

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIK
ALGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZAFER ŞEFİKOĞULLARI

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**MERSİN
AĞUSTOS-2018**

**KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIK
ALGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ZAFER ŞEFİKOĞULLARI

**MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK
ANABİLİM DALI**

**Danışman
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER**

**MERSİN
AĞUSTOS - 2018**

ONAY

Zafer ŞEFİKOĞULLARI tarafından Prof. Dr. Sabire Yurtsever danışmanlığında hazırlanan "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" başlıklı çalışma aşağıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından 17 Ağustos 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda oy birliği/çokluğu ile Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Görevi	Ünvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Başkan	Prof.Dr. Sabire YURTSEVER	
Üye	Doç.Dr. Hacer ÇETİN	
Üye	Dr.Öğretim Üyesi Özlem CANBOLAT	

Yukarıdaki Jüri kararı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13.08.2018 tarih ve 2018/371 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



Bu tezde kullanılan özgün bilgiler, şekil, tablo ve fotoğraflardan kaynak göstermeden alıntı yapmak 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu hükümlerine tabidir.

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

17 Ağustos 2018 / 17 August 2018

İmza / Signature



Zafer ŞEFİKOĞULLARI

ÖZET

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIK ALGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu çalışma koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran en az altı ay önce tanı almış, bilişsel fonksiyonları yeterli düzeyde olan, lisan sorunu olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18-65 yaş arasındaki 149 birey oluşturmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için çalışmaya katılan bireylerin yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmanın verileri; “Kişisel Bilgi Formu”, “Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri kullanılmıştır. İki grup arasında ölçek ortalamaları bakımından fark olup olmadığının kontrolünde student t testi, ikiden fazla grup arasında ölçek ortalamaları bakımından fark olup olmadığının kontrolünde ise One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farkın kontrolünde ise TUKEY testi kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda bireylerin %91,3’ünün evli, %75,2’sinin erkek, %88,6’sının 41-65 yaş aralığında, %50,3’nün ilköğretim mezunu ve %65,8’inin hastalık nedeniyle daha önce hastaneye yattıkları tespit edilmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları puanları bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt grupları puan ortalamaları, yüksekokul veya üniversite mezunu olanlarda, çalışan bireylerde, sigara kullanmayan bireylerde, hastaneye yatan bireylerde ve hastalığına yönelik diyet uygulayan bireylerde daha yüksek bulunmuştur. HAÖ ve alt boyutları ile SYBDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Hastalığı, Hastalık Algısı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hemşirelik

Danışman: Prof. Dr. Sabire YURTSEVER, Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DISEASE PERCEPTION OF INDIVIDUALS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AND THEIR HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS

This descriptive study was conducted to examine the relationship between the disease perception of individuals with coronary artery disease and their lifestyle behaviors. The study sample comprised 149 individuals aged 18–65 who had been admitted to Mersin University Health Research and Practice Center Cardiology Polyclinic and diagnosed with coronary artery disease at least six months prior to the study, who had adequate cognitive functions, no communication problems, and agreed to participate. Their written and verbal consent was obtained before conducting the study. The data were collected using the Socio-demographic Information Form, Illness Perception Questionnaire (IPQ), and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS), and analyzed using mean, standard deviation, and minimum-maximum scores. The student's *t*-test was used to evaluate the difference between the mean scores of the two groups. The mean scores of more than two groups were analyzed using one-way ANOVA. Significance scores between the groups were evaluated using the Tukey test.

Of the participants, 91.3% were married, 75.2% were male, 88.6% were aged 41–65, 50.3% had completed primary school, and 65.8% had been hospitalized before due to the disease.

There were differences in the IPQ subscale scores relating to socio-demographic characteristics. The total and mean scores of the HLBS and its subscales were higher in individuals who had graduated from college or university, were employed, did not smoke, had been hospitalized, and had been on a diet because of their condition. There was no significant difference between the scores of IPQ and its sub-dimensions and HLBS.

Keywords: Coronary Artery Disease, Illness Perception, Healthy Lifestyle Behaviors, Nursing

Supervisor: Prof. Sabire YURTSEVER, Mersin University, Department of Nursing, Mersin.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, ilgilerini, deneyimlerini, zamanını ve güvenini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve yol gösteren, güler yüzü ve destek veren sözleriyle çalışma azmimi perçinleyen saygı değer danışman hocam **Prof. Dr. Sabire Yurtsever'e**,

Tez ve ders dönemim boyunca beni destekleyen ve motive eden değerli hocam **Doç. Dr. Meral Altıok'a**

Hayatımın her aşaması ve her alanında yanımda olan başta babam **Behcet ŞEFİKOĞULLARI** olmak üzere bütün aileme,

Çalışmam boyunca bana destek olan, iş ve eğitim alanımda desteklerini esirgemeyen Mersin Özel Sevgi Bağı Yaşlı Bakım ve Huzurevi sahibi başta **Fatma Meral** olmak üzere bütün Sevgi Bağı ekibine,

Yüksek lisans eğitimim süresince iyi ki tanıdığım dediğim başta **Araş. Gör. Esra Çavuşoğlu** olmak üzere bütün arkadaşlarıma,

Çalışmamın verilerinin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen Doç. **Dr. Gülhan Örekici Temel'e** sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zafer ŞEFİKOĞULLARI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR ve SİMGELER	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı	4
2.2. Koroner Arter Hastalığı Prevalansı	4
2.3. Koroner Arter Hastalığı Etiyolojisi	4
2.4. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	5
2.5. Koroner Arter Hastalığı Tipleri	5
2.6. Koroner Arter Hastalığı Semptomları	6
2.7. Koroner Arter Hastalığı Tedavisi	7
2.7.1. İlaç Tedavisi	7
2.7.2. Cerrahi Girişimler	8
2.7.3. Kardiyak Rehabilitasyon	8
2.7.4. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	9
2.7.4.1. Sigara Bırakılması	9
2.7.4.2. Diyet ve Kilo Yönetimi	9
2.7.4.3. Fiziksel Aktivite	10
2.7.4.4. Lipid Yönetimi	10
2.7.4.5. Kan Basıncı Kontrolü	11
2.7.4.6. Diyabet Yönetimi	11
2.7.4.7. Psikoloji Yönetimi	11
2.8. Koroner Arter Hastalığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	11
2.9. Hastalık Algısı	14
2.9.1. Hastalığın Nedensel İnanışları	14
2.9.2. Hastalığın Kimliği	14
2.9.3. Hastalığın Zamansal İnanışları	15
2.9.4. Kontrol ve Tedavi Hakkındaki İnanışları	15
2.9.5. Hastalığın Sonuçları	15
2.10. Hastalık Algısı ve Koroner Arter Hastalığı	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın amacı	17
3.2. Araştırmanın Şekli	17
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.4. Araştırmanın Evreni	17
3.5. Araştırmanın Örneklemi	17
3.6. Verilerin Toplanması	18
3.7. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	18
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)	18
3.7.2. Hastalık Algısı Ölçeği (EK-2)	18
3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK-3)	20
3.8. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulanması	20
3.9. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	20
3.10. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi	21

	Sayfa
3.11.Araştırmanın Etik Yönü	21
3.12.Sınırlamalar	21
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	44
6.1. SONUÇLAR	44
6.2. ÖNERİLER	46
KAYNAKLAR	47
EKLER	54
ÖZGEÇMİŞ	74



TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları	23
Tablo 4.2. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları	27
Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puan Ortalamaları	32
Tablo 4.4. Hastalık Algısı Ölçeği İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon	34

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simgesi	Tanım
KAH	Koroner Arter Hastalığı
AMI	Akut Miyokard İnfarktüsü
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
NONSTEMİ	Non St Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
STEMİ	St Elevasyonlu Miyokard İnfarktüsü
MI	Miyokard İnfarktüsü
HAÖ	Hastalık Algısı Ölçeği
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Derneği)
HbA1c	Hemoglobin A1c

1. GİRİŞ

Koroner arter hastalığı (KAH) gerek gelişmiş ülkelerde gerekse Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbidite açısından ilk sıralarda yer almaktadır [1, 2]. KAH kalbin miyokard tabakasının kan desteğinin azalması ve kalbin bölümlerine yeterince oksijen gidememesi sonucu gelişmektedir [3].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünyadaki ölüm nedenlerinin ilk sırasında KAH yer almaktadır. Dünya'da her yıl kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle 17,7 milyon birey hayatını kaybetmekte ve KAH tüm dünyadaki ölümlerin %31'ni oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 20 yaş üzerindeki bireylerde KAH prevalansı %6,2'dir bu oran kadınlarda % 5,0, erkeklerde ise %7,6 olarak saptanmıştır [4]. KAH, düşük gelirli ülkelerde ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alırken orta ve yüksek gelirli ülkelerde ilk sıralarda yer almaktadır [5].

2014 yılında yapılan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre ülkemizdeki 37 yaş ve üzeri yetişkin bireylerden yılda 340 bin kişinin KAH sebebiyle hayatını yitirdiği ve 400–420 bin kişiye ise yeni KAH tanısı konulduğu belirlenmiştir [6]. 2011 yılında Türkiye'de yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışmasına göre erkeklerin yüzde 6,4'ünde, kadınların ise %9,8'inde öykü veya Rose Anketine göre tanımlanan anjina pectoris saptanmıştır. Akut Miyokard İnfarktus (AMI) öyküsü, erkeklerde % 2,3, kadınlarda ise %1,1'dir. Beyana dayalı doktor tarafından tanı konmuş KAH sıklığı erkeklerde % 3,8, kadınlarda % 2,3 olarak belirlenmiştir [7].

Koroner arter hastalıkları kapsamında unstabil angina pectoris, miyokard infarktüsü (NONSTEMİ (non st elevasyonlu miyokard infarktüsü), STEMİ (st elevasyonlu miyokard infarktüsü)) ve ani iskemik ölüm yer almaktadır [8]. KAH'na sahip bireyler arasında en sık görülen anjina pektoristir. Aynı zamanda göğüs ağrısı sendromu olarak da tanımlanmaktadır. Miyokardın oksijen gereksinimi arttığında bu gereksinim karşılanamazsa anjina pectoris belirtileri ortaya çıkmaktadır. Anjina pektoriste ağrının sebebi miyokardın oksijenlenmesinin azalmasıdır. Koroner arterlerde daralma söz konusu olup, göğüs ağrısı ile kendini göstermektedir [9].

Koroner arter hastalığının bir diğer tipi olan miyokard infarktüsü (MI) ise, miyokardiyal oksijen ihtiyacı ve sunumu arasındaki dengesizlik sonucu oluşan miyokard doku hasarı ile ortaya çıkan bir klinik semptomdur. Koroner kan akımı bir pıhtı veya yağlı bir oluşum tarafından bir süre kesintiye uğratılırsa MI ile sonuçlanan miyokardiyumun ölümü meydana gelmektedir [10]. Avrupa'da her 42 saniyede bir kişi MI nedeniyle hayatını kaybetmektedir [4]. Bu değer de konunun ciddiyetinin önemini vurgulamaktadır.

Koroner arter hastalığı nedeniyle hastaların sürekli olarak bir takım semptomlar deneyimlemeleri ve ölüm korkularının olması hastalık algılarını etkileyebilmektedir. Her hastalık bireye özgüdür, bu nedenle benzer hastalıklara kişiler farklı cevaplar verebilmektedir [11].

Hastalık algısı, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların, farklı algılarının olması ve bu algıların bazen hastaları yanlış yönlendirmesi nedeniyle önemlidir.

Hastalık algısı, hastalık durumunun bilişsel görünümü olarak ifade edilmektedir. Bir başka deyişle kişilerin hastalık dönemleri boyunca yaşadıkları deneyimler, hastalık süreci, baş etme mekanizmaları ve psikopatoloji üzerine doğrudan etkisi olan bir kavram olarak açıklanmaktadır [12].

Literatürde KAH'da hastalık algısını inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. MI geçirmiş hastalarda yapılan bir çalışmada hastalık algısının MI sonrası iyileşme üzerine etkili olduğu saptanmıştır. Hastalığı negatif algılama ile hastalığın komplikasyonları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir [13]. Acehan (2010)'ın yaptığı çalışmada hastalık algısının hastalığı anlama boyutunun hipertansiyonu etkilediği ve kan basıncı kontrol altında olan bireylerinde hastalığı daha iyi anlayabildikleri belirlenmiştir [14]. Oğuz ve arkadaşları (2016)'nın hipertansiyonu olan bireylerle yaptıkları çalışmada hastalık algısı iyi olan bireylerin diyet ve ilaç uyumunun daha iyi olduğu belirtilmiştir [15]. Hastalık algısının diyabetes mellitusu olan hastalarda yaşam kalitesinin ruhsal boyutuyla ilişkili olduğu, osteoartrit hastalarında öz-yönetimi etkilediği, astım ve hemofili hastalarında ilaca uyumun belirleyicisi olduğu belirlenmiştir [16-18].

Yukarıda da ifade edildiği gibi hastalık algısı, hastalığın etkin yönetiminde son derece önemli olabilmektedir. KAH'nın ortaya çıkmasında birçok faktör etkili olabilmektedir [19]. KAH'ta risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri; sigara, obezite, alkol, beslenme alışkanlıkları, diyabet, yaşam biçimi, stres vb. iken değiştirilemeyen risk faktörleri; ırk, cinsiyet, yaş ve kalıttır [20].

Görüldüğü gibi bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları hastalığın ortaya çıkmasında ve ilerlemesinde önemli bir yere sahiptir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeleri ve devam ettirmelerinde hastalık algısı da önemli olabilmektedir. Bu konuda literatüre bakıldığında KAH'ı olan hastalarda konuyla ilgili çalışmaya ulaşılamamıştır. Karakuş Açıkgoz (2014)'ün esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, hastaların hastalıklarını algılama düzeyleri arttıkça, ilaç tedavisine uyumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçirme oranlarının da arttığı saptanmıştır [21].

Kişilerin hastalığa ilişkin algıları ve bu algılar arasında kurduğu bağlantılar kişilerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Kişilerin yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarabilmelerinde sağlığı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Yaşam biçimi bireylerin üzerinde kontrol sahibi olduğu kişisel kararların toplamıdır. Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır [22]. Bireyler sağlıklı bir yaşam biçimini benimseyerek daha sağlıklı beslenmekte, kalp-damar hastalıklarından korunmakta, entellektüel

kapasitelerini arttırmakta, bağışıklık sistemlerini güçlendirmekte, normal beden ağırlığını korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmektedirler [23].

Kuru ve Piyal (2012)'in KAH tanısı bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, en az uygulanan sağlık davranışının egzersiz, en çok uygulanan sağlık davranışının ise kendini gerçekleştirme olduğu belirlenmiştir [24]. Savaşan ve arkadaşları (2013)'nın KAH'ı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluğu değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada umutsuzluğun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini saptamışlardır [25].

Yapılan çalışma sonuçlarından da görüldüğü gibi hastalık algısı bireylerin yaşam biçimini ve dolayısı ile sağlıklı yaşam biçimini etkileyebilmektedir. KAH'da hastalığa neden olabilen ya da ilerleyebilmesini etkileyebilen kontrol edilebilir faktörlerin bulunması, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmelerinde önemli bir faktördür. Burada hastalığa ilişkin duygu, düşünce ve inançlar etkili olabilmektedir. Hemşirelerin KAH'ı olan bireylere verdikleri eğitimin etkili olabilmesinde hastalık algıları önemli olabilmektedir. Bu nedenle hastalığa ilişkin eğitim vermeden önce bireylerin hastalık algılarının da değerlendirilmesi gerekmektedir.

Koroner arter hastalığı bulunan bireylerde hastalık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışma ile KAH tanısı konmuş bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı

Koroner arter hastalığı (KAH), kalbe kan, besin maddeleri ve oksijen taşıyan damarların zarar görmesi veya tıkanması sonucunda ortaya çıkan bir hastalıktır [26]. Kalbin kasılmasını sağlayan miyokard tabakasının oksijenizasyonu kalbi saran kendine özgü damarlar olan koroner arter adı verilen damarlar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Koroner arterlerdeki tıkanıklık veya daralma sonucunda iskemik kalp hastalığı gelişmektedir. Koroner arterlerde daralma ve tıkanıklık en sık olarak ateroskleroza bağlı olarak meydana gelmektedir [3].

2.2. Koroner Arter Hastalığı Prevalansı

Kardiyovasküler hastalıklar Dünya’da önemli hastalıkları oluşturmaktadır. KAH gerek gelişmiş ülkelerde gerekse Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere mortalite ve morbidite açısından ilk sıralarda yer almaktadır [1].

Ulusal Sağlık Beslenme Ve Değerlendirme Çalışması (National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)) 2011-2014 verilerine göre 20 yaş üzerinde 16,5 milyon bireyde KAH bulunmuştur. KAH prevalansı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 20 yaş üzerindeki bireylerde KAH prevalansı %6,3’tür. KAH prevalansı kadınlarda % 5,3, erkeklerde ise %7,4 olarak saptanmıştır. 2014 yılında her yedi ölümden birinin nedeni KAH olarak belirtilmiştir [27].

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre dünyadaki ölüm nedenlerinin ilk sırasında iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır. KAH, düşük gelirli ülkelere ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alırken orta ve yüksek gelirli ülkelere ilk sırada yer almaktadır [5]. 2014 yılında yapılan Türkiye’de TEKHARF çalışmasına göre ülkemizdeki 37 yaş ve üzeri yetişkin bireylerden yılda 340 bin kişi KAH sebebiyle hayatını yitirmekte ve 400–420 bin kişiye ise yeni KAH tanısı konmaktadır [6]. 2011 yılında Türkiye’de yapılan TEKHARF çalışmasına göre erkeklerin yüzde 6,4’ünde, kadınların ise %9,8’inde öykü veya Rose Anketine göre tanımlanan anjina pectoris saptanmıştır. Akut Miyokard İnfarktus (AMI) öyküsü, erkeklerde yüzde 2,3, kadınlarda ise %1,1’dir [28].

2.3. Koroner Arter Hastalığı Etiyolojisi

Kalbin yüzeyinde dört ana arter bulunmaktadır. Bunlar; sağ ana koroner arter, sol ana koroner arter, sol sirkumfleks arter ve sol ön inen daldır. Bu arterler oksijen yönünden zengin kanı kalbe taşırlar ve kalbin beslenmesini sağlarlar. Arterlerin daralması veya tıkanması sonucunda oksijen yönünden zengin kan akımı yavaşlar ve kalbin beslenmesi engellenir [29, 30]. KAH’ın en büyük nedeni ateroskleroz olarak tanımlanmıştır. Aterosklerozu başlatan ve ilerlemesine neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Ateroskleroz, düz kas hücrelerinin intimal

proliferasyon ve lipid depolanmasına bağlı büyük ve orta çaplı koroner arterlerin daralması olarak tanımlanmaktadır [31, 32]. Aterosklerotik plağın arter üzerindeki yeri, arteri daraltma derecesi, daralmış koroner arterin beslediği miyokard kitlesi, trombotik ve trombolitik maddelerin salınım miktarı KAH'na etki eden faktörlerdir [33].

