evet (belirtiniz.....) 2) Hayır 3) Diğer (Açıklayınız)

19.Ne kadar zamandır koroner arter hastasıınız?.....**20. Koroner arter hastalığı sebebiyle hastanede yattınız mı?**

- 1) Evet 2) Hayır

21. Koroner arter hastalığıyla ilgili bilgilendirildiniz ya da eğitim aldınız mı?

- 1) Evet (kimden.....) 2) Hayır

22.Koroner arter hastalıklarından korunmaya yönelik olumlu sağlık davranışları açısından sağlık personeli tarafından bilgilendirildiniz ya da eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

23. Koroner arter hastalıklarından korunmada hangisini daha önemli buluyorsunuz?

- 1) İlaç 2) Yaşam tarzı değişikliği 3) ilaç ve yaşam tarzı değişikliği 4) hiçbiri 5) Diğer.....

Yalnızca kadın hastalara sorulacak

24. Menopoz sonrası koroner arter hastalığı riskiniz arttığı/ artacağı için ek korunma önlemleri almayı düşündünüz mü?

- 1) Evet 2) Hayır 3) Diğer (Açıklayınız)

25. Rutin kontrollerinizin neler olduğunu biliyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

26. Rutin kontrollerinizi ne sıklıkla yaptırmanız gerektiğini biliyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

27. Takip edilmekte olduğunuz hastalıkla ilgili sağlık kayıtlarınız, raporlarınız, tetkik sonuçlarınızı saklıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

28. Doktorunuz tarafından hastalığınıza yönelik diyet önerildi mi?

- 1) Evet 2) Hayır

29. İlaçlarımı aksatmadan kullanırım.

- 1) Hiçbir zaman 2) Bazen 3) Sık sık 4) Düzenli olarak

30. İlaçlarımın etkisini bilirim.

- 1) Hiçbirinin 2) Bazılarının 3) Çoğunun 4) Hepsinin

31. İlaçlarımın yan etkisini bilirim.

- 1) Hiçbirinin 2) Bazılarının 3) Çoğunun 4) Hepsinin

32. İlaçlar bana zarar verdiğinde doktora giderim.

- 1) Hiçbir zaman 2) Bazen 3) Sık sık 4) Düzenli olarak

33. Doktor ilaçları bırakmamı söyleyene kadar kullanmaya devam ederim.

- 1) Hiçbir zaman 2) Bazen 3) Sık sık 4) Düzenli olarak

EK-3 SAĞLIĞI GELİŞTİRİCİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Bu ankette su anki yaşam biçiminiz ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz

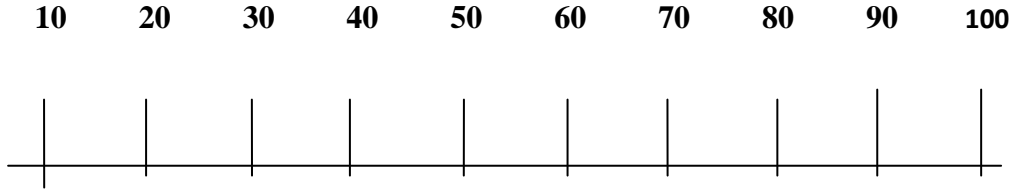
		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmeğ, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle banşık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açılırım				

EK-4**SAĞLIK DURUMUNU ALGILAMA ÖLÇEĞİ**

Sağlık durumunun ne kadar iyi veya kötü olduğunu ifade edebilmede yardımcı olmak için, üzerinde hayal edebileceğiniz en iyi sağlık durumunu 100 ile ve hayal edebileceğiniz en kötü sağlık durumunu 0 ile gösterebileceğiniz bir ölçek çizdik. Bu ölçek üzerinde bugünkü sağlığınızın kendi düşüncenize göre ne kadar iyi veya kötü olduğunu işaretlemenizi istiyoruz. Lütfen alttaki ölçekten sağlığınızın ne kadar iyi veya ne kadar kötü olduğunu gösteren noktaya kadar bir çizgi çizerek yapınız. Çizginiz ölçek üzerinde bir nokta mutlaka kesmelidir.