2.4. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığının risk faktörleri KAH'ın ilerlemesinde ve prognozunda önemli bir role sahiptir. Literatüre bakıldığında KAH'na neden olabilen 300'den fazla risk faktörü belirtilmiştir. Bunlar değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri; düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) değerlerinde artma, yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) değerlerinde azalma, yüksek kan basıncı, sigara içimi, diyabet, obezite, oral kontraseptifler, sedanter yaşam, pıhtılaşma faktörleri iken, değiştirilemeyen risk faktörleri; yaş, cinsiyet, kalıtım ve yüksek doğum ağırlığıdır [38].

2.5. Koroner Arter Hastalığı Tipleri

Koroner arter hastalıkları genel olarak üçe ayrılmaktadır. Bunlar, angina pectoris (stabil, unstabil) , miyokard infarktüsü (NONSTEMİ (non st elevasyonlu miyokard infarktüsü), STEMİ(st elevasyonlu miyokard infarktüsü)) ve ani iskemik ölümdür [39].

Koroner arter hastalıkları arasında en sık görülen anjina pektoristir. Aynı zamanda göğüs ağrısı sendromu olarak da tanımlanmaktadır. Miyokardın oksijen gereksinimi karşılanamazsa anjina pektoris belirtileri ortaya çıkmaktadır. Anjina pektoriste ağrının sebebi miyokardın oksijenlenmesinin azalmasıdır. Bir başka ifade ile koroner arterlerde tıkanıklık değil, daralma söz konusudur [9]. Anjina pektoris, miyokard iskemisini organizmaya haber veren bir savunma mekanizmasıdır.

Kanada Kalp Derneği (CCS) sınıflandırmasına göre anjina pektoris dört sınıfa ayrılmaktadır.

Sınıf-1: Yürüyüş, merdiven çıkma gibi günlük fiziksel aktiviteler anginaya neden olmaz. Ağır aktivitelerde angina ortaya çıkar.

Sınıf-2: Günlük aktivitelerde hafif bir kısıtlanma vardır. Hızlı yürüyüş veya merdiven çıkma, yokuş çıkma, yemek sonrası, rüzgâr veya soğukta yürüme ya da yokuş çıkma, emosyonel durumlarda ve sadece uykudan uyandıktan sonraki birkaç saat içindeki günlük etkinliklerde ağrı oluşmaktadır.

Sınıf-3: Günlük fiziksel etkinliklerde belirgin kısıtlanma vardır. Normal hızda ve normal koşullarda 100-200 metre yürüyüş ve bir kat merdiven çıkışta semptom oluşmaktadır.

Sınıf-4: En ufak fizik etkinlikte, bazen istirahatte de semptom ortaya çıkabilmektedir [34].

Koroner arter hastalığının bir diğer tipi olan miyokard infarktüsü ise, miyokardiyal oksijen ihtiyacı ve sunumu arasındaki dengesizlik sonucu oluşan miyokard doku hasarı ile ortaya çıkan bir klinik semptomdur. Koroner kan akımı bir pıhtı veya yağlı bir oluşum tarafından bir süre kesintiye uğratılırsa miyokard infarktüsü (MI) ile sonuçlanan miyokardiyumun ölümü meydana gelmektedir [10]. Avrupa’da 42 saniyede bir kişinin MI nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmektedir [35]. Bu değer de hastalığın yaygınlığını göstermesi açısından önemlidir.

Miyokard infarktüsünün etiyolojisine baktığımızda en sık bilinen neden trombüs oluşumudur. Daha az sık rastlanan nedenler ise:

- ✓ Kapiller hemorajilerin tromboz oluşumuna ve tam / yarım tıkanıklığa neden olması,
- ✓ Geçici olarak koroner kan akımının azalması,
- ✓ Ameliyatlar veya travmatik şok, gastrointestinal kanama, ciddi dehidratasyon ve hipotansiyon gelişmesi,
- ✓ Konjestif kalp yetmezliği ve hipertansiyon nedeniyle kalp kasının oksijen gereksiniminin artması, koroner arterlerde emboli oluşması sayılabilir
- ✓ [9,10]

Ani iskemik ölüm ise, önceden gizli veya bilinmeyen kalp hastalığı olan bir hastada, semptom bulunmaksızın, travma vb. bir olay olmadan doğal seyirli, bir saat içinde ortaya çıkan ani ölümdür [33].

2.6. Koroner Arter Hastalığı Semptomları

Koroner arterlerin daralması sonucunda kalbe oksijen yönünden zengin kan akımı azalacaktır. İlk başta azalan kan akımı herhangi bir KAH semptomuna neden olmayabilir. Ancak arterlerin intima tabakasındaki plak artmaya devam ederse hastalık belirti ve semptomları da artmaya başlamaktadır [26]. Sağlıklı bir kalp koroner akımı birkaç kat artırır, bu artışın sağlanmasında lokal olarak oluşan laktat, adenozin, histamin, bradikinin ve serotonin gibi vazodilatör maddeler etkili olabilmektedir [9]. Miyokardın oksijen ihtiyacı karşılanamadığında ise aşağıdaki belirtiler ortaya çıkabilmektedir.

- ✓ Göğüs Ağrısı (Anjina): KAH’ın en önemli semptomu göğüs ağrısıdır. Bu göğüs ağrısının nedeni ise kalbin yeterince oksijenlenememesidir. Bu ağrı anjina olarak da isimlendirilmektedir. Göğüsten boyuna, çeneye, omuzlara ve kola yayılan ağrı ile kendini gösterebilmektedir. Bu ağrı genellikle dinlenerek geçebilen bir ağrıdır [36].
- ✓ Nefes Darlığı: KAH’ın bir diğer en önemli belirtisi ise nefes darlığıdır. Kalp dokulara yeterince kan pompalayamadığı için nefes darlığı ve yorgunluk gelişmektedir [46].
- ✓ Kalp Krizi: Koroner arterin tamamen tıkanması sonucunda kalp krizi gelişmektedir. Bu tıkanıklık trombositlerden veya lipidlerden kaynaklı olabilmektedir. Eğer blokaj hızlı bir şekilde

tedavi edilmezse, arter tarafından beslenen kalp kası kısmi olarak ölmeye başlamaktadır. Sağlıklı kalp dokusu skar dokusu ile değiştirilmektedir [36]. Bu kalp hasarı belli olmayabilmekte veya ciddi veya uzun süreli sorunlara neden olabilmektedir. Koroner arterlerin tıkanıklık durumlarına göre belirti ve bulgular farklılık gösterebilmektedir [47].

2.7. Koroner Arter Hastalığı Tedavisi

Koroner Arter Hastalığı tedavisinin genel amacı miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak ve oksijenlenmesini sağlamaktır [9]. KAH'nın tedavisinde; yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavisi, cerrahi girişimler ve kardiyak rehabilitasyon yer almaktadır [37].

2.7.1. İlaç Tedavisi: İlaç tedavisi içinde; antirombositer ilaçlar, lipid düşürücü ilaçlar, anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, nitratlar, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleri kullanılabilmektedir [38].

✓ Nitratlar: Organik nitratlar angina semptomlarının giderilmesinde kullanılmaktadır. Nitratların, dilaltı tablet, spre, oral tableti, transdermal veya intravenöz kullanım biçimleri bulunmaktadır.

Nitratlar etkilerini vazodilatasyon ve ard yükü azaltarak gösterebilmektedirler. Nitratların en önemli yan etkileri vazodilastona neden oldukları içi senkop, hipotansiyon ve taşikardidir. Özellikle ilk dozların ayakta iken alınması senkop ve hipertansiyona neden olabilmektedir [39].

✓ Beta blokerler: Etkilerini beta reseptörlerini bloke ederek gösterebilmektedirler. Beta reseptörlerini inhibe ederek kalp hızı, kan basıncı ve kontraktiletiyi azaltması sonucu miyokardın oksijen tüketimini azaltmaktadırlar [6]. Aynı zamanda kan basıncını azalttıklarından dolayı hipotansiyon ve kalp hızını etkilediklerinden dolayı da bradikardi geliştirme riskleri bulunmaktadır.

✓ Kalsiyum kanal blokerleri: Hem kan basıncını düşürücü hem de antianginal etkileri vardır. Bu etkilerini koroner vazodilatasyon ve kan basıncındaki düşmeyi sağlayarak ard yükün azalması ile gerçekleştirebilmektedirler. Hipotansiyon, senkop, başağrısı ve yüzde flushing gibi yan etkileri bulunmaktadır [39].

Anti-trombositer ilaçlar: Koroner trombüsü azaltmak için kullanılan ilaçlardır [38].

✓ Aspirin: Cox-1'i ve tromboksan üretimini dönüşümsüz olarak inhibe ederek etkisini gösterebilmektedir. Günlük önerilen ilaç dozu günde 75-150 mg arasındadır. Doz arttıkça gastrointestinal yan etkiler de artmaktadır [38].

- ✓ Klopidoğrel ve tiklodipin: Adenozin difosfat ile indüklenmiş trombosit agregasyonunu inhibe eden inaktif bir ön ilaçtır. Trombosit agregasyonunu inhibe ettikleri için de kanama riskini artırmaktadır [40].
- ✓ Lipid Düşürücü İlaçlar: Bu ilaçlar aterosklerotik kardiyovasküler komplikasyonları azaltmak amacıyla kullanılmaktadırlar [41]. Yan etkileri hafif ve geri dönüşümlüdür. Yan etkilerinin başında dispepsi, karın ağrısı ve şişkinlik gelmektedir. Bunlara ek olarak da en önemli yan etkiler karaciğer ve kas toksisitesidir [42].
- ✓ Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri: Anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri renin-anjiotensin sistemine etki ederek anjiotensin II salgılanmasını durdurup vazokonstriksiyon oluşmasını engellemektedirler. Böylece kanın damarlarda daha rahat dolaşmasını ve miyokardın oksijenizasyonunu sağlamış olurlar [43]. Çok sık yan etkileri görülmemekle birlikte en sık görülen yan etkileri baş ağrısı, baş dönmesi, yorgunluk ve öksürük olduğu bildirilmiştir [44].

2.7.2. Cerrahi Girişimler

Tüm koroner arter hastalarında bölgesel koroner kan akımı ile miyokard tabakasının oksijen ihtiyacı arasında bir dengesizlik söz konusudur. Medikal tedavi ile ard yük, kontraktilite ve kalp hızı azaltılarak bu dengesizlik azaltılmaya çalışılmaktadır. Perkütan koroner arter girişimi ve koroner arter by-pass cerrahisi revaskülarizasyon yoluyla koroner kan akımını artırmaktadır [45].

✓ Perkütan Koroner Girişim

Periferik arterlerden birinden kateter aracılığıyla girilerek koroner kan akımını kontrol etmek veya iyileştirmek için koroner arterdeki problemi stent, balon ve aterektomi gibi kateter temelli yöntemlerle giderme işlemidir [46].

✓ Koroner Arter By-Pass Graft

By-pass kelimesi köprü anlamına gelmektedir. Koroner arter by-pass greftinde temel amaç; tıkanmış veya daralmış olan koroner arterin önüne bacak (safen), kol (radial arter) mide (gastroepiploik arter) veya göğüsten (mamarya interna) alınan bir damar ile köprü kurup daralmış veya tıkanmış olan arterin yerine yeni bir damar yapısı oluşturmaktır [47].

2.7.3. Kardiyak Rehabilitasyon

Kardiyak rehabilitasyon, kardiyovasküler rahatsızlığı olan bireylerin en iyi düzeyde fonksiyonel kapasitesini kazanabilmesi için gerekli sosyal, bilişsel ve fiziksel şartları sağlamaya yönelik yapılan aktivitelerin tümüdür. Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association

(AHA)), kardiyak rehabilitasyon programlarının multidisipliner şekilde olması gerektiğini belirtmiş, kardiyovasküler riski en aza indirmek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmak ve kalp hastalarının aktif bir yaşam sürmelerini sağlamak için gerekli temel unsurları tanımlamıştır [48].

Kardiyak Rehabilitasyon; beslenme danışmanlığı, risk faktörlerine yönelik çalışmalar (sigara, tuz, diyabet, vücut ağırlığı) psikososyal değerlendirme ve tedavi, fiziksel egzersiz önerilerinden oluşmaktadır [49].

2.7.4. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Koroner arterlerdeki tıkanıklığın derecesine bağlı olarak tedavi şekli değişmektedir. Koroner kalp hastalıklarında azalan ölümlerin %50'si risk faktörlerindeki değişiklikler ile ilgilidir [50]. Bazı hastalarda sadece yaşam tarzı değişiklikleri de etkili olabilmektedir. Yaşam tarzı değişikliklerinin içerisinde sigaranın bırakılması, diyet, kilo yönetimi, fiziksel aktiviteler, lipid yönetimi, kan basıncı kontrolü, diyabet yönetimi ve psikoloji yönetimi gibi davranışlar yer almaktadır [50].

Kurçey ve Özbay (2011)'ın KAH'ı olan bireylerle yaptıkları çalışmada KAH hastalarına verilen danışmanlık eğitiminin, fiziksel aktivite artışı sağladığı, diyetle uyumu arttırdığı, diyastolik kan basıncında anlamlı düzeyde iyileşmeye neden olduğu belirlenmiştir [51].

2.7.4.1. Sigaranın Bırakılması

Sigara kardiyovasküler hastalıklar açısından güçlü ve önemli bir risk faktörüdür. Sigara içenler, sigara içmeyenler veya 10 yıldan beri sigara içmeyi bırakanlar içmeyenlere göre iki ile dört kat oranında risk faktörüne sahiptir [52].

Amerikan Kalp Cemiyeti (ACC/AHA) ve Avrupa Kalp Cemiyeti (ESC) tanı ve yönetim kılavuzlarında pasif içicilik dahil olmak üzere tüm sigara kullanım çeşitlerinin önlenmesi gerektiğini belirtmektedir [53]. 75 kohort çalışmanın meta-analizi yapıldığında sigara içen erkeklerle kadınlar karşılaştırıldığında kadınların kardiyovasküler hastalık oranları erkeklere göre %25 daha fazla olarak bulunmuştur [54]. Yapılan çalışmalara göre sigaranın bırakılmasının yeni bir tıkanma riskini %50 ve bıraktıktan sonra da ölüm riskini %50 oranında azalttığı bildirilmektedir [55]. Uyarı, cesaretlendirme ve nikotin bandı gibi yöntemler sigaranın bırakılmasında etkili olabilmektedir [54].

2.7.4.2. Diyet ve Kilo Yönetimi

Sağlıklı bir diyet ve kilo yönetimi KAH riskini azaltmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yetişkinler arasında ortalama günlük enerji alımı, erkeklerde 2500 kalori ve kadınlarda ise 1800 kalordir. Enerji alımı sağlıklı bir kiloyu devam ettirebilmeli ve günlük enerji ihtiyacını

karşılayabilecek düzeyde olmalıdır. Diyet değişikliğinin ve lipid düşürücü ilaçların kullanılmasının koroner arterlerde yeni bir tıkanma riskini %34 oranında azalttığı belirlenmiştir [64]. Fazla kilo; yüksek kan basıncı, hiperlipidemi ve glikoz metabolizması üzerinde olumsuz etkilere sahiptir [57]. Beden kitle indeksinin 18,5- 24,9 kg/m² ve bel çevresinin erkeklerde <102 cm, kadınlarda <88 cm olması önerilmektedir [58].

Sağlıklı beslenme önerilerinde ise;

- ✓ Günlük tuz alımının 5 gramdan az alınması,
- ✓ Günlük 200 gr meyve tüketilmesi (2-3 porsiyon)
- ✓ Günlük 200 gr sebze tüketilmesi (2-3 porsiyon)
- ✓ Biri yağlı balık olmak üzere haftada iki kez balık tüketilmesi
- ✓ Alkollü içeceklerin erkeklerde günlük iki kadeh (20 gr/gün) kadınlarda bir kadeh (10gr/gün) ile sınırlandırılması
- ✓ Toplam enerji alımının <%1'i trans doymamış yağ asitlerinden tüketilmesi önerilmektedir [59].

2.7.4.3. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz eğitimi KAH tanısı almış bireyler açısından önemlidir. Güncel kılavuzlar her gün düzenli olarak fiziksel aktivite ve egzersizi önermesine rağmen bireyler düzenli olarak egzersiz yapmamaktadır. KAH tanısı alan bireylerin neredeyse yarısı bireysel eğitim programlarına katılmamakta ve katılarından %40-50 civarı ise katıldığı egzersiz programını bırakmaktadır [60].

Yapılan çalışmalara göre bireye göre planlanmış egzersiz programlarının mortalite ve hastaneye tekrar yatış sayısını düşürdüğü bulunmuştur [61].

Koroner arter hastalığı olan bireylerin haftada üç kereden fazla 30 dakikalık orta şiddetli yoğunlukta izotonik (tempolu yürüme, bahçe işleri, yüzme, ev işleri, bisiklet sürme vb.) egzersiz yapması önerilmektedir. İzometrik egzersizler (bel kavisi altında elini sıkıştırma gibi) miyokardın oksijen ihtiyacını artırdığı için önerilmemektedir [62].

2.7.4.4. Lipid Yönetimi

Kan kolesterol düzeyinin yüksek olması, plakların gelişimini hızlandırdığından dolayı ateroskleroz gelişme riskini artırmaktadır. Normal bir bireyde total kolestrol düzeyi 200 mg/dl, LDL düzeyi 130 mg/dl'yi aşmamalı, HDL düzeyi ise 40 mg/dl'nin altına düşmemelidir. Bu değerlerin belirtilen seviyeler haricinde olması KAH riskini artırmaktadır. 27 randomize kontrollü çalışmanın meta-analizi incelendiğinde LDL'nin 1 mmol/L azalmasının kardiyovasküler mortalite ve MI'de %20-25 oranında azalmaya neden olduğu gösterilmiştir [63]. Beslenme ve düzenli egzersiz programları LDL ve HDL düzeyini kontrol altında tutabilmektedir [63].

2.7.4.5. Kan Basıncı Kontrolü

Yüksek kan basıncı kardiyovasküler hastalıklar ve inme açısından yüksek bir risk faktörüdür [64]. Yapılan 68 randomize kontrollü çalışmanın (245,885 birey) meta-analizi sonucunda antihipertansif tedavinin KAH'ları dahil olmak üzere kardiyovasküler olayların meydana gelmesini azalttığı gösterilmiştir [65]. Normal bir bireyde sistolik kan basıncının <140 mmHg, diyastolik kan basıncının <90 mmHg olması gerekmektedir. Sistolik kan basıncının 10 mmHg, diyastolik kan basıncının 5 mmHg azalması KAH riskini %21 oranında azaltmaktadır [66].

2.7.4.6. Diyabet Yönetimi

Diyabet hastalığı KAH'ları açısından yüksek risk faktörüdür. Tip 2 diyabet hastalarının %75'i KAH dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıkların bir sonucu olarak yaşamlarını kaybetmektedirler [67]. AHA, diyabetin, kardiyovasküler hastalık için başlıca yedi kontrol edilebilir risk faktöründen biri olduğunu düşünmektedir. Diyabeti olan bireylerin diyabeti olmayan bireylere göre, kardiyovasküler olay bakımından ölme olasılığı 2-4 kat daha fazladır [68]. Diyabeti olan bireylerin diyabet kontrolü için HbA1c düzeyinin %7'nin altında tutulması önerilmektedir [48].

2.7.4.7. Psikoloji Yönetimi

Altı yıldan uzun süren deneysel çalışmalar düşük sosyo-ekonomik statü, sosyal destek eksikliği, depresyon ve anksiyete gibi psikososyal risk faktörlerinin hem KAH'na katkıda bulunduğu hem de KAH'nın klinik seyrinin ve prognozunun kötüleşmesini etkilediğini göstermektedir. Psikoloji yönetimi bireyin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlayabilmesi ve onları hayatına geçirebilmesi açısından önemlidir. Bu faktörler bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamasını engelleyebilmektedir [69-70].

Psikoloji yönetiminin hastalığa uyumu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve tedaviye uyumu etkilediği gibi hastalık algısının da psikoloji yönetimini veya psikoloji yönetiminin de hastalık algısını etkilediği düşünülmektedir [69].

2.8. Koroner Arter Hastaları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Koroner arter hastalıklarının tedavisinde ilaç ve ilaç dışı tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise ilaç dışı tedavi yöntemleri içinde yer almaktadır. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının KAH'nı azaltmada etkili olduğu görüşü savunulmaktadır [65].

Savaşan ve arkadaşları (2013) KAH olan bireylerin umutsuzluk ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ters orantı olduğunu belirlemişlerdir [25]. Alcan ve arkadaşları (2017)'nin yaptıkları çalışmada ise koroner arter by-pass greft cerrahisi sonrası bireylerin sağlıklı yaşam

biçimlerinin etkilendiği saptanmıştır. Ameliyattan altı hafta sonra bireylerin kendini gerçekleştirme yetilerinde ve yakın çevresi ile olan ilişkilerinde artış olduğu; egzersiz düzeyi, stres ile baş etme durumlarında ve kendi sağlık sorumluluğunda azalma olduğu bulunmuştur [71].

Özarslan'(2013)'in diyabetik koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada da sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bireyin yaşam kalitesi ve koroner arter hastalığı arasında ilişki olduğu bulunmuştur [72].

Kuru ve Piyal (2012)'in KAH tanısı bulunan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, en az uygulanan sağlık davranışının egzersiz, en çok uygulanan sağlık davranışının ise kendini gerçekleştirme olduğu belirlenmiştir [24].

Hastalık algısı ile yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırıldığı araştırmalar sınırlı sayıdadır. Karakuş Açıkgoz (2014)'ün esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişkisini incelediği çalışmada hastaların hastalıklarını algılama düzeyleri arttıkça, ilaç tedavisine uyumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşama geçirme oranlarının da arttığı saptanmıştır [21].

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; "sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" [5]. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise, bireyin sağlığını tehdit eden davranışlarını düzenlemesi, günlük yaşantısını devam ettirirken kendi sağlığına uygun davranışları tercih etmesi olarak tanımlanmıştır [73]. Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası ilişkiler, manevi gelişim ve stres yönetimidir [23].

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Dünya'da ölümlerin en önemli nedenlerinden biri olan bulaşıcı olmayan hastalıkların riskini en aza indirmektedir [95]. Yapılan meta analizlerin sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile mortalite arasında ters orantı olduğu bulunmuştur. Bu meta-analizin sonucuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm ölümlerin oranını üçte bir oranında azalttığı belirlenmiştir [74].

Sigara, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme, obezite ve diğer yaşam tarzı davranışları; kanser, inme, diyabetes mellitus ve kalp hastalığı gibi hastalıkların gelişimiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir [75].

Koroner arter hastalığının risk faktörlerinin birçoğu değiştirilebilmekte ve sağlıklı bir yaşam tarzı benimsenerek azaltılabilmektedir. Düzenli egzersiz yapmak ve sağlıklı bir diyet planını takip etmek, kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmada etkili stratejiler olarak gösterilmektedir [76].

Yapılan çalışmalarda çalışan yetişkinlerin KAH hakkında yeterli bilgi ve bilinçten yoksun olduklarını ve bu nedenle, semptomları daha az fark edebildiklerini veya risklerini azaltmak için sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemediklerini göstermektedir [78]. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışları KAH olan bireyler için mortalite ve morbidite oranını azaltmak için önemlidir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bileşenleri; kişilerarası ilişkiler, fiziksel aktivite, manevi gelişim, beslenme, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir [23]. Bunlar;

- ✓ Kişilerarası İlişkiler: Kişilerarası ilişkiler, kişinin başka biri ile olan ilişkisidir ve zorunlu olmadan anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişim kurmayı gerektirmektedir. Kişilerarası ilişkiler kavramı, çocuğun anne babasıyla etkileşimi, öğrenci-öğretmen etkileşimi, karı-koca etkileşimi, meslektaşlar arası etkileşimler, hemşire-hasta etkileşimi gibi örnekler ile somutlaştırılabilmektedir [23]. Kişiler sağlık personellerine hastalıkları hakkında sorular sormak ve cevaplar almak isterler. Bu nedenle iletişim tekniklerini kullanarak soruları sorabilmesi ve anlatılanları anlayabilmesi gerekmektedir [23, 78].
- ✓ Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivite koruyucu sağlık yaşamının bir parçasıdır. Fiziksel aktivite hafif, orta ve ağır egzersizleri planlı ve düzenli olarak uygulamayı kapsamaktadır. Aynı zamanda bireyin hastalık durumunun iyileşmesini, sağlık durumunu devam ettirmesi ve stres yaratan olaylara karşı daha sakin kalmayı sağlamaktadır [23, 79]. Anderson ve arkadaşları (2016)'nın yaptığı çalışmada kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrol altına alınmasında fiziksel aktivitenin önemi ortaya konmuştur [76].
- ✓ Manevi Gelişim: Bireyin iç kaynaklarının gelişimi üzerine odaklanmaktadır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma şeklinde gerçekleşir. Gelişme, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarması ve yaşamdaki amaçlar için çalışmasıdır. İlişki kurma, evrenle ilişki ve uyum içinde olmaktır. Aşılma ise iç huzuru sağlayıp kendi durumunu aşıp yeni durumlara, deneyimlere fırsat sağlamadır [23, 80].
- ✓ Beslenme: Bireyin öğünlerini seçmesi, düzenlemesi ve yiyecek seçimindeki değerini belirlemektedir. Beslenmede asıl amaç bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi ve içinde bulunduğu fizyolojik durumuna göre ihtiyacı olan enerji ve besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarda almasıdır [23, 81].
- ✓ Sağlık Sorumluluğu: Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi iyilik halini koruyabilmesi için üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesidir [82].
- ✓ Stres Yönetimi: Herhangi bir olay veya durum karşısında oluşan gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin psikolojik veya fizyolojik kaynakları belirleyebilmesi ve onlarla baş edebilmesidir. Bireylerin stresle baş edebilmeleri KAH riskini azaltabilmektedir [15].

Koroner arter hastalığı bulunan bireylerin hastalık hakkındaki bilgileri hastalık algılarını etkilemektedir. Bu bireylerin hastalık hakkında bilgilendirilmesinde hemşirelere büyük bir rol düşmektedir. Değişen hastalık algısının yaşam biçimi davranışlarını da etkilediği düşünülmektedir. Olumlu hastalık algısı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da etkileyecektir.

2.9. Hastalık Algısı

Türk Dil Kurumu (TDK)'ya göre algı kelimesinin anlamı, bir şeye dikkati yöneltmek o şeyin bilincine varma olarak tanımlanmaktadır [83]. Hastalık algısı ise, hastalık hakkındaki inanışları ve düşünceleri kapsamaktadır [84].

Her hastalık kişiye özgüdür ve bu nedenle bireyler aynı veya benzer hastalıklara farklı cevaplar verebilmektedirler [11]. Hastalık algısı, aynı hastalıklara veya sorunlara sahip olan hastaların algılarının farklı biçimlerde olması ve bu algıların bireyleri yanlış biçimde yönlendirmeleri nedeniyle önemlidir. Bazı hastalar hastalıkları hakkında olumsuz inançlar geliştirebilmektedir. Geliştirilen bu olumsuz inanışlar hastalığın iyileşme süresini uzatmakta ve hastanın tedaviye uyumunu azaltabilmektedir [84].

Hastalar, hastalıklarına ilişkin bilgilere dayanarak bilişsel temsiller oluşturmakta ve bu inançlar, baş etme stratejilerini ve hastalık sonuçlarını etkileyebilmektedir. Hastanın sağlık davranışları, psikolojik iyi oluşu ve tedaviye uyumu bireylerin hastalık algılarıyla ilişkili olabilmektedir [85]. Ayrıca hastalık nedeniyle toplum tarafından ayrımcılığa uğrama algısı da hastalık algısı kavramına dahil edilmiştir [86].

Hastalık algısı, hastalığın nedensel inanışları, kimliği, zamansal inanışları, kontrol ve tedavi hakkındaki inanışları ve sonuçları da dahil olmak üzere beş bileşenden oluşmaktadır. Hastalığın nedensel inanışları boyutu, hastalıktan sorumlu nedenler hakkındaki algıyı ifade etmektedir. Kimlik, hastalık etiketine ilişkin inançları ve semptomları hakkındaki bilgileri temsil etmektedir. Zamansal inanışları, bireyin hastalığın ne kadar süreceği hakkındaki bilgileri temsil etmektedir. Kontrol ve tedavi hakkındaki inanışları, tedavinin etkinliğine olan inancı ifade etmektedir. Sonuçları ise, hastalığın bireyin hayatı üzerindeki etkilerini ifade etmektedir [69].

2.9.1. Hastalığın Nedensel İnanışları

Hastalar herhangi bir tanı aldıktan sonra bu hastalığın nedenlerine yönelik inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar hastalığı ortaya çıkaran psikolojik veya biyolojik faktörleri içermektedir [63]. Hastalığın nedensel inanışları bireylerin tedavi yöntemini ve tedaviye uyumunu etkilemektedir. Örneğin hipertansiyonu olan bir birey, hastalığın nedenlerini aşırı strese veya yanlış beslenme biçimi gibi faktörlere bağlıyorsa, bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır [87, 88].

2.9.2. Hastalığın Kimliği

Kimlik, hastalığın belirtileri de dahil olmak üzere hastalığın ismini, semptomlarını ve doğasını içermektedir. Çoğu birey baş ağrısı, burun akıntısı gibi yaşadıkları hastalık belirtilerinden haberdardır. Ancak bilmediği başka hastalıklarla karşılaştıklarında bireylerin

belirsiz fikirleri gelişebilmektedir. Bu fikirler de hastalığın tedavisini ve hastalığa uyumu olumsuz etkileyebilmektedir [89].

2.9.3. Hastalığın Zamansal İnancıları

Hastalığın ne kadar süreceği hakkındaki bilgileri temsil etmektedir. Hastalığın süresi, akut veya kronik olup olmadığı hakkında bilgi vermektedir. Hastalığın süresi nesnel olduğu gibi öznel de olabilmektedir. Hastaların ilaç uyumu ile hastalığın zamansal inanışları arasında önemli bir ilişki vardır. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını daha erken terk edebilmektedirler [90].

2.9.4. Kontrol ve Tedavi Hakkındaki İnancıları

Hastaların hastalığın kontrol ve tedavi hakkındaki inanışları, tedavinin etkinliğine olan inancı ifade etmektedir. Tedavi ve kontrol edilebilirlik hastalıkla ne kadar ve hangi yollarla baş edildiği, hastalığın gidişatında bireysel etki ya da tıbbi tedavi etkisi ile ilgili inanışları içermektedir [91].

2.9.5. Hastalığın Sonuçları

Hastalığın sonuçları ise, uzun ve kısa süreli olmak üzere bireyi; ekonomik, fiziksel, duygusal ve sosyal olmak üzere nasıl etkileyeceğini içermektedir [24].

2.10. Hastalık Algısı ve Koroner Arter Hastalığı

Donkin ve arkadaşları (2007)'nin yaptığı bir çalışmaya göre, negatif hastalık algısı geliştiren bireylerin, hiçbir patolojik durumunun olmamasına rağmen, bu durumun hastayı daha az rahatlatmış bulunmuştur [92]. Alto ve arkadaşları (2005)'nin yaptığı çalışmada ise KAH'nın en yaygın algılanan sebebinin genetik faktörler olduğu, bunu stres ve yaşamı etkileyen faktörlerin izlediği belirtilmiştir [93].

Yapılan çalışmalarda KAH olan bireylerin hastalığın uzun süreceğine dair inançlarının arzu edilen davranışsal değişimleri etkileyen önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir [94]. KAH'ın uzun süreli kronik bir hastalık olduğu algısı, hastalıklarını akut ve daha kısa bir süre olarak algılayan KAH hastalarıyla karşılaştırıldığında, hastaların daha yüksek motivasyonlarının olduğu ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağladıkları belirtilmiştir [80,94].

Kişilerin hastalığa ilişkin algıları ve bu algılar arasında kurduğu bağlantılar kişilerin yaşam kalitesini etkilemektedir. Kişilerin yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarabilmeleri için sağlıklı geliştirme çabaları önem arz etmektedir. Yapılan çalışmaların sonuçları da KAH'nın kronik bir hastalık olması nedeniyle sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebileceğini göstermektedir. KAH ve semptomları ile baş edebilmek ve gelişebilecek komplikasyonları önlemek için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi önemli olabilmektedir. KAH'ı olan bireylere sağlıklı

yaşam biçimi davranışları geliştirmede öncelikli adımlardan birinin hastalık algısının belirlenmesi olduğu düşünülmektedir. Çünkü hastalık hakkındaki olumlu ya da olumsuz algılar sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hayata geçirilmesinde kilit rol oynayabilmektedir. Hemşirelerin hasta eğitimi yapmadan önce, hastaların hastalıklarına ilişkin algılarını belirlemeleri önemli olacaktır. Hastalık semptomlarını kontrol edebilmek ve gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik verilecek eğitimin içeriğinde yer alması gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde hastalık algısının önemli bir konu olduğunu düşünüyoruz. Bu nedenle bu çalışma ile KAH tanısı konmuş bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu Araştırma, koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğinde yapılmıştır. Kardiyoloji polikliniği hafta içi her gün 08.00 – 17.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Poliklinikte beş profesör, bir doçent, iki uzman ve üç asistan doktor ve bir hemşire görev yapmaktadır. Poliklinikte günde ortalama 70 hasta muayene olmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğine 22.09.2017-31.12.2017 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arasındaki 2275 hasta oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma kapsamına, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğine 22.09.2017 ile 31.12.2017 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireyler alınmıştır.

Koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında en az % 30 korelasyon tespit edildiğinde; en çok %5 I. tip hata payı, en az %80 güç ile istatistik anlamlı tespit edebilmek için, minimum örneklem genişliği 85, en çok %1 I. tip hata payı, en az %90 güç ile maksimum örneklem genişliği 158 olarak belirlenmiştir. % 20 katılmama oranı dikkate alındığında; minimum 102 hasta, maksimum 190 hasta ile çalışılması gerektiği planlanmış ve çalışmaya 149 hasta alınmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

Hastaların;

- KAH tanısı almış olması

- 18-65 yaş aralığında olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
- En az altı ay önce KAH tanısı konulmuş olması
- Veri toplama amacıyla kullanılacak formları yanıtlayabilecek zihinsel ve bilişsel yeterliliğe sahip olması
- Türkçe anlayıp konuşabilmesidir.

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri ise:

Hastaların;

- KAH tanısı dışında başka bir tanı almış olması
- 18 yaşın altında, 65 yaşın üstünde olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması
- Altı aydan kısa bir süre içinde tanı almış olması
- Türkçe anlayamaması ve konuşamaması
- Veri toplama amacıyla kullanılacak formları yanıtlayabilecek zihinsel ve bilişsel yeterliliğe sahip olmaması olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

3.7. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Kişisel bilgi formu literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Kişisel Bilgi Formunda; bireyin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim düzeyi, gelir durumu, yaşadığı yeri, birlikte yaşadığı kişiler) 8 ve sağlık/hastalık durumuna ilişkin özellikleri (kilosu, boyu, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, KAH tanısı alma zamanı, hastalığına yönelik kullandığı ilaçlar, hastalığına yönelik uymak zorunda olduğu diyeti) belirlemeye yönelik 12 soru olmak üzere toplam 20 soru yer almaktadır [14, 21].

3.7.2. Hastalık Algısı Ölçeği (EK-2)

Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Weinman ve arkadaşları tarafından 1996 yılında hastalığın bilişsel fonksiyonları hakkındaki bilgilerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur [27]. Ölçek, Moss-Morris ve ark. tarafından yeniden gözden geçirilmiş ve düzenlemelerle 2002 yılında revize edilmiştir. Türkiye’de ise HAÖ’nin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır.

Hastalık Algısı Ölçeği; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içermektedir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce bu sorunu ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki “evet” yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturmaktadır.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Ölçek yedi alt ölçeği içermektedir; süre (akut/kronik) (1,2,3,4,5), sonuçlar (6,7,8,9,10,11), kişisel kontrol (12,13,14,15,16,17,18), tedavi kontrolü (19,20,21,22,23), hastalığı anlayabilme (24,25,26,3,1), süre (döngüsel) (29,30,6,32) ve duygusal temsiller (33,34,35,36,37,38). Süre boyutu; akut, kronik, döngüsel olarak gruplandırılır ve hastanın hastalığın süresi ile ilgili algısını değerlendirmektedir. Sonuçlar bölümü; hastanın hastalığının şiddetini, fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğine olası etkinliğine yönelik inançlarını değerlendirmektedir. Kişisel kontrol bölümü; bireyin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırmaktadır. Tedavi kontrolü; hastanın, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını değerlendirmektedir. Hastalığı anlayabilme; bireyin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırmaktadır. Duygusal temsiller bölümü ise; kişinin hastalığıyla ilgili negatif duygularını araştırmaktadır.