Bu günkü sağlık durumunuz



EK-5

SAĞLIK DENETİM ODAĞI ÖLÇEĞİ (B)

Aşağıdaki anket sizin sağlık durumunuzla ilgili cümlelerden oluşmaktadır. Her cümlenin karşısında, cümlede yer alan düşünceye (“Hiç katılmıyorum” dan, “tamamen katılıyorum”a kadar) sizin katılma derecenizi açıklayan ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadelerden size uygun geleni işaretleyiniz. Her cümlede yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz, boş bırakmayınız. Bu ankette doğru ya da yanlış yanıt yoktur, yalnızca sizin düşüncelerinizi belirlemek amaçlanmaktadır.

		Hiç katılmıyorum	Çoğunlukla Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Çoğunlukla Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Hasta olursam kendimi iyileştirecek güce sahibim.						
2	Ne yaparsam yapayım hasta olacaksam zaten olurum hissine sık sık kapılıyorum.						
3	Çok iyi bir doktora düzenli olarak muayene olursam, hastalanma olasılığım azalır.						
4	Tesadüfen ortaya çıkan etmenlerden sağlığımın büyük ölçüde etkilendiğini görüyorum.						
5	Sağlığımı ancak sağlık personeline danışarak koruyabiliyorum.						
6	Sağlığımdan doğrudan doğruya ben sorumluyum.						
7	Hastalanmamda ya da sağlıklı olmamda başka kişiler büyük rol oynamaktadırlar.						
8	Sağlığımla ilgili yanlış olan ne varsa benim kendi hatamdır.						
9	Hastalandığım zaman hastalığı doğal seyrine bırakmalıyım.						
10	Sağlık personeli sağlıklı olmamı sağlar.						
11	Sağlıklı olmam sadece bir şanstır.						
12	Bedensel sağlığım kendime ne kadar iyi baktığıma bağlıdır.						
13	Hastalandığımda; bunun nedeninin kendime iyi bakmayışım olduğunu bilirim.						
14	Başka kişilerden gördüğüm bakım bir hastalıktan iyileşmemi sağlayan başlıca etkidir.						
15	Kendime iyi baksam bile kolayca hastalanıyorum.						
16	Hasta olmam kaderle ilgilidir.						
17	Kendime iyi bakarsam uzun süre sağlıklı kalabilirim.						
18	Doktorun söylediklerine harfi harfine uymak, bana göre, sağlığım için en iyi yoldur.						

ÖZGEÇMİŞ

I-Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Nilgün KURU
Doğum yeri ve tarihi: Andırın, 1985
Uyruğu : TC
Medeni durumu : Bekar
İletişim adresi : Altınoluk sok. 30/16 Gökler Apt. Etlik/ANKARA
e @ posta : knilgun@windowslive.com

II-Eğitim

2008- : Yüksek Lisans Öğrencisi- Ankara Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Enstitüsü
2003-2007 : Lisans- Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik
Yüksekokulu
2003-1999 : Lise- Gülten Ali Ziyen Anadolu Lisesi

III-Mesleki Deneyim

2007-2008 stajyer hemşirelik: 6 ay Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Acil Hemşireliği, 6 ay Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım
Hemşireliği
2008 Temmuz- 2009 Eylül Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği
2009 Eylül-2010 Mart Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Hemşireliği
2010 Mart ve halen Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Acil Ara Bakım Hemşireliği

IV-Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

V-Bilimsel İlgi Alanları

Selim Kılıç, Muharrem Uçar, Esra Seymen, Seçil İnce, Nilgün Kuru, Özlem Ergüvenli, Aysun Yıldırım, Nurdan Portakal

Kendi kendine meme muayenesi bilgi ve uygulamasının GATA Eğitim Hastanesinde görevli hemşire, hemşirelik öğrencileri ve hastaneye müracaat eden kadın hastalarda araştırılması. Gülhane Tıp Dergisi 2006; 48: 200-204

VI-Bilimsel Etkinlikleri

21-25 ekim 2008 : 12. Ulusal halk sağlığı kongresi

8 Nisan 2008 : Sigara veya Sağlık Sempozyumu

2 Nisan 2009 : Sigara veya Sağlık Sempozyumu

VII-Diğer Bilgiler

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kursu

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kursu