Hastalık nedenleri boyutu: Bu boyutta ise, hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri inceleyen 18 madde bulunmaktadır. Beşli likert tipi ölçüm kullanılmaktadır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırmaktadır ve dört alt ölçek içermektedir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör. endişe/stres, aile problemleri, bireysel özellikler) (1,8,9,10,12,17), risk etkenleri (ör. kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma) (2,4,6,7,11,13,14,15), bağışıklık (ör. mikrop/virüs, vücut direncimin az olması) (3,18), kaza veya şanstır (ör. yaralanma, kötü talih vb.) (5,16). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesinde toplam puan alınmayıp, her alt boyut ortalama üzerinden değerlendirilmiştir.

Tüm hastalıklarda olduğu gibi KAH’ı bulunan bireylerde de; hastalığın belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili hastaların kendi düşünceleri öğrenilmelidir. Çünkü bu düşünceler bireylerin mevcut olan durumlarının ve hastalıklarının tedavisi açısından önemlidir ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyebilmektedir.

Kocaman ve ark. tarafından yapılan Hastalık Algısı Ölçeğinin geçerlilik güvenirlik çalışmasında; hastalık tipi boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Hastalık hakkındaki görüşler boyutunun alt ölçeklerinin iç tutarlılık katsayıları 0.69-0.77 arasında bulunmuştur, hastalık nedenleri boyutunun ise iç tutarlılık katsayısı 0.25-0.72 arasında bulunmuştur (12).

3.7.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK-3)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği; Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Walker ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin ilk versiyonu 48 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı ise 0.92'dir.

Ölçeğin Türkiye'de geçerliği ve güvenirliği 1997'de Esin, 1998'de Akça ve 2008'de ise Bahar ve ark. tarafından yapılmıştır [22]. Bizim çalışmamızda Bahar ve ark.'nın geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) derecelendirilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.94'dür. Alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları; Sağlık Sorumluluğu (0,77), Fiziksel Aktivite (0,79), Beslenme (0,68), Manevi Gelişim (0,79), Kişilerarası İlişkiler (0,80), Stres Yönetimi (0,64) olarak saptanmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının işlerliğini ve ortalama uygulama süresini değerlendirmek amacıyla, Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi kardiyoloji polikliniğine KAH tanısıyla başvuran 10 birey ile 20.08.2017-30.08.2017 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır ve ön uygulama yapılan bireyler çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.9. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Veri toplama araçları Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve dahil edilme kriterlerine uyan bireylerle Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji polikliniğinde 19.09.2017- 30.12.2017 tarihleri aralığında ortalama olarak 3 aylık bir süre içerisinde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.10. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi

Sürekli yapıdaki ölçeklerin normal dağılıma uygunluk kontrollerinde Shapiro Wilk testi ile bakılmıştır. Veriler normal dağılıma uygun bulunmuş olup sürekli yapıdaki ölçekler için tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Kategorik yapıdaki değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. İki grup arasında ölçek ortalamaları bakımından fark olup olmadığının kontrolünde student t testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup arasında ölçek ortalamaları bakımından fark olup olmadığının kontrolünde ise One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığının kontrolünde ise TUKEY testi kullanılmıştır. Ölçeklerin toplam ve alt boyutlarındaki güvenirlik indeksi için Cronbach alpha katsayısı hesaplanmıştır. Ölçekler arası ilişkiler için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İstatistik anlamlılıkta $p < 0.05$ alınmıştır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama formları uygulanmadan önce 13.07.2017 tarihli ve 2017/218 sayılı karar (EK-4) ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu"ndan etik kurul izni ve 18.09.2017 tarihli ve 27698221-774.01.06 sayılı karar ile Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesinden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen hastalardan araştırmaya katılabilmeleri için yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.12. Sınırlamalar

Araştırma sonuçları Mersin Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji Polikliniğine KAH tanısıyla başvuru yapan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireyler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde;

- Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre HAÖ'nin alt boyutları ve SYBDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular,
- Hastaların sağlık ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre HAÖ'nin alt boyutları ve SYBDÖ puan ortalamalarına ilişkin bulgular,
- Hastalık Algısı Ölçeği alt boyutları ve SYBDÖ puan ortalamaları, standart sapmaları ve minimum- maksimum değerlerini içeren bulgular,
- Hastalık algısı ölçeği alt boyutları ile SYBDÖ puanları arasındaki korelasyona ilişkin bulgular yer almaktadır.



Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları (n:149)

SOSYO- DEMOGRAFIK ÖZELLİKLER			HASTALIK ALGISI PUAN ORTALAMASI									SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI PUAN ORTALAMASI					
	n	%	Hastalık tipi X±SS	Hastalık hakkındaki görüşler							Hastalık nedenleri X±SS	Sağlık sorumluluğu X±SS	Fiziksel aktivite X±SS	Beslenme X±SS	Manevi gelişim X±SS	Kişilerarası ilişkiler X±SS	Stres yönetimi X±SS
				Süre (Akut/Kronik)	Sonuçlar X±SS	Kişisel kontrol X±SS	Tedavi kontrolü X±SS	Hastalığı algılayabilme X±SS	Süre (döngü) X±SS	Duyusal temsiller X±SS							
YAŞ																	
18-40 yaş	17	11,4	2,18± 0,88	18,41± 9,48	15,53± 4,77	23,53± 4,57	19,70± 4,25	21,00± 15,67	15,12± 1,92	17,18± 10,48	43,00± 11,11	25,53± 4,61	13,82± 4,52	21,71± 4,25	28,29± 5,27	29,76± 5,30	22,65± 4,83
41-65 yaş	132	88,6	2,76± 1,75	18,30± 8,88	18,17± 4,26	23,33± 5,10	19,31± 3,73	17,33± 4,18	14,11± 2,43	19,80± 8,63	46,66± 12,46	24,37± 6,00	12,87± 5,84	23,55± 4,74	26,55± 6,25	26,86± 5,13	19,88± 5,28
P			0,34	0,962	0,019	0,091	0,692	0,350	0,104	0,334	0,251	0,446	0,438	0,129	0,85	0,30	0,42
CİNSİYET																	
Kadın	37	24,8	2,57± 1,39	16,57± 8,12	17,49± 3,36	22,16± 4,02	19,43± 3,13	16,64± 4,5	13,89± 2,04	19,27± 9,33	46,41± 12,44	24,30± 6,05	13,14± 5,79	23,95± 4,12	24,86± 6,55	26,38± 5,70	19,62± 5,70
Erkek	112	75,2	2,73± 1,78	18,89± 9,12	18,00± 4,68	21,38± 5,35	19,33± 3,98	18,10± 7,12	14,34± 2,50	14,33± 2,50	46,19± 12,36	24,58± 5,82	12,93± 5,69	23,14± 4,89	26,19± 6,07	27,46± 5,04	20,38± 5,16
p			0,608	0,170	0,539	0,356	0,897	0,244	0,327	0,854	0,926	0,803	0,848	0,370	0,262	0,274	0,449
MEDENİ DURUM																	
Evli	136	91,3	2,74± 1,70	18,21± 8,81	18,00± 4,41	21,54± 5,06	19,39± 3,70	18,04± 6,66	14,14± 2,40	19,92± 8,77	46,49± 12,48	24,36± 5,91	12,83± 5,70	23,61± 4,69	25,71± 6,24	27,04± 5,11	20,05± 5,30
Bekar	13	8,7	2,15± 1,46	19,46± 10,22	16,54± 3,97	22,00± 5,14	19,08± 4,68	14,69± 5,00	15,15± 2,23	15,15± 8,91	43,69± 10,89	26,07± 5,22	14,54± 5,58	20,54± 4,12	27,38± 5,66	28,77± 6,17	21,69± 5,08
p			0,230	0,629	0,252	0,756	0,777	0,080	0,146	0,064	0,437	0,313	0,304	0,024	0,355	0,256	0,287

Tablo 4.1 (devamı) . Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları (n:149)

Eğitim durumu																	
Okuryazar +Okuryazar değil	14	9,4	2,71±1,20	20,50±7,80	18,50±3,99	21,50±4,65	19,21±2,67	15,86±4,11	13,93±1,98	18,00±8,73	48,64±0,03	23,21±5,60	11,36±4,50	23,92±3,34	24,64±6,66	25,93±5,55	18,42±5,63
İlköğretim	75	50,3	2,76±1,42	17,03±8,76	17,87±4,51	21,41±4,84	19,41±3,93	18,33±8,17	14,35±2,59	20,12±9,30	45,95±2,63	23,84±5,83	11,87±5,27	23,23±5,04	25,24±6,30	26,72±4,99	19,41±5,43
Lise	36	24,2	2,78±2,36	19,19±9,37	18,72±4,20	20,20±5,23	19,33±3,64	16,78±4,20	13,83±2,34	20,06±8,96	47,00±12,85	24,71±5,99	14,19±6,13	23,42±4,67	26,25±6,26	27,75±5,42	21,22±5,01
Yüksekokul veya üniversite	24	16,1	2,33±1,52	19,75±9,22	16,25±4,46	24,17±5,04	19,33±4,22	18,46±4,74	14,63±2,10	17,63±7,39	44,63±4,43	27,04±5,45	15,58±6,00	23,25±4,61	27,92±5,30	28,58±5,36	22,13±4,43
p			0,731	0,339	0,177	0,028	0,998	0,426	0,569	0,579	0,775	0,101	0,013	0,965	0,254	0,316	0,050
Çalışma durumu																	
Çalışan	49	32,9	2,37±1,38	18,08±9,40	17,16±4,60	22,51±5,02	20,12±4,03	19,12±9,47	14,64±2,42	20,29±9,04	42,85±12,19	34,00±24,51	25,00±13,37	32,00±22,73	36,00±26,71	36,00±27,71	20,77±5,21
Çalışmayan	49	32,9	2,92±1,62	16,84±8,32	18,08±4,33	21,08±4,45	19,33±3,36	16,90±4,80	13,88±2,32	19,95±9,59	46,18±12,78	24,24±6,54	13,35±6,39	24,30±5,68	25,20±6,40	26,73±5,44	19,47±5,73
Emekli	51	34,2	2,78±1,97	19,96±8,87	18,35±4,21	21,16±5,59	18,67±3,85	17,23±4,17	14,18±2,44	18,31±7,5	45,55±11,35	24,76±5,76	12,25±5,26	23,00±4,33	25,67±6,37	27,14±4,99	20,33±4,93
p			0,241	0,211	0,369	0,291	0,156	0,197	0,293	0,492	0,018	0,910	0,537	0,210	0,468	0,649	0,464
Gelir Durumu																	
Gelir giderden az	71	47,7	1,94±0,23	8,79±1,04	4,18±0,50	4,77±0,57	4,03±0,48	4,66±0,55	2,55±0,30	8,88±1,05	12,40±1,47	5,76±0,68	5,30±0,63	3,58±0,43	6,38±0,75	5,23±0,62	5,48±0,65
Gelir gidere denk	71	47,7	1,37±0,16	9,06±1,08	4,60±0,55	5,22±0,62	3,27±0,39	8,08±0,96	2,26±0,27	8,72±1,04	12,14±1,44	6,09±0,73	6,19±0,73	5,28±0,63	5,95±0,71	5,16±0,61	5,08±0,60
p			0,319	0,325	0,970	0,230	0,012	0,015	0,972	0,243	0,457	0,399	0,408	0,002	0,167	0,210	0,122

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4. 1.'de verilmiştir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin % 88,6'sı 41-65 yaş aralığında ve ortalama yaşları 54,42'dir. 18-40 yaş aralığındaki gönüllülerin HAÖ'nün alt boyutları olan hastalık tipi, duyuşsal temsiller ve hastalık nedenleri puan ortalamaları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutu olan beslenme puan ortalaması 41-65 yaş aralığındaki gönüllülere göre daha düşük saptanmıştır. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeklerinden sonuçlar alt ölçeğinin puan ortalaması 41-65 yaş aralığındaki bireylerde, 18-40 yaş aralığındaki bireylere göre yüksek saptanmıştır. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Çalışmaya dahil edilen KAH'ı olan bireylerin % 75,2'si erkek idi. HAÖ'nün alt boyutlarından hastalık tipi puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre daha düşüktür. Hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeklerinden kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve duyuşsal temsiller alt ölçeği puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. SYBDÖ alt ölçeklerinden beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir. Ancak aradaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğu (%91,3) evli idi. HAÖ'nün alt ölçeklerinden hastalık tipi ve hastalık nedenleri boyutlarının puan ortalamaları evlilerde bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeğinin alt ölçeklerinden sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı algılayabilme ve duyuşsal temsiller boyutları da evlilerde bekarlara göre daha yüksektir. Ancak aradaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). SYBD alt ölçeklerinden beslenme hariç diğer alt ölçek puan ortalamaları bekarlarda evlilere göre daha yüksektir. Evlilerde beslenme alt ölçeğinin puan ortalamasının bekarlara göre daha yüksek olması istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin % 50,3'ü ilköğretim mezunu ve SYBDÖ'nün alt ölçeklerinin puan ortalamaları yüksekokul veya üniversite mezunu olan bireylere göre daha düşüktür. SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite hariç diğer alt ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan bireylerin % 24,2'si lise mezunu idi. Lise mezunu olanlarda HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamaları yüksekokul veya üniversite mezunu olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Aradaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Araştırmamıza katılan bireylerin %34,2'sinin emekli olduğu saptanmıştır. Emekli olan bireylerde HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutu puan ortalamaları çalışan veya çalışmayan bireylere göre daha yüksek, tedavi kontrolü ve duyuşsal temsiller boyutlarının puan ortalamalarının ise çalışan veya çalışmayan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır

($p<0,05$). Aynı zamanda emekli olan bireylerin HAÖ'nün hastalık nedenleri alt boyutu puan ortalaması çalışan bireylerden yüksek ancak çalışmayan bireylerden düşük bulunmuştur. Emekli olan bireylerin hastalık nedenleri alt boyutunun, çalışan bireylere göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). SYBDÖ alt boyutlarının puan ortalamalarına baktığımızda çalışan bireylerin puan ortalamasının, çalışmayan veya emekli olan bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerden geliri giderden düşük olanlarla, geliri gidere denk olan bireylerin sayısı eşit idi. Geliri giderinden düşük olan bireylerin HAÖ'nün hastalık nedenleri alt boyutu ile, hastalık tipi alt boyutunun puan ortalamaları, geliri giderinden yüksek olan bireylere göre daha yüksek saptanmıştır. Ancak bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Geliri giderinden düşük olan bireylerin HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşlerinin alt boyutu olan tedavi kontrolü puan ortalaması, geliri giderinden yüksek olan bireylere göre daha yüksektir. Geliri giderinden düşük olan bireylerin hastalığı algılayabilme puan ortalaması ise, geliri giderinden yüksek olan bireylere göre daha düşüktür. Aradaki bu farklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri giderinden düşük olan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim puan ortalamaları, geliri giderinden yüksek olan bireylere göre daha yüksektir. Fakat bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Geliri giderinden düşük olan bireylerin beslenme alt boyutunun puan ortalamasının ise, geliri giderinden yüksek olan bireylere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çizelgede belirtilmemekle beraber araştırma kapsamına alınan bireylerin, %63,1'i eş ve çocuğuyla birlikte ve % 22,1'i eşiyle birlikte yaşamakta idi.

Hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özelliklerine göre hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları Tablo 4. 2.'de verilmiştir.

Tablo.4.2. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları (n:149)

Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler	n	%	HASTALIK ALGISI PUAN ORTALAMASI									SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI PUAN ORTALAMASI					
			Hastalık Tipi X±SS	Hastalık hakkındaki görüşleri							Hastalık nedenleri X±SS	Sağlık Sorumluluğu X±SS	Fiziksel Aktivite X±SS	Beslenme X±SS	Manevi Gelişim X±SS	Kişilerarası İlişkiler X±SS	Stres Yönetimi X±SS
				Süre(Akut Kronik) X±SS	Sonuçlar X±SS	Kişisel Kontrol X±SS	Tedavi Kontrolü X±SS	Hastalığı Algılayabilme X±SS	Süre(Döngü) X±SS	Duyusal Temsiller X±SS							
Beden-Kitle İndeksi																	
Normal	39	26,2	2,41±1,43	19,43±8,74	17,85±3,77	21,41±4,76	18,78±3,06	16,28±4,45	14,38±2,03	19,93±8,71	46,33±13,15	24,41±5,30	13,46±5,37	23,38±5,77	24,95±6,31	26,79±4,85	20,10±4,66
Kilolu	56	37,6	2,64±2,04	16,11±8,56	16,95±4,81	21,68±4,10	19,91±3,95	18,61±9,07	13,86±2,62	18,95±8,10	45,34±12,41	25,50±6,36	14,48±6,57	23,71±4,60	26,86±6,82	28,46±5,47	21,41±5,84
Obez	54	36,2	2,94±1,42	19,80±9,09	18,85±4,19	21,6±5,41	19,15±4,06	17,91±4,37	14,50±2,39	19,78±8,95	47,11±11,82	23,53±5,62	11,07±4,34	22,93±3,99	25,48±5,35	26,17±5,024	19,00±11,82
p			0,310	0,062	0,074	0,968	0,369	0,234	0,335	0,837	0,755	0,213	0,004	0,682	0,289	0,059	0,056
Sigara Kullanma Durumu																	
Kullanan	38	25,5	2,58±1,55	17,31±9,70	17,03±4,48	21,68±5,58	19,92±4,10	18,92±10,79	14,97±2,19	20,42±9,46	47,08±11,83	24,55±5,43	12,05±4,34	21,58±4,05	26,03±6,17	27,50±5,81	19,95±5,47
Kullanma yan	64	43,0	2,52±1,77	18,67±8,75	17,81±4,52	21,4±54,84	19,20±3,64	17,19±4,45	14,06±2,46	19,38±8,62	44,47±13,34	24,76±5,63	13,56±6,10	24,03±4,95	25,97±6,12	27,05±5,07	20,33±5,23
Bırakan	47	31,5	3,02±1,648	18,64±8,60	18,64±4,06	21,68±5,02	19,13±3,73	17,55±4,14	13,85±2,40	18,94±8,81	47,98±11,20	24,11±6,58	12,94±6,10	23,83±4,60	25,57±6,45	27,15±5,01	20,21±5,32
P			0,265	0,728	0,240	0,965	0,573	0,428	0,076	0,738	0,299	0,846	0,435	0,028	0,930	0,913	0,940
Alkol Kullanma Durumu																	
Kullanan	22	14,8	2,36±1,14	18,55±10,12	16,91±4,23	22,81±5,10	20,05±4,18	18,95±4,10	14,77±2,14	18,36±9,09	46,50±12,61	25,41±5,10	13,27±5,23	21,55±3,78	27,73±5,55	28,55±5,98	21,86±4,65
Kullanmayan	102	68,5	2,71±1,86	17,86±8,81	17,89±4,51	21,60±4,59	19,35±3,73	17,65±7,54	14,09±2,58	20,09±8,84	45,31±12,84	24,18±5,62	12,66±5,73	23,51±4,11	25,33±6,07	26,80±4,96	19,74±5,21
Bırakan	25	16,8	2,92±1,29	19,96±8,36	18,64±3,10	20,48±5,95	18,80±3,66	17,08±3,44	14,3±21,75	18,12±8,81	49,80±9,39	25,08±6,78	14,04±6,02	24,24±7,02	26,36±7,09	27,60±5,54	20,60±5,98
P			0,525	0,572	0,403	0,299	0,532	0,604	0,471	0,495	0,265	0,586	0,538	0,120	0,236	0,336	0,212

Tablo.4.2 (devamı). Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları(n:149)

Tanı Alma Süresi																	
6-12 ay	66	44,3	2,39± 1,52	16,10± 8,54	17,27± 3,93	22,38± 4,21	19,61± 3,83	17,70± 8,68	13,91± 2,44	20,61± 8,37	44,91± 12,70	24,44± 5,81	12,82± 6,09	22,97± 4,27	25,94± 6,36	27,41± 5,48	20,05± 5,52
1-3 yıl	22	14,8	2,77± 1,11	16,91± 9,42	17,14± 4,0	22,50± 5,94	19,82± 4,54	19,41± 5,38	15,91± 2,39	19,14± 9,33	44,32± 11,20	23,23± 6,58	12,28± 4,31	21,60± 3,33	25,32± 6,59	27,64± 5,94	20,36± 5,69
4 yıl ve üstü	61	40,9	2,98± 1,97	21,21± 8,44	18,79± 4,85	20,37± 5,39	18,93± 3,43	17,20± 3,74	13,97± 2,13	18,44± 9,20	48,39± 12,20	25,05± 5,65	13,40± 5,74	24,38± 5,36	25,97± 5,96	26,80± 4,69	20,30± 12,20
p			0,139	0,003	0,104	0,53	0,506	0,403	0,002	0,382	0,210	0,458	0,694	0,045	0,907	0,739	0,953
Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatma Durumu																	
Yatan	98	65,8	2,94±1 ,82	19,98± 8,84	18,54± 4,40	20,63± 5,26	19,12± 3,79	17,31± 4,16	14,36± 2,18	19,28± 8,79	46,21± 11,75	24,83± 5,61	12,51± 5,32	23,76± 4,82	25,94± 5,90	27,15± 5,02	20,21± 4,84
Yatmayan	51	34,2	2,22±1 ,25	15,12± 8,22	16,59± 4,09	23,39± 4,12	19,82± 3,75	18,57± 9,68	13,98± 2,77	19,94± 9,06	46,29± 1,52	23,88± 6,31	13,88± 6,31	22,54± 4,43	25,69± 6,79	27,27± 5,64	20,16± 6,10
p			0,012	0,01	0,009	0,001	0,284	0,381	0,272	0,401	0,970	0,349	0,188	0,139	0,807	0,893	0,954
Hastaneye Yatma Sayısı (n:98)																	
1-3 kez	76	44,3	2,71± 1,58	8,90± 1,02	4,17± 0,47	4,82± 0,55	3,84± 0,44	4,22± 0,48	2,26± 0,26	8,69± 0,99	11,20± 1,28	5,48± 0,63	5,02± 0,58	3,95± 0,45	5,68± 0,65	4,84± 0,55	4,66± 0,53
4 ve üstü kez	22	14,7	3,73± 2,37	5,79± 1,23	4,87± 1,04	6,48± 1,41	3,67± 0,78	4,00± 0,85	1,85± 0,39	9,35± 1,99	13,36± 2,85	5,85± 1,25	6,03± 1,29	6,27± 1,34	6,32± 1,35	5,59± 1,19	5,39± 1,15
p			0,02	0,000	0,74	0,195	0,458	0,524	0,180	0,847	0,201	0,124	0,063	0,001	0,070	0,277	0,227
Uyulması Gereken Diyet																	
Var	72	48,3	2,99± 1,90	18,65± 9,28	17,92± 4,82	21,73± 5,37	19,62± 3,67	18,36± 8,44	14,32± 2,65	19,26± 9,13	46,39± 12,61	26,48± 5,51	13,94± 5,98	24,82± 3,67	26,96± 6,41	28,30± 5,25	21,21± 5,52
Yok	77	51,7	2,42± 1,42	18,00± 8,63	17,83± 3,96	21,44± 4,78	19,12± 3,89	17,17± 4,15	14,14± 2,14	19,72± 8,64	46,10± 12,15	22,69± 5,60	12,08± 5,30	21,96± 5,16	24,83± 5,84	26,16± 4,10	19,25± 4,90
p			0,038	0,657	0,906	0,728	0,414	0,271	0,655	0,751	0,889	0,000	0,045	0,00	0,036	0,12	0,023
Kalp Krizi Geçiren Yakını Olma Durumu																	
Olan	78	52,3	2,69± 1,86	18,19± 8,65	18,06± 4,33	21,83± 4,91	19,42± 3,50	17,53± 4,07	14,24± 2,34	20,08± 8,76	47,88± 11,20	24,34± 5,92	13,57± 5,80	23,29± 4,39	26,46± 6,09	27,68± 5,33	20,71± 5,44
Olmayan	71	47,7	2,69± 1,48	18,45± 9,25	17,66± 4,46	21,30± 5,22	19,30± 4,09	17,99± 8,56	14,21± 2,47	18,87± 8,98	44,44± 13,31	24,69± 5,83	12,33± 5,55	23,39± 5,07	25,20± 6,29	26,66± 5,07	19,63± 5,09
P			0,994	0,860	0,578	0,533	0,838	0,672	0,935	0,409	0,088	0,726	0,191	0,898	0,215	0,236	0,218
Kalp Krizi Nedeniyle Hayatını Kaybeden Yakını Olma Durumu																	
Olan	62	41,6	2,82± 1,97	19,12± 8,66	18,20± 4,30	21,49± 5,18	19,27± 3,46	17,30± 4,10	14,27± 2,44	19,84± 8,93	48,27± 10,98	24,11± 5,97	13,37± 5,42	22,98± 4,27	26,24± 6,17	27,52± 5,41	20,62± 5,38
Olmayan	87	58,4	2,60± 1,46	17,74± 9,10	17,63± 4,45	21,64± 4,99	19,43± 4,01	18,06± 7,90	14,20± 2,38	19,26± 8,85	44,79± 13,09	24,79± 5,79	12,70± 5,90	23,60± 5,01	25,59± 6,24	26,97± 5,10	19,89±5 ,23
p			0,424	0,349	0,430	0,858	0,811	0,494	0,844	0,698	0,090	0,489	0,481	0,435	0,526	0,527	0,399

Araştırmamıza katılan bireylerin %37,6'sı fazla kilolu, %36,2'si obez, morbid obez ve %26,2'si ise normal kilolu idi. Normal kilolu bireylerde HAÖ'nün alt boyutlarından olan hastalık tipi ve hastalık algısındaki görüşlerin alt boyutlarından olan kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı algılayabilme süreci puan ortalamaları fazla kilolu, obez, morbid obez olan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Obez ve morbid obez olan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite boyutu puan ortalamaları fazla kilolu bireylere göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin %25,5'i sigara kullanmakta idi. Sigara kullanan bireylerde HAÖ'nün hastalık tipi, hastalık nedenleri ve hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutundan süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutu dışında diğer alt boyutların puan ortalamaları, sigara kullanmayan ve bırakanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat puanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Sigara kullanmayanlarda SYBDÖ alt boyutu ise manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler dışında diğer alt boyutların puan ortalamaları, sigara kullanan ve sigarayı bırakanların puan ortalamalarına göre daha yüksek bulunmuş olup, beslenme alt boyutu hariç gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sigara içmeyenler ile sigara içenlerin beslenme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin %68,5'i alkol kullanmamakta, %16,8'i daha önce alkol kullanırken şuan kullanmamakta ve %14,8'i ise alkol kullanmaya devam etmektedir. Alkol kullanan grubun HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunun, tedavi kontrolü, hastalığı algılayabilme, süre (döngü) ve kişisel kontrol alt boyutlarının puan ortalamaları alkol kullanmayan ve kullanmayı bırakanlara göre daha yüksek olmakla beraber aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Alkol kullanan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından beslenme ve fiziksel aktivite dışında diğer alt boyutlarının puan ortalamaları alkol kullanmayan veya alkol kullanmayı bırakan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Örnekleme dahil edilen bireylerin %44,3'ü 6-12 ay önce tanı almış, %14,8'i 1-3 yıl önce tanı almış, %40,9'u 4 yıl ve daha uzun süre önce tanı almıştır. 6-12 ay önce tanı almış kişilerin HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşlerin alt boyutlarından süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalaması, dört yıl ve daha uzun süre önce tanı almış kişilere göre daha düşük bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı olarak saptanmıştır ($p<0,05$). 6-12 ay önce tanı almış kişilerin hastalık hakkındaki görüşlerin alt boyutlarından süre (döngüsel) boyutunun puan ortalaması, 1-3 yıl önce tanı almış kişilerin puan ortalamasından düşük bulunmuş olup istatistiksel olarak da anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). 1-3 yıl önce tanı alan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarının puan ortalamalarından kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi dışında diğer

alt boyutların puan ortalamaları, diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur ($P>0,05$). 1-3 yıl önce tanı alan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından beslenme alt boyutu puan ortalamaları dört yıl ve daha uzun süre önce tanı alan bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmamıza katılan KAH'ı olan bireylerin % 65,8'i hastalığı nedeniyle hastaneye yatmış olup, %14,77'si dört ve daha fazla sayıda, %44,30'unun da 1-3 kez hastaneye yatışı yapılmıştır. Aynı zamanda bireylerin %42,28'inin koroner anjiyografi nedeniyle hastaneye yatışı yapılmıştır. Çizelgede belirtilmemekle beraber araştırma kapsamına alınan bireylerin, hastanede ortalama yatış gün sayısı ise 3,73 gün olarak bulunmuştur. Hastanede yatan bireylerin HAÖ'nün alt boyutlarından hastalık tipi ve hastalık hakkındaki görüşlerinin alt boyutlarından süre (akut/kronik) ve sonuçlar boyutlarının puan ortalamaları hastaneye yatmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Daha önce hastaneye yatmayan bireylerin HAÖ'nün alt boyutlarından hastalık hakkındaki görüşlerinin alt boyutu olan kişisel kontrol puan ortalaması, hastaneye yatan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaneye yatan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından kişiler arası ilişkiler ve fiziksel aktivite boyutları hariç diğer boyutların puan ortalamaları, hastaneye yatmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin hastaneye dört ve daha fazla sayıda yatanların, HAÖ'nün hastalık belirtileri alt boyutunun puan ortalaması, hastaneye 1-3 kez yatanlara göre daha yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Hastaneye 1-3 kez yatan bireylerin HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutunun süre (akut/kronik) alt boyutu puan ortalaması dört ve daha fazla sayıda hastaneye yatanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Hastaneye dört ve daha fazla sayıda yatanların SYBD ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları, hastaneye 1-3 kez yatanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında beslenme alt boyutu hariç diğer alt boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tabloda belirtilmemekle beraber, araştırma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin % 96'sı ilaç kullanmakta ve araştırmaya alınan bireylerin %61,2'si üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanmakta idi.

Bireylerin %51,7'si hastalığına yönelik herhangi bir diyet uygulamamakta idi. Hastalığına yönelik diyet uygulayan bireylerin, HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun duyusal temsiller boyutu hariç diğer boyutların puan ortalamaları, hastalığına yönelik diyet uygulamayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalık belirtileri alt boyutu dışında diğer boyutların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastalığına yönelik diyet uygulayan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarının hepsinin puan ortalamaları, diyet uygulamayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan bireylerin %52,2'sinin ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçiren bireylerin olduğu ve %41,6'sının ise kalp krizi nedeniyle hayatını kaybettiği belirtilmiştir. Ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçirmiş olan bireylerin HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duyuşsal temsiller alt boyutlarının puan ortalamaları, ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçirmiş tanıdığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçirmiş olan veya kalp krizi nedeniyle hayatını kaybetmiş tanıdığı olan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamaları, ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçirmiş olmayan veya kalp krizi nedeniyle hayatını kaybetmiş tanıdığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastalık algısı ölçeği alt ölçekleri ve SYBDÖ alt ölçeklerinin puan ortalamaları tablo 4.3.de verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Puan Ortalamaları

		n	$\bar{X} \pm SS$	Min.	Max.
HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ					
Hastalık Tipi		149	2,69±1,68	0	12
Hastalık Hakkındaki Görüşleri	Süre (Akut/Kronik)	149	18,32±8,91	6	30
	Sonuçlar	149	17,87±4,38	6	29
	Kişisel Kontrol	149	21,58±5,06	6	30
	Tedavi Kontrolü	149	19,36±3,78	9	25
	Hastalığı Algılayabilme	149	17,75±6,59	6	30
	Süre(Döngüsel)	149	14,23±2,40	7	20
	Duyusal Temsiller	149	19,50±8,86	6	30
Hastalık Nedenleri		149	46,24±12,34	22	90
HAÖ		149	177,16±20,84	111	231
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI					
Sağlık Sorumluluğu		149	24,50±5,86	10	36
Fiziksel Aktivite		149	12,98±5,70	8	28
Beslenme		149	23,34±4,71	16	48
Manevi Gelişim		149	25,86±6,20	12	36
Kişilerarası İlişkiler		149	27,19±5,22	17	36
Stres Yönetimi		149	20,19±5,29	11	32
SYBD		149	134,20±27,14	85	196

Çalışmamızda HAÖ'nün puan ortalaması $177,16 \pm 20,84$ olarak belirlenmiştir. HAÖ'nün alt ölçeklerinden hastalık tipi boyutunun puan ortalaması $2,69 \pm 1,68$ min-max değeri ise 0-12 olarak belirlenmiştir. Tablo 4. 3. incelendiğinde hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeğinin alt ölçeklerinden; süre (akut/kronik) alt ölçeğinin puan ortalamasının $18,32 \pm 8,91$ olduğu, sonuçlar alt ölçeğinin puan ortalamasının $17,87 \pm 4,38$ olduğu, kişisel kontrol alt ölçeğinin puan ortalamasının $21,58 \pm 5,06$ olduğu, tedavi kontrolü alt ölçeğinin puan ortalamasının $19,36 \pm 3,78$ olduğu, hastalığı anlayabilme alt ölçeğinin puan ortalamasının $17,75 \pm 6,59$ olduğu, süre (döngüsel) alt ölçeğinin puan ortalamasının $14,23 \pm 2,40$ olduğu ve duygusal temsiller alt ölçeğinin puan ortalamasının $19,50 \pm 8,86$ olduğu görülmektedir. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık nedenleri boyutunun toplam puan ortalaması $46,24 \pm 12,34$ olarak tespit edilmiştir. SYBDÖ alt gruplarının ise; sağlık sorumluluğu puan ortalaması $24,50 \pm 5,86$, min-max değeri 10-36, fiziksel aktivite puan ortalaması $12,98 \pm 5,70$, min-max değeri 8-28, beslenme puan ortalaması $23,34 \pm 4,71$ min-max değeri 16-48, manevi gelişim puan ortalaması $25,86 \pm 6,20$ min-max değeri 12-36, kişilerarası ilişkiler puan ortalaması $27,19 \pm 5,22$ min-max değeri 17-36, stres yönetimi puan ortalaması $20,19 \pm 5,29$ min-max değeri 11-32 olarak bulunmuştur. SYBDÖ toplam puan ortalaması $134,20 \pm 27,14$, min-max değeri 85-196 olarak saptanmıştır.

Hastalık algısı ölçeği ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları arasındaki korelasyon Tablo 4. 4.de yer almaktadır.

Tablo 4. 4. Hastalık Algısı Ölçeği İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Puanları Arasındaki Korelasyon

ÖLÇEKLER VE ALT BOYUTLARI		Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		SYBDÖ	
		r değeri	P değeri	r değeri	P değeri	r değeri	P değeri	r değeri	P değeri	r değeri	P değeri	r değeri	P değeri	r değeri	P değeri
Hastalık Tipi		-0,044	0,596	0,000	0,999	0,008	0,920	0,040	0,624	-0,030	0,716	-0,123	0,135	-0,052	0,530
Hastalık Hakkındaki Görüşleri	Süre (Akut/Kronik)	-0,048	0,560	-0,038	0,644	-0,096	0,243	-0,134	0,104	-0,170	0,038	-0,128	0,119	-0,118	0,152
	Sonuçlar	-0,067	0,420	0,000	0,999	0,108	0,189	-0,168	0,040	-0,202	0,014	-0,139	0,092	-0,096	0,246
	Kişisel Kontrol	0,121	0,143	0,219	0,009	0,084	0,311	0,138	0,095	0,245	0,003	0,240	0,003	0,204	0,013
	Tedavi Kontrolü	0,206	0,012	0,113	0,169	0,126	0,125	0,259	0,001	0,268	0,001	0,298	0,000	0,263	0,001
	Süre(Döngüsel)	0,037	0,652	-0,043	0,601	-0,243	0,003	0,071	0,390	0,032	0,703	0,027	0,740	-0,014	0,863
	Hastalığı Algılayabilme	0,047	0,568	0,042	0,608	0,028	0,738	0,174	0,034	0,093	0,257	0,035	0,670	0,091	0,271
Hastalık Nedenleri		-0,207	0,012	0,023	0,778	-0,090	0,274	-0,267	0,001	-0,187	0,022	-0,177	0,031	-0,188	0,022
HAÖ		-0,067	0,417	0,091	0,272	-0,040	0,631	-0,112	0,174	-0,071	0,390	-0,069	0,408	-0,054	0,519

Tablo 4. 4. incelendiğinde; HAÖ alt boyutu olan hastalık tipi ve hastalık hakkındaki görüşlerin alt boyutu olan süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel), hastalığı algılayabilme ile SYBDÖ alt ölçeği olan sağlık sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık nedenleri ile SYBDÖ alt boyutu olan sağlık sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Puanlar arasındaki ilişkinin derecesi (-0,207)'dir. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin tedavi kontrolü boyutu ile SYBDÖ alt boyutu olan sağlık sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Puanlar arasındaki ilişkinin derecesi 0,206'dır. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin kişisel kontrol boyutu ile SYBDÖ alt boyutu olan fiziksel aktivite arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Puanlar arasındaki ilişkinin derecesi 0,219'dur. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin süre (döngüsel) boyutu ile SYBDÖ alt boyutu olan beslenme arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar arasındaki ilişkinin derecesi (-0,243)'tür. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin sonuçlar, tedavi kontrolü ve hastalığı algılayabilme boyutları ile SYBDÖ alt boyutu olan manevi gelişim arasında anlamlı, sonuçlar boyutunda negatif yönde zayıf bir ilişki, tedavi kontrolü ve hastalığı algılayabilme boyutunda pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır. Puanlar arasındaki ilişkilerin derecesi sırasıyla, (-0,168), (-0,259) ve (-0,174)'tür. HAÖ'nün hastalık nedenleri alt boyutu ile SYBDÖ alt boyutu olan manevi gelişim arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Puanlar arasındaki ilişkinin derecesi (-0,267)'dir. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü boyutları ile SYBDÖ alt ölçeği olan kişilerarası ilişkiler boyutu arasında süre (akut/kronik) ve sonuçlar negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Aralarındaki ilişkinin derecesi sırasıyla (-0,170), (-0,202), 0,245 ve 0,268'dir. HAÖ'nün hastalık nedenleri alt boyutu ile SYBDÖ alt boyutu olan kişiler arası ilişkiler arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Puanlar arasındaki ilişkinin derecesi (-0,187) olarak bulunmuştur. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin kişisel kontrol ve tedavi kontrolü boyutu ile SYBDÖ alt ölçeği olan stres yönetimi boyutu arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Aralarındaki ilişkinin derecesi sırasıyla 0,240 ve 298'dir. HAÖ'nün hastalık nedenleri alt boyutu ile SYBDÖ alt boyutu olan stres yönetimi arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Aralarındaki ilişkinin derecesi (-0,177)'dir. HAÖ'nün alt ölçeği olan hastalık hakkındaki görüşler ölçeğinin kişisel kontrol ve tedavi kontrolü boyutu ile SYBDÖ arasında pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Bu ilişkinin derecesi sırasıyla 0,204 ve 0,263'tür. HAÖ'nün hastalık

nedenleri alt boyutu ile SYBDÖ arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuş olup, ilişkinin derecesi (-0,188) olarak belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmamızdan elde edilen bulgular literatür bilgileri ile karşılaştırılmış ve bu doğrultuda tartışılmıştır.

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin yaş ortalaması $54,42 \pm 10,71$ olarak belirlenmiştir. Örneklemimizin 18-65 yaş aralığında olması nedeniyle yaş ortalamamız yapılan diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur [95, 96].

Çalışmaya dahil edilen KAH'ı olan bireylerin % 75,2'si erkek idi. HAÖ'nün alt boyutlarından hastalık tipi puan ortalaması erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bizim bulgumuzun aksine hastalık tipi puan ortalaması kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur [97-99]. Bizim çalışmamızda kadınların hastalık tipi ortalamasının düşük bulunmasının bir nedeni olarak yaşadıkları belirtileri KAH'dan daha çok, günlük yaşantılarında maruz kaldıkları strese bağladıkları düşünülmektedir. Bu durum da hastalara eğitim verirken hastalık hakkındaki bilgileri sorgulanıp ona göre eğitim verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeklerinden kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve duygusal temsiller alt ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kadınlarda erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır. Ciddi (2010)'nin kalp yetmezliği olan bireylerle yaptığı çalışma sonuçlarında duygusal temsiller boyutu dışında bizi destekler niteliktedir [97]. Ülkemizde kadınların ev ve sorumluluklarının ağır basması, her soruna bir çözüm bulma arayışlarının olması ve hastalık rolüne gireceğini düşünmesinden dolayı kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve duygusal temsiller boyutları puanlarının daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

Bulgularımızda SYBDÖ alt ölçeklerinden beslenme ve fiziksel aktivite puan ortalamaları kadınlarda erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiştir. Özarslan (2013)'ın yaptığı çalışmada da beslenme alt boyutu bizim bulgularımızı destekler nitelikte ve kadınlarda daha yüksek saptanmıştır. Fakat fiziksel aktivite alt boyutu erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur [72]. Kadınların hemcinsleriyle daha çok vakit geçiriyor olması ve evde yemeği daha çok kadınların hazırlamasından dolayı birbirlerini sağlıklı beslenmeye ve egzersiz yapmaya teşvik ettikleri düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğu evli idi. HAÖ'nün alt ölçeklerinden hastalık tipi ve hastalık nedenleri boyutlarının puan ortalamaları ve hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeğinin sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı algılayabilme ve duygusal temsiller boyutları da evlilerde bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayyıldız (2016)'ın hipertansiyonu olan bireylerle yaptığı çalışmada da tedavi kontrolü ve sonuçlar alt ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuş olup, çalışmamızı destekler niteliktedir [100]. Bu sonuçlarımızın nedeni olarak evli bireylerin

ailelerden aldıkları destekleri onları daha çok motive ettiği bu nedenle de tedavi kontrollerini de düzenli bir şekilde gerçekleştirdikleri düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan KAH'ı olan bireylerin SYBDÖ alt ölçeklerinden sadece beslenme boyutu evlilerde bekarlara göre istatistiksel olarak da anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Özarslan'ın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir [72]. Evli bireylerin beslenme puan ortalamalarının yüksek bulunmasının nedeni olarak düzenli bir aile hayatının olması düşünülmektedir.

Çalışmamızda yüksekokul veya üniversite mezunu olan bireylerin, HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamaları, lise mezunu olan bireylere göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Karakuş Açıkgoz (2014)'ün hipertansiyonu olan bireyler ile yaptığı çalışmada da HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun kişisel kontrol alt boyutu puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır [21]. Bu sonuç bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bireylerin eğitim durumu arttıkça hastalıklarının yönetimini sağlamada gerekli bilgilere daha kolay ulaştıkları ve hastalıklarını daha iyi kontrol edebildikleri düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerden yüksekokul veya üniversite mezunu olan bireylerin SYBDÖ'nün alt ölçeklerinin puan ortalamaları ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksek bulunmuş olup yalnızca fiziksel aktivite boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş olup, yüksekokul veya üniversite mezunu olan bireylerin SYBDÖ alt ölçek puanları diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek bulunmuştur [24, 101].

Çalışmaya katılan hastalardan çalışmayanların HAÖ alt ölçeklerinden hastalık tipi puan ortalaması çalışan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Ekenler (2017)'in kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada da benzer sonuç bulunmuş olup, çalışmamızı destekler niteliktedir [102]. Çalışan bireylerin hastalık belirtilerinin daha düşük çıkmasının sebebi yaşadıkları günlük koşuşturmalarından dolayı semptomları önemsemedikleri düşünülebilir.

Emekli olan bireylerin HAÖ'nün hastalık nedenleri alt boyutu puan ortalaması çalışan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların emekli olan bireylerin yaş aralığının yüksek ve yaşam tecrübelerinin daha çok olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda SYBDÖ alt boyutlarının puan ortalamalarına baktığımızda çalışan bireylerin puan ortalamaları, çalışmayan veya emekli olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. SYBDÖ ile yapılan diğer çalışma sonuçları da bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir [72, 103, 104]. Bu sonuçların çalışan bireylerin günlük yaptıkları işlerin de (sürekli bir yürüyüş hali içerisinde olması, enerji gereksinimlerinden dolayı öğünlerini atlamamaları,

kişilerarası ilişkilerinin olması vb.) sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında sayılmasından ve emekli bireylerin daha çok, evde veya arkadaşlarıyla beraber zaman geçirdikleri öngörüldüğünden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin gelir durumlarına baktığımızda, geliri giderinden düşük olan bireylerin, HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşlerinin alt boyutu olan tedavi kontrolü puan ortalaması geliri giderinden yüksek olan bireylere göre daha yüksektir. Geliri giderinden düşük olan bireylerin hastalığı algılayabilme puan ortalaması ise, geliri giderinden yüksek olan bireylere göre daha düşüktür. Aradaki bu farklar ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Karakuş Açıkgöz (2014)'un yaptığı çalışmada hastalığı algılayabilme puan ortalaması bizim sonuçlarımızı desteklemektedir [21]. Chen ve ark (2011)'nin yaptığı çalışmanın sonuçları da çalışmamız ile benzerlik göstermektedir [105]. Bu sonuçlar geliri giderinden düşük olan bireylerin maddi kısıtlılıklar nedeniyle sağlıklarına ayırdıkları zaman ve bütçenin yetersiz olmasından dolayı hastalığı anlayabilme puanlarının daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin alt boyutlarına baktığımızda, geliri giderine denk olan bireylerin beslenme alt boyutu puanları geliri giderinden düşük olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda çalışmamızı destekler niteliktedir [72, 21]. Bu sonuçların nedeni olarak gelir durumu artıça bireylerin besin alma olanaklarının da arttığı düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin HAÖ'nün alt boyutlarından olan hastalık tipi ve hastalık algısındaki görüşlerin alt boyutlarından olan kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalığı algılayabilme süreci puan ortalamaları normal kilolu bireylerde, fazla kilolu, obez ve morbid obez olan bireylere göre daha düşüktür. Yapılan diğer çalışmalarda çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup, çalışmamızı destekler niteliktedir [21, 106]. Normal kilolu bireylerin kendi ağırlıklarına ve beslenmelerine dikkat ettiği düşünülecek olursa kendi kişisel kontrollerini ve tedavi kontrollerini daha iyi bir şekilde yaptıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite boyutunda ise, obez ve morbid obez olan bireylerin puan ortalamaları, fazla kilolu bireylere göre daha düşük bulunmuş olup istatistiksel açıdan da aralarında anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Yapılan diğer çalışmaların sonuçları da çalışmamızın sonuçlarına paralellik göstermektedir [21, 95, 104, 107]. Bu bulgularımızın nedeni olarak obez ve morbid obez olan bireylerin aktivite kısıtlaması olduğu veya herhangi bir efor sarf ettiklerinde fiziksel olarak sıkıntı yaşadıkları ve aktivitelerini sınırladıkları düşünülebilir.

Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin, HAÖ'nün hastalık tipi, hastalık nedenleri ve hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutundan süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutu hariç diğer alt boyutların puan ortalamaları, sigara kullanan bireylerde, kullanmayan ve bırakanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gündüz (2014)'ün çalışmasında tedavi kontrolü ve hastalığı

anlama boyutu ile Karakuş Açıkğöz (2014)'un çalışmasında tedavi kontrolü, kişisel kontrol ve süre(döngüsel) boyutu sonuçları çalışmamızla paralellik göstermektedir [21, 108]. Sigara içen bireylerin; sigaranın hastalık nedeni olması, sigarayı daha çok bir stres ile baş etme mekanizması olarak görmelerinden dolayı ve stresin de KAH sebebi olarak görülmesinden dolayı, bireylerin hastalıklarını anlama ve stres puanlarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda SYBDÖ beslenme alt boyutu puan ortalaması sigara kullanmayan bireylerde sigara kullanan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda bulgularımızın aksine sonuçlar elde edilirken, bazı çalışmalarda da çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşılmıştır [89, 104, 107]. Bu sonuçların sigara kullanmayan bireylerin beslenmelerine daha fazla önem verdiklerini düşündürmektedir.

Çalışmayı kabul eden gönüllülerden alkol kullanan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından beslenme ve fiziksel aktivite dışında diğer alt boyutların puan ortalamaları alkol kullanmayan veya kullanmayı bırakan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Yeşil Bayülgen (2015)'in çalışmasında alkol kullanmayan bireylerin SYBDÖ toplam puanı ve alt ölçeklerinin puan ortalamaları alkol kullanan bireylere göre daha yüksek çıkmış olup sonuçlarımız ile benzerlik göstermemektedir [107]. Bireylerin stresle baş edebilmek için etkisiz baş etme yöntemi olan alkolü seçtikleri ve bu nedenle sık alkol kullanan bireylerin egzersiz yerine alkole yöneldikleri ve alkol kullanan bireylerin düzenli olarak beslenemedikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda dört yıl ve daha uzun süre önce tanı alan bireylerin HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşlerinin süre (akut/kronik) alt boyutu, altı ay ile bir öncesinde tanı alan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçları bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir [21, 78, 110]. Bu sonuçlar bireylerin tanı alma süresi uzadıkça hastalıklarının kronik bir hastalık olduğunu düşündüklerini göstermektedir.

Çalışmaya katılan dört yıl ve öncesinde tanı alan bireylerin SYBDÖ beslenme alt boyutunun puan ortalaması bir ile üç yıl arasında tanı almış bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen bulgular bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir [21, 89, 107]. Ancak Kuru (2012)'nin yaptığı çalışmada bizim bulgularımızın aksine sonuçlar elde edilmiştir. Sonuçlarımız doğrultusunda tanı alma süresi uzadıkça bireylerin hastalığa daha çok oryante olduğu ve hastalığın gerektirdiği şekilde beslenme ihtiyaçlarını karşıladıkları düşünülmektedir [24].

Daha önce hastanede yattığını ifade eden bireylerin, HAÖ'nün alt boyutlarından hastalık tipi ve hastalık hakkındaki görüşlerinin alt boyutlarından süre (akut/kronik) ve sonuçlar boyutlarının puan ortalamaları daha önce hastaneye yatmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup, aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar

bireylerin hastaneye yatmasından kaynaklı olarak hasta rolüne daha çok girdiği düşünülerek hastalığı kronik bir hastalık olarak algıladığı, ciddi bir hastalık olarak gördükleri ve yaşadıkları belirtilerin de hastalığın başlangıcından bu yana yaşadıkları ve bu belirtilerin hastalıkla ilgili olabileceğini düşündüklerinden kaynaklanmış olabileceği öngörülmektedir.

Daha önce hastaneye yattığını belirten bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından kişiler arası ilişkiler ve fiziksel aktivite boyutları dışında diğer boyutların puan ortalamaları, daha önce hastaneye yatmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastanede yatmanın pozitif bir stres kaynağı olduğu düşünülecek olursa bireylerin stres yönetimini daha rahat bir şekilde yapabildiği, hastanede yattığı süre boyunca merak ettiği bilgiye daha kolay ulaşabildiği öngörülmektedir. bireylerin beslenme, manevi gelişim ve sağlık sorumluluğu puanlarının arttığı düşünülebilir.

Hastalığına yönelik diyet uygulayan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarının tümünün puan ortalamaları, diyet uygulamayan bireylere göre daha yüksek bulunmuş olup beslenme, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve manevi gelişim alt boyutları puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Özarslan (2013)'ın diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmanın sonuçları çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir [72]. Bu sonuçlar diyet uyguladığını belirten bireylerin hastalıklarını daha ciddiye aldıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçirmiş olan bireylerin HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) ve duysal temsiller alt boyutlarının puan ortalamaları, ailesinde kalp krizi geçirmiş kişi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ayyıldız (2016)'ın çalışmasında da kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve süre(döngüsel) boyutu puan ortalamaları yüksek bulunmuş olup, çalışmamızla benzerlik göstermektedir [100]. Gündüz (2014)'ün çalışmasında da süre (döngüsel) ile duysal temsiller boyutu puan ortalamaları çalışmamızla benzer olarak yüksek saptanmıştır [108]. İzgi (2014)'in çalışma sonuçları da çalışmamızı destekler niteliktedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, bireyler ailelerinde ikinci bir göz olarak bu hastalığın belirtilerini gördüklerinden dolayı hastalıklarının daha çok döngüsel olduğunu düşünmektedirler [110].

Çalışmaya katılan bireylerin ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçirmiş olan veya kalp krizi nedeniyle hayatını kaybetmiş tanıdığı olan bireylerin SYBDÖ alt boyutlarından fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamaları, ailesinde ya da yakın çevresinde kalp krizi geçirmiş olan veya kalp krizi nedeniyle hayatını kaybetmiş tanıdığı olmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin yakın çevresinde KAH'ın bulunması bireyleri psikolojik olarak etkilemekte olup bu nedenle bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda HAÖ'nün hastalık hakkındaki görüşler alt ölçeğinin alt ölçeklerinden; süre (akut/kronik) alt ölçeğinin puan ortalamasının $18,32 \pm 8,91$ olduğu, sonuçlar alt ölçeğinin puan ortalamasının $17,87 \pm 4,38$ olduğu, kişisel kontrol alt ölçeğinin puan ortalamasının $21,58 \pm 5,06$

olduğu, tedavi kontrolü alt ölçeğinin puan ortalamasının $19,36 \pm 3,78$ olduğu, hastalığı anlayabilme alt ölçeğinin puan ortalamasının $17,75 \pm 6,59$ olduğu, süre (döngüsel) alt ölçeğinin puan ortalamasının $14,23 \pm 2,40$ olduğu ve duygusal temsiller alt ölçeğinin puan ortalamasının $19,50 \pm 8,86$ olduğu görülmekte olup bütün alt boyutların puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmaların sonuçları sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir [15, 21, 102, 108, 111]. Çalışmamızın sonuçları doğrultusunda; hastaların hastalığı ile ilgili endişelerinin fazla olduğu bu nedenle hastalıklarını geçici olmaktan çok kalıcı, kronik bir hastalık olarak düşündükleri, bireylerin hastalığı tedavi ve kendi kişisel kontrolleriyle tedavi edebileceklerine ilişkin algılarının yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda SYBDÖ alt gruplarının; sağlık sorumluluğunun puan ortalaması $24,50 \pm 5,86$, min-max değeri 10-36, fiziksel aktivitenin puan ortalaması $12,98 \pm 5,70$, min-max değeri 8-28, beslenmenin puan ortalaması $23,34 \pm 4,71$ min-max değeri 16-48, manevi gelişimin puan ortalaması $25,86 \pm 6,20$ min-max değeri 12-36, kişilerarası ilişkilerin puan ortalaması $27,19 \pm 5,22$ min-max değeri 17-36, stres yönetiminin puan ortalaması $20,19 \pm 5,29$ min-max değeri 11-32 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına baktığımızda fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutu puan ortalaması dışında diğer boyutların puan ortalamaları ortalanca değerden yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda fiziksel aktivite boyutu düşük bulunmuş olup çalışmamızı destekler niteliktedir [21, 25, 107]. Bu sonuç bireylerin egzersiz yaptıklarında gelişebilecek komplikasyonları düşündüklerinden ve bazı hastaların eforla artan nefes darlığı çekmelerinden dolayı egzersiz yapmadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda KAH'ı olan bireylerin HAÖ'nün alt boyutları ile SYBDÖ alt boyutları arasında ilişki olduğu saptanmıştır. SYBDÖ'nün sağlık sorumluluğu alt boyutu ile tedavi kontrolü ve hastalık nedenleri arasında, fiziksel aktivite boyutu ile kişisel kontrol arasında, beslenme ile süre (döngüsel) arasında, manevi gelişim ile sonuçlar, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve hastalık nedenleri arasında, kişilerarası ilişkiler ile süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedav, kontrolü ve hastalık nedenleri arasında, stres yönetimi ile kişisel kontrol, tedavi kontrolü ve hastalık nedenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çalışmamızda bireylerin tedavi kontrolü algıları arttıkça sağlık sorumluluğunun, manevi gelişimin, kişilerarası ilişkilerin ve stres yönetiminin arttığı bununla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda bireylerin tedaviye olan inancı arttıkça stres faktörlerinin azaldığı, güven duygusunun geliştiği düşünülebilir.

Çalışmamızda bireylerin hastalık oluşumundaki olası nedenlerin artmasıyla sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimin azaldığı bununla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da azaldığı bulunmuştur. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırabilmeleri için hastalığa neden olan faktörlerin belirlenip öncelikle o faktörlerin düzeltilmesi gerekmektedir.

Çalışmaya alınan bireylerin hastalığı kronik olarak algılaması ile kişilerarası ilişkilerinde ve hastalığın ciddiyeti ile manevi gelişim ve kişilerarası ilişkileri arasında ters orantı saptanmıştır. Bireylerin hastalıklarını kronik ve ciddi olarak algılaması başkaları ile olan ilişkilerini azaltmaktadır. Bunun nedeni olarak da bireylerin sosyal izolasyona maruz kalması düşünülebilir.

Bireylerin hastalığını kontrol edebileceğine dair algıları arttıkça fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimiyle birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları da artış göstermektedir. Bu bireylerin tedaviyi sadece tıbbi tedavi olarak görmeyen bireyler olup kendilerini de tedavinin bir parçası olarak gören bireyler olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle olabildiğince stresten uzak kalmaya, egzersiz yapmaya ve sosyal olmaya çalıştıkları düşünülebilir.



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Araştırma kapsamına alınan bireylerin % 88,6'sı 41-65 yaş aralığında ve ortalama yaşları 54,42'dir. 41-65 yaş aralığındaki bireylerin hastalıkların sonuçlarını daha ciddi algıladıkları saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan bireylerin %75,2'si erkek idi. Cinsiyetin hastalık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanlarını etkilemediği saptanmıştır.
- Çalışmamıza katılan bireylerin çoğu (%91,3) evli idi. Evli olan bireylerin hastalığı algılayabilme ve beslenme puan ortalamaları bekar olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. evli olma durumu bireylerde hastalık algılarının artmasına ve bireylerin beslenmeleri konusunda daha dikkatli olmalarına neden olmaktadır.
- Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin % 50,3'ü ilköğretim mezunu olup, bu grubun fiziksel aktivite puan ortalamaları yüksekokul veya üniversite mezunu olan bireylere göre düşük bulunmuştur. Yüksekokul veya üniversite mezunu olan bireylerin kişisel kontrol puan ortalamaları diğer bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamıza katılan emekli bireylerin hastalık oluşumundaki olası nedenleri, çalışan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Emekli bireylerin beslenme puan ortalamaları ise çalışan bireylere göre daha düşük belirlenmiştir.
- Çalışmamızda geliri giderinden az olan bireylerin sayısı ile geliri giderine denk olan bireylerin sayısı eşit bulunmuştur. Geliri giderinden az olan bireylerin tedavinin hastalığı kontrol edebileceğine ilişkin algısı geliri giderine denk olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Geliri giderine denk olan bireylerin hastalığı daha iyi anlayabildikleri ve beslenme alışkanlıklarının geliri giderinden düşük olan bireylere göre daha iyi olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamıza katılan bireylerin % 26,2'si normal kilolu idi. Çalışmamızda fazla kilolu olan bireylerin hastalığı algılayabilme ve fiziksel aktivite puan ortalaması obez ve morbid obez olan bireylere göre daha yüksek olarak bulunmuş olup, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Obez ve morbid obez bireylerde fiziksel aktivitenin azlığı tespit edilmiştir ve bu bireylerde hastalığı algılama düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur.
- Çalışmamızda sigara kullanmayan bireylerin hastalıklarını daha çok kronik olarak algıladıkları ve beslenme puan ortalamaları ise sigara kullanan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Sigara kullanmayan bireylerin hastalık algı düzeyinin daha yüksek olduğu ve beslenmelerine daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur.

- Çalışmamızda dört yıl ve daha uzun süre önce tanı almış bireylerin, dört yıl ve daha kısa süre önce tanı almış bireylere göre daha kronik bir hastalık olarak gördükleri ve beslenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda tanı alma süresi arttıkça bireylerin hastalıklarını kronik bir hastalık olarak gördükleri ve beslenmeleri konusunda daha dikkatli oldukları saptanmıştır.
- Hastanede yatan bireylerin HAÖ alt ölçeklerinde hastalık tipi alt boyutu puan ortalaması hastaneye yatmayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye yatmış olan bireylerin, hastaneye yatmayan bireylere göre hastalıklarını daha kronik ve ciddi bir hastalık olarak algıladıkları saptanmıştır. Hastaneye yatmamış olan bireylerin hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin algıları ve beslenme puan ortalamaları hastaneye yatmış olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda KAH nedeniyle hastaneye yatan bireylerin hastalıklarını daha ciddi algıladıkları ve hastalığını ciddi algılayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı saptanmıştır.
- Çalışma kapsamına alınan KAH'ı olan bireylerin hastaneye dört ve daha fazla sayıda yatanların, hastalık belirtileri puan ortalamaları hastaneye 1-3 kez yatanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaneye 1-3 kez yatan bireylerin, hastaneye dört ve daha fazla sayıda kez yatanlara göre hastalıklarını daha kronik bir hastalık olarak gördükleri saptanmıştır. Hastaneye dört ve daha fazla sayıda kez yatanların SYBD ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları, hastaneye 1-3 kez yatanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda diyet uygulayan bireylerin hastalık tipi boyutu puan ortalaması ve SYBDÖ alt ölçeklerinin puan ortalaması diyet uygulamayan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmamızda KAH'ı olan bireylerin hastalığı kronik algılama oranları arttıkça kişilerarası ilişkilerinin azaldığı saptanmıştır.
- Çalışmanın sonuçlarında çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin kişisel kontrol algısı ve tedaviye olan inançları arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan bireylerde hastalık nedenleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- KAH'ı olan bireylere eğitim planlanırken hastalık algılarının sorgulanıp o yönde eğitim verilmesi
- Hastaneye yatan KAH'ı olan bireylerin hastalıklarını ciddi olarak algılamasının sebebinin araştırılması ve hastane ortamında ona göre eğitimler verilmesi
- Obez ve morbid obez olan bireylerin fiziksel aktivite konusunda desteklenmelerinin sağlanması
- Hastalığa neden olan risk faktörlerinin araştırılması ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda desteklenmesi
- KAH'ı olan bireylerin kendilerini de tedavinin bir parçası olarak görmelerinin sağlanması ve tedaviyi sadece tıbbi tedavi olarak görmemeleri gerektiğinin bilincine varmalarının öneminin anlatılması
- KAH'ı olan bireylerin diyet konusunda daha çok desteklenmesi
- Ülkemizde KAH ile ilgili hastalık algısını araştırarak çalışmaların az olması nedeniyle konu ile ilgili çalışmaların yapılarak literatürün zenginleştirilmesi önerilmiştir.

KAYNAKLAR

- [1] Erdem, N., Ergüney S. (2005). Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (3), 1-9.
- [2] Çolak, C., Çolak, C.M., Orman, M.N. (2007). Koroner arter hastalarının tahmininde lojistik regresyon modeli seçim yöntemlerinin karşılaştırılması. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 7, 6-11.
- [3] Mehta, J. L., Saldeen, T. G. P., Rand, K. (1998). Interactive Role of Infection, Inflammation and Traditional Risk Factors in Atherosclerosis and Coronary Artery Disease. J Am Coll Cardiol, 31, 1217-1225.
- [4] Coronary Heart Disease, Acute Coronary Syndrome, and Angina Pectoris. 07 Haziran 2017 tarihinde <http://circ.ahajournals.org/content/circulationaha/133/4/e38.full.pdf#page=255> adresinden erişildi.
- [5] The top 10 causes of death worldwide. 07 Haziran 2017 tarihinde <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> adresinden erişildi.
- [6] Onat, A., Karakoyun, S., Akbaş, T., Özpamuk Karadeniz, F., Karadeniz, Y., Çakır, H., Şimşek, B., Can, G. (2015). TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 43 (4), 326-332.
- [7] Ünal, B. (2013). Kalp ve Damar Hastalıkları. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 191-204.
- [8] Gök, H. (1996). Klinik Kardiyoloji. 1. baskı Nobel Kitabevi LTD ŞTİ, 97- 171
- [9] Akdemir, N., Birol, L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara.
- [10] Eti Aslan, F., Olgun, N. (2017). Fiziopatoloji. Ankara: Akademisyen Kitapevi.
- [11] Petrie, K. J., Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. Clin Med, 6, 536-539.
- [12] Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z., Özkan, S. (2007). Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 271-280.
- [13] Cherrington, C. C., Moser, D. K., Lennie, T. A., Kennedy, C. W. (2004). American Journal Of Critical Care, 13 (2), 135-145.
- [14] Acehan, O. (2010). Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- [15] Oğuz, S., Yetim, M., Yalçın, Ö., Ünal, Y. E. (2016). Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi ve Diyet Uyumuna Etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 5 (2), 75-83.
- [16] Hampson, S. E., Glasgow, R. E., Zeiss, A. M. (1994). Personal Models of Osteoarthritis and Their Relation to Self-Management Activities and Quality of Life. Journal of Behavioral Medicine, 17 (2), 143-158.
- [17] Paschalides, C., Wearden, A. J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R., Dickens, C. M. (2004). Journal of Psychosomatic Research, 57, 557-564.
- [18] Llewellyn, C. D., Miners, A. H., Lee, A. C., Harrington, C., Weinman, J. (2003). The Illness Perceptions and Treatment Beliefs of Individuals with Severe Haemophilia and their Role in Adherence to Home Treatment. Psychology and Health, 18 (2), 185-200.
- [19] Poulter, N. (2003). Global risk of cardiovascular disease. Heart, 89 (2), ii2-ii5.

- [20] Buğan,B., Çelik, T. (2014). Risk Factors for Coronary Artery Disease. J Clin Anal Med, 5 (2), 159-163.
- [21] Karakuş Açıkgoz, G. (2014). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İlaç Uyumluları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- [22] İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L. U. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3 (3), 34-44.
- [23] Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kissal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12 (1), 1-13.
- [24] Kuru, N., Piyal, B. (2012). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11 (3), 287-298.
- [25] Savaşan, A., Ayten, M., Ergene, O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4 (1), 1-6.
- [26] Coronary Artery Disease. 17 ağustos 2018 tarihinde <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronary-artery-disease/symptoms-causes/syc-20350613> adresinden erişildi.
- [27] Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve S.E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R. ve diğerleri. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update A Report From the American Heart Association. Page: 360-362
- [28] Ünal, B., Ergör, G.(2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara.
- [29] Coronary Artery Disease- Coronary Heart Disease. 17 Temmuz 2018 tarihinde http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/MyHeartandStrokeNews/Coronary-Artery-Disease---Coronary-Heart-Disease_UCM_436416_Article.jsp#.WrTRHx3FLIV adresinden erişildi.
- [30] Sampson, S. (2018). What Is Coronary Artery Disease? 17 Temmuz 2018 tarihinde <https://www.healthline.com/health/coronary-artery-disease#outlook> adresinden erişildi.
- [31] Dörtlemez, Ö. (1999). Ateroskleroz ve Etiyopatogenezi. Kardiyovasküler Sistemin Kliniği ve Farmakolojisinden, Moleküler Biyoloji ve Genom Projesine. <http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/kardiyovaskler/2.pdf>
- [32] Wilson, D. R. (2018). Coronary heart disease: What you need to know 17 Temmuz 2018 tarihinde <https://www.medicalnewstoday.com/articles/184130.php> adresinden erişildi.
- [33] Özcan, N., Pay, S. ve Çalışkan, Z. (1997). Koroner Kalp Hastalıklarında Risk Faktörleri, Korunma ve Tedavi. Koroner Kalp Hastalıkları. Ankara.
- [34] Canadian Cardiovascular Society grading of angina pectoris. 17 Temmuz 2018 tarihinde https://www.ccs.ca/images/Guidelines/Guidelines_POS_Library/Ang_Gui_1976.pdf adresin erişildi.
- [35] Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... & Howard, V. J. (2015). Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*
- [36] Signs, Symptoms, and Complications. 17 Temmuz 2018 tarihinde <https://www.nhlbi.nih.gov/node/3495> adresinden erişildi.

- [37] Coronary Heart Disease. 15 Temmuz 2018 tarihinden <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/coronary-heart-disease> adresinden erişildi.
- [38] Durusoy, E., Yıldırım, T., Altun, A. (2010). Koroner Arter Hastalığı Poliklinik Takibi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27 (1), 13-18.
- [39] Abacı, A. (2011) 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. 17 Temmuz 2017 Tarihinde <http://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/11/11.11.pdf> adresinden erişildi.
- [40] Selçuk, H., Selçuk, M. T. ve İlkay, E. (2007). Akut koroner sendromda klopidoğrel kullanımı. Arch Turk Soc Cardiol, 35 (2), 110-117
- [41] A Randomised, Blinded, Trial Of Clopidogrel Versus Aspirin In Patients At Risk Of Ischaemic Events (CAPRIE) (1996). The Lancet, 348 (9038), 1329-1339.
- [42] Yıldırım, A., Kabakçı, G. (2001). Hiperkolesterolemi Tedavisinde Statinler. İç Hastalıkları Dergisi, 8 (2), 88-95.
- [43] Selçuk, Y. (2002). ACE İnhibitörleri ve Angiotensin II Reseptör Blokerleri. IV. Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Kongresi. 15 Temmuz 2015 tarihinde http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/2002K-K_006.pdf adresinden erişildi.
- [44] Saruç, M., Kürşat, S. ve Kılıçcıoğlu, B. (1997). Angiotensin-II Reseptörleri ve Blokajı. İç Hastalıkları Dergisi, 4 (6), 405-410.
- [45] Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu. 10 Temmuz 2018 tarihinde <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k06/61c0b.htm?wbnum=1306> adresinden erişildi.
- [46] Kardiyoloji Özel Arşiv Koroner Arter Hastalıkları 15 Haziran 2018 Tarihinde <http://dijitalakademi.turkiyeklinikleri.com/flippage/kardiyoloji-ozel-arsiv/7-6/tr-index.html> adresinden erişildi.
- [47] KORONER – CABG. 17 Temmuz 2018 tarihinde <http://ahievren.gov.tr/detay.php?id=553&cid=151> adresinden erişildi.
- [48] Balady, G. J., Williams, M. A., Ades, P. A., Bittner, V., Comoss, P., Foody, J. M. ve diğerleri. (2007). Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: A scientific statement from the american heart association exercise, cardiac rehabilitation, and prevention committee, the council on clinical cardiology; the councils on cardiovascular nursing, epidemiology and prevention, and nutrition, physical activity, and metabolism; and the american association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation. *Circulation*, 115 (20), 2675-2682.
- [49] Çini, Ekinci, S., Ekinci, S. (2013). Akut Koroner Sendrom Sonrası Kardiyak Rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics, 6 (6), 75-9.
- [50] Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P. ve Rayner, M. (2012). European Cardiovascular Disease Statistics. 17 Temmuz 2018 tarihinde https://www.escardio.org/static_file/Escardio/Press-media/press-releases/2013/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf adresinden erişildi.
- [51] Kurçer, M. A., Özbay, A. (2011). Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim Ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kardiyol Derg 1, 107-113.
- [52] Meschia, J. F., Bushnell, C., Boden, Albalá, B., Braun, L. T., Bravata, D. M., Chaturvedi, S. et al. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45 (12), 3754-3832.
- [53] Fihn, S. D., Blankenship, J. C., Alexander, K. P., Bittl, J. A., Byrne, J. G., Fletcher, B. J. ve diğerleri. (2014). 2014 ACC/AHA/AATS/PCNA/SCAI/STS focused update of the guideline for the diagnosis

- and management of patients with stable ischemic heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. *Journal of the American College of Cardiology*, 64 (18), 1929-1949.
- [54] Huxley, R. R., Woodward, M. (2001). Cigarette Smoking As A Risk Factor For Coronary Heart Disease In Women Compared With Men: A Systematic Review And Meta-Analysis Of Prospective Cohort Studies. *The Lancet*. 378 (9799), 1297-1305.
- [55] Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. E., Ganiats, T. G., Holmes, D. R., ve diğerleri. (2014). 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 64 (24), e139-e228.
- [56] Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J. ve diğerleri. (2013). Heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*.
- [57] Kalyoncuoğlu, M., Öztürk, S., Durmuş, G., Keskin, B., Can, M. M. (2017). Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. *Med Bull Haseki*, 55, 85-100.
- [58] Carl, J., Lavie, M., Richard, V., Milani, M.D., Hector, O., Ventura, M.D. (2009). Obesity and Cardiovascular Disease Risk Factor, Paradox, and Impact of Weight Loss. *Journal of the American College of Cardiology*, 53 (21), 1925-1932.
- [59] Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, ve Diğerleri. (2013). 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 34, 2949-3003. (ESC).
- [60] Karjalainen and Associates. (2014). Effects of Physical Activity and Exercise Training on Cardiovascular Risk in Coronary Artery Disease Patients With and Without Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 38, 706-715.
- [61] Karapolat, H., Durmaz, B. (2008). Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. (*Anadolu Kardiyol Derg*, 8, 51-57).
- [62] Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S. et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*, 37 (29), 2315-2381.
- [63] Mihaylova, B., Emberson, J., Blackwell, L., Keech, A., Simes, J., Barnes, E. H., Voysey, M., Gray, A., Collins, R., and Baigent, C. (2012). The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. *The Lancet*, 380 (9841), 581-590.
- [64] MEMBERS, W. G., Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R. ve diğerleri (2017). Heart disease and stroke statistics—2017 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 135(10), e146.
- [65] Thomopoulos, C., Parati, G., Zanchetti, A. (2014). Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials. *J Hypertens*, 32 (12), 2285-2295.

- [66] Weber, T., Lang, I., Zweiker, R. ve ark. (2016). Hypertension and Coronary Artery Disease: Epidemiology, Physiology, Effects Of Treatment, And Recommendations. *Wien Klin Wochenschr*, 128, 467-479.
- [67] Naito, R., Miyauchi, K. (2017). Coronary Artery Disease and Type 2 Diabetes Mellitus Current Treatment Strategies and Future Perspective. *Int Heart J*, 58 (4), 475-480.
- [68] Cardiovascular Disease & Diabetes. 18 Temmuz 2018 tarihinde http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/Diabetes/WhyDiabetesMatters/Cardiovascular-Disease-Diabetes_UCM_313865_Article.jsp#.WrkfvdRubIU adresinden erişildi.
- [69] Albus, C. (2010). Psychological and social factors in coronary heart disease. *Annals of Medicine*, 42, 487-494.
- [70] Deniz, K., Belgin, A. (2009). Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *DEUHYO ED 2* (4), 145-154.
- [71] Alcan, A. O., Korkmaz, F. D., Çakmakçı, H. (2017). Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25 (1), 45-51.
- [72] Bayrak, Özarslan, B. (2013). Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- [73] Esin, N. (1999). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 45 (12), 87-96.
- [74] Behrens, G., Fischer, B., Kohler, S., Park, S., Hollenbeck, A., Leitzmann, M. F. (2013). Healthy Lifestyle Behaviors And Decreased Risk Of Mortality In A Large Prospective Study Of U.S. Women And Men. *Eur J Epidemiol* 28, 361-372.
- [75] Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison D. T., Murray, C. (2006). Global And Regional Burden Of Disease And Risk Factors, 2001: Systematic Analysis Of Population Health Data. *The Lancet*, 367, 1747-1757.
- [76] Health life Behavior 12 Temmuz 2018 Tarihinde <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=985ecc63-d1a4-45c9-a69a-2bf86a930e63%40pdc-v-sessmgr01&bdata=jmxbmc9dHlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl> adresinden erişildi.
- [77] Mukattash, T. L., Shara, M., Jarab, A. S., Al-Azzam, S., Almaaytah, A. (2012). Public Knowledge And Awareness Of Cardiovascular disease And Its Risk Factors: A Cross-Sectional Study Of 1000 Jordanians. *International Journal of Pharmacy Practice* 20, 367-376.
- [78] Sezer, A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- [79] Ölçer, Z., Oskay, U. (2014). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 12 (2), 85-92.
- [80] Küçükberber, N., Özdilli, K., Yorulmaz, H. (2011). Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 11, 619-626.
- [81] Şimşekoğlu, N., Mayda, A. S. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6 (1), 19-29.

- [82] Demir, Avcı, Y. (2016). Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin 15 (3), 259-266.
- [83] Türk Dil Kurumu. 12 Temmuz 2018 tarihinde http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5abbb7f6d2dac9.25198741 adresinden erişildi.
- [84] Foster, N. E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J., Hay, E. (2008). Illness Perceptions Of Low Back Pain Patients In Primary Care: What Are They, Do They Change And Are They Associated With Outcome. Pain, 136 (2), 177-187.
- [85] Zhang, M., Hong, L., Zhang, T., Lin, Y., Zheng, S., Zhou, X. ve diğerleri. (2016). Illness Perceptions And Stress: Mediators Between Disease Severity And Psychological Well-Being And Quality Of Life Among Patients With Crohn's Disease. Patient Preference and Adherence, 10, 2387-2396.
- [86] Stuckey, H. L., Mullan-Jensen, J. B., Reach, G., Burns, K. K. Piana, N., Vallis, M. (2014). Personal Accounts of the Negative and Adaptive Psychosocial Experiences of People With Diabetes in the Second Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN2) Study. Diabetes Care, 37, 2466-2474.
- [87] Hagger, M., Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. Psychology and Health, 18 (2), 141-184.
- [88] Gray, S. E., Rutter, D. R. (2006). Illness Representations In Young People With Chronic Fatigue Syndrome. Psychology and Health, 1-16.
- [89] Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R., Gsel, A. (2003). The impact of illness representations and disease activity on adjustment in women with rheumatoid arthritis: A longitudinal study. Psychology and Health, 20 (5), 597-613.
- [90] Diefenbach, M. A., Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. Journal of Social Distress and the Homeless, 5 (1), 11-38.
- [91] Broadbent, E. (2010). Illness Perceptions and Health: Innovations and Clinical Applications. Social and Personality Psychology Compass 4 (4), 256-266.
- [92] Donkin, L., Ellis, C. J., Powel, R., Broadbent, E., Gamble, G., Petrie, K. (2006). Illness perceptions predict reassurance following a negative exercise stress testing result. Psychology and Health 21 (4), 421-430.
- [93] Aalto, A. M., Heijmans, M., Weinman, J., Aro, A. R. (2005). Illness Perceptions In Coronary Heart Disease Sociodemographic, Illness-Related, And Psychosocial Correlates. Journal of Psychosomatic Research 58, 393-402.
- [94] Al-Smadi, A. M., Ashour, A., Hweidi, I., Gharaibeh, B., Fitzsimons, D. (2016). Illness Perception In Patients With Coronary Artery Disease: A systematic review. International Journal of Nursing Practice 22, 633-648.
- [95] Gür, G. (2017). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algisi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- [96] Karadağ, S. (2013). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algisinin Ameliyat Sonrası Yoğun Bakım Deneyimine Etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- [97] Ciddi, S. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algisine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- [98] O'Neill, E. S. (2002). Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 31 (4), 295-302.

- [99] Lau-Walker, M. (2004). Relationship between illness representation and self-efficacy. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (3), 216-225.
- [100] İşcan, Ayyıldız, N. (2016). Hipertansiyon Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Doyumuna Etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- [101] Küçükberber, N., Özdielli, K., Yorulmaz, H. (2011). Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*, 11, 619-626.
- [102] Ekenler, Ş. (2017). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Hastalık Algısı Ve İlişkili Faktörler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- [103] Yuvakgil, Z. (2017). Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Sosyal Ağ Büyüklükleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- [104] Hacıoğlu, N. (2014). Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- [105] Chen, S., Tsai, J., Chou, K. (2011). Illness Perceptions And Adherence To Therapeutic Regimens Among Patients With Hypertension: A structural modeling approach. *International Journal of Nursing Studies* 48, 235-245.
- [106] Berber, T. (2014). Hemodiyaliz Tedavisi Alan Hastalarda Hastalık Algısı Ve Kişilik Özellikleri. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- [107] Yeşil, Bayülgen, M. (2015). Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- [108] Gündüz, F. (2014). Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum Ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- [109] Oral, B. (2018). ERCİYES ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK ALGISI VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- [110] İzgi, c. (2014). Tip II Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısının Diyabet Yönetimine Etkisi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- [111] Okanlı, A. Karabulutlu, E. Y. (2011). Hemodiyaliz Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (4), 25-31.

EKLER

EK-1

KORONER ARTER HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN HASTALIK ALGILARI İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYİ BELİRLEMeye İLİŞKİN ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu “Koroner Arter Hastalığı (KAH) Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki” adlı araştırma kapsamında hastalık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

Anket formunda sosyo-demografik özelliklere ilişkin 20 soru, hastalık algısı ölçeğinde 38 soru, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde 52 soru olmak üzere toplam 110 soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 15-20 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı

Prof. Dr. Sabire Yurtsever

Tel: 0532 492 98 16

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

A. Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

1) Kaç yaşındasınız..... ?

2) Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın

☐ Erkek

3) Medeni durumunuz nedir?

☐ Evli

☐ Bekar

4) Eğitim durumunuz nedir?

- ☐ Okuryazar değil
- ☐ Okur yazar
- ☐ İlköğretim mezunu
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Yüksekokul ve Üniversite mezunu

5) Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet (Belirtiniz.....)
- ☐ Hayır

6) Size göre gelir durumunuz nedir?

- ☐ Gelir giderden az
- ☐ Gelir gidere denk
- ☐ Gelir giderden fazla

7) Birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

- ☐ Eş
- ☐ Çocuk
- ☐ Anne
- ☐ Baba
- ☐ Diğer (Belirtiniz.....)

8) Yaşadığınız yer neresidir? Belirtiniz.

İl.....
İlçe.....
Köy.....

B. Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özellikler

9) Kaç kilosunuz?kg Boyunuz:..... cm BKİ:.....

10) Sigara kullanıyor musunuz?

☐ Evet.....paket / gün

☐ Hayır

☐ Bıraktım.....süre

11) Alkol kullanıyor musunuz?

☐ Evet.....miktar / hafta

☐ Hayır

☐ Bıraktım.....süre

12) Koroner arter hastalığı tanısını ne zaman aldınız?.....

13) Hastalığınız nedeniyle hastaneye yattınız mı?

☐ Evet (Açıklayınız.....)

☐ Hayır

14) Yanıtınız evet ise ne kadar süre hastanede yattınız?

15) KAH nedeniyle kaç defa hastaneye yattınız?

16) Hastalığınıza yönelik sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

☐ Evet (Belirtiniz.....)

☐ Hayır

17) Hastalığınıza yönelik uymak zorunda olduğunuz diyetiniz var mı?

- ☐ Evet (Açıklayınız.....)
- ☐ Hayır

18) Hastalığınıza yönelik kullandığınız bitkisel uygulamalar var mı?

- ☐ Evet (Belirtiniz.....)
- ☐ Hayır

19) Ailenizde ya da yakın çevrenizde kalp krizi geçiren var mı?

- ☐ Evet (Yakınlığınız:.....)
- ☐ Hayır

20) Ailenizde ya da yakın çevrenizde kalp krizi nedeniyle yaşamını kaybeden var mı?

- ☐ Evet (Yakınlığınız:.....)
- ☐ Hayır

EK-2**HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ****HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ**

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla <i>İlgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER		1	2	3	4	5
1.	Hastalığım kısa sürecek					
2.	Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3.	Bu hastalık uzun sürecek					
4.	Bu hastalık çabuk geçecek					
5.	Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6.	Ciddi bir hastalığım var					
7.	Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8.	Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9.	Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10.	Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11.	Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12.	Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13.	Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14.	Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.	Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16.	Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17.	Yaptıklarım hastalığımın sonuçlarını etkilemeyecek					
18.	Hastalığım zamanla iyileşecek					
19.	Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20.	Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					

21.	Hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22.	Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23.	Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24.	Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor					
25.	Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26.	Hastalığımı anlamıyorum					
27.	Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28.	Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29.	Hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30.	Hastalığının belirtileri bazen var bezen yok					
31.	Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32.	Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33.	Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34.	Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35.	Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36.	Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37.	Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38.	Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet-yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki tıbbi kötü bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

1.

2.

3.

EK-3

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır.

Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	1	2	3	4
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	1	2	3	4
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	1	2	3	4
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	1	2	3	4
5	Yeterince uyurum	1	2	3	4
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	1	2	3	4
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	1	2	3	4
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	1	2	3	4
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	1	2	3	4

10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	1	2	3	4
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	1	2	3	4
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım	1	2	3	4
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	1	2	3	4
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	1	2	3	4
15	Sağlık personeline önerileri almak için soru sorarım	1	2	3	4
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürüyüş)	1	2	3	4
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	1	2	3	4
18	Geleceğe umutla bakarım	1	2	3	4
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	1	2	3	4
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	1	2	3	4
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	1	2	3	4
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim		2	3	4
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1	2	3	4
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4

	SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	1	2	3	4
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	1	2	3	4
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	1	2	3	4
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	1	2	3	4
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım		2	3	4

44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ, sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	1	2	3	4
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1	2	3	4
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4
47	Yorulmaktan kendimi korurum	1	2	3	4
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	1	2	3	4
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1	2	3	4
50	Kahvaltı yaparım	1	2	3	4
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	1	2	3	4
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	1	2	3	4

EK-4



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 78017789/050.01.04/ 478293
Konu : Etik Kurul Kararı

14/07/2017

Sayın Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Sorumluluğunuzda yapılması tasarlanan "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" adlı araştırmaya ilişkin 13/07/2017 tarihli ve 2017/218 sayılı Kurul Kararı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Kurul Başkanı

EKLER:

- 1- Kurulun 13/07/2017 tarihli ve 2017/218 sayılı kararı (1 sayfa)
- 2- Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (3 sayfa)

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
13/07/2017	13	218

Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sabire YURTSEVER'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 07/07/2017 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, ilgili kurumdaki alınacak olan izin belgesinin başvuru dosyasına eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan

İmza
Prof. Dr. Selma ÜNAL
Başkan Yardımcısı

(Katılmadı)
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR
Üye

İmza
Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ
Üye

İmza
Prof. Dr. Murat BOZLU
Üye

İmza
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
Üye

(Katılmadı)
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER
Üye

İmza
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE
Üye

İmza
Doç. Dr. İsmail ÜN
Üye

İmza
Yrd. Doç Dr. M. Türkan IŞIK ERER
Üye

İmza
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK
Üye

İmza
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ
Üye

(Katılmadı)
Hürrem Betül LEVENT ERDAL
Üye

İmza
Lale DAĞLI
Üye


Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Mersin Üniversitesi Çiftlikköy Kampüsü Prof. Dr. Uğur ORAL Kültür Merkezi, 33343, Yenişehir/Mersin
	TELEFON	0 324 361 00 01 / 4417
	FAKS	---
	E-POSTA	meukaek@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Sabire YURTSEVER		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	---		
	DESTEKLEYİCİ	---		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	---		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☐	
		Diğer ise belirtiniz-Anket Çalışması-Hemşirelik etkinliklerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırma		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Etik Kurul Başkanı

İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

DEĞERLENDİRİL EN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	SİGORTA	☐
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒
	BIYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	☐
	İLAN	☐
	YILLIK BİLDİRİM	☐
	SONUÇ RAPORU	☐
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐
	DİĞER: GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	☒
	ARAŞTIRMACILARIN ÖZ GEÇMİŞİ	☒
	3 ADET LİTERATÜR	☒
	Diğer	☒

-Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye İlişkin Anket Formu
-Çalışmanın Tez Olduğuna İlişkin Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın yazısı, 07.07.2017

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih:
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	2017/218	13.07.2017

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN	Farmakoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Meslek Bilimleri Bölümü Farmakoloji ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Selma ÜNAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Fatma Özlem KANDEMİR	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Enfeksiyon Hastalıkları ABD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	---

Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Murat BOZLU	Üroloji	MEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Üroloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Sami SERİN	Mikrobiyoloji	MEÜ Eczacılık Fakültesi Farmasötik Mikrobiyoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN	Biyoistatistik	MEÜ Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof. Dr. Sabire YURTSEVER	İç Hastalıkları Hemşireliği	MEÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. İsmail ÜN	Tıbbi Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Nimet KARAGÜLLE	Biyomühendislik	MEÜ Mühendislik Fakültesi Kimya Mühendisliği Bölümü	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. M. Türkan IŞIK ERER	Tıp Tarihi ve Etik	MEÜ İçel Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Nalan TİFTİK	Tıbbi Farmakoloji	MEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Tıbbi Farmakoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Özge KURMUŞ	Kardiyoloji	Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji ABD	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yüksek Şehir Plancısı Hürrem Betül LEVENT ERDAL	Şehir ve Bölge Planlama/Uluslararası Proje Yönetimi	Mersin Mezitli Belediyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Avukat Lale DAĞLI	Hukuk	Serbest	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Etik Kurul Başkanı
İmza:

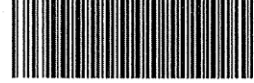
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-5



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Öğrenci İşleri Birimi

Mersin Üniversitesi - ÖĞRENCİ
İŞLERİ BİRİMİ
Tarih: 22.09.2017 11:34
Sayı: 15618811-302.08.01-
E.00000524522



E.00000524522

Sayı : 15618811-302.08.01
Konu : Araştırma İzni (Zafer
ŞEFİKOĞULLARI

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21.09.2017 tarihli ve 41993462-774.01.06/00000520152 sayılı yazınız.

Anabilim Dalımız yüksek lisans öğrencilerinden Zafer ŞEFİKOĞULLARI 'nın araştırma izni ile ilgili; Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığından alınan yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
Enstitü Müdürü

Ek: Yazı (1 adet)



Adres:Mersin Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Enstitüsü, Öğrenci İşleri
Birimi, Çiftlikköy Kampüsü, 33343,
Yenişehir, MERSİN
E-posta: sziylan@mersin.edu.tr
Telefon: +90 0324 241 00 00 Dahili:
29139

Ayrıntılı bilgi için: Selime ZİYLAN

Fax: +90 0324 341 24 08
Elektronik ağ:www.mersin.edu.tr



1 / 1

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden f0584e42-580d-4713-9864-dadd72aa4cb8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
İdari İşler Birimi
Yazı İşleri Birimi

Mersin Üniversitesi - YAZI İŞLERİ
BİRİMİ
Tarih: 21.09.2017 13:22
Sayı: 41993462-774.01.06-
E.00000520152



E.00000520152

Sayı : 41993462-774.01.06
Konu : Araştırma İzni (Zafer
ŞEFİKOĞULLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 08/09/2017 tarihli ve 510774 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Araştırma İzni ile ilgili Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji
Anabilim Dalı Başkanlığından alınan yazı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Meltem NASS DUCE
Başhekim

Ek :Yazı (1 sayfa)



Adres:Sağlık Araştırma ve Uygulama
Hastanesi Çiflikköy Kampüsü 33343
Yazı İşleri Birimi Yenişehir/MERSİN
E-posta:
mhrkn@mersin.edu.tr
Telefon: +90 03242410000/21065

Ayrıntılı bilgi için:Yazı İşleri Birimi Memur
Mahir ERKAN

Fax: +90 03242410098

Elektronik ağ:www.mersin.edu.tr



1 / 1

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.mersin.edu.tr> adresinden f0584e42-580d-4713-9864-dadd72aa4cb8 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI



Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
06.07.2017	13	2017/248

Hemşirelik Anabilim Dalından gelen 04.07.2017 tarihli, 459758 sayılı, yüksek lisans tez önerisi konulu yazı ve ekleri üzerinde görüşüldü.

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Zafer ŞEFİKOĞULLARI'nın "Kroner Arter Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Alguları ile Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki " başlıklı yüksek lisans tez önerisinin "Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin 24. maddesi uyarınca, kabul edilmesine kararın; Anabilim Dalı Başkanlığına ve öğrenci işlerine bildirilmesine oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Banu COŞKUN YILMAZ
(Müdür)

Doç. Dr. Uğur DAL
(Müdür Yardımcısı)

Yrd. Doç. Dr. Mahmut ÜLGER
(Müdür Yardımcısı)

(İzinli)
Prof. Dr. Öztekin AIGÜL
(Üye)

(İzinli)
Doç. Dr. Meral ALTIOK
(Üye)

Prof. Dr. Bahar TAŞDELEN
(Üye)

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı :Zafer ŞEFİKOĞULLARI

Doğum Tarihi :26.06.1993

E-mail :zafer_304@hotmail.com

Öğrenim Durumu :

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik Bölümü	Dokuz Eylül Üniversitesi	2011-2016
Yüksek Lisans			XXXX-XXXX

Görevler :

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Özel Sevgi Bağı Huzur ve Bakımevi	2016-2017
Hemşire	Mersin Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017- halen

ESERLER (Makaleler ve Bildiriler)

- 1.
- 2.
- 3.