

Araştırma Makalesi

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2019;12(1):22-31

doi:10.26559/mersinsbd.407399

Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi

Özlem Persil Özkan¹, S. Kemal Büyükcunal¹, Zerrin Yiğit², Yusuf İnci²,
Fitnat Şule Şakar¹, Dilek Özçelik Ersü¹

¹İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü

²İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyoloji AD

Öz

Amaç: Kardiyovasküler hastalıkların risk faktörlerini azaltmak için bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını kazanmaları gerekmektedir. Bu araştırma, koroner arter hastalık tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte kesitsel olarak yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın evrenini 1 Ocak- 31 Mart 2017 tarihleri arasında, bir araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniklerinde takip edilen, koroner arter hastalık tanısı almış, yaş ortalaması 57.1± 13.2 yıl (minimum 18-maksimum 80) olan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme araştırılmaya katılmayı kabul eden ve rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 351 hasta alınmıştır. Veriler, hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum ve yüzde parametreleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testiyle yapılmıştır, anlamlılık değerleri >0.05 olduğundan ileri düzey çözümlenelerde parametrik olan testler kullanılmıştır. Parametrik olan testlerden iki bağımsız değişken için bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla bağımsız değişken için One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmadan elde edilen bulgulara göre "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" ölçeği toplam puan ortalaması 132.75± 3.37'dir. Cinsiyete göre ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, erkeklerin manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek, beslenme puan ortalamasının daha düşük olduğu (p<0.05) belirlenmiştir. Fiziksel aktivite ve manevi gelişim puan ortalamalarının yaş arttıkça azaldığı (p<0.05), fiziksel aktivite puan ortalamasının eğitim düzeyi yükseldikçe arttığı saptanmıştır (p<0.05). **Sonuç:** Bu çalışmada, katılımcıların en düşük ve en yüksek puan ortalamalarını aldıkları alt boyutlar sırasıyla, fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkilerdir. Fiziksel aktivite alt boyutu ortalama puanının yaş ile ters, eğitim düzeyi ile doğru orantılı olarak arttığı belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kardiyovasküler hastalık, sağlık

Yazının geliş tarihi:18.03.2018

Yazının kabul tarihi:06.09.2018

Sorumlu Yazar: Dr.Öğr.Üyesi Özlem Persil Özkan, İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkoba Mah. Erguvan Sok. 34537 Tepecent Büyükçekmece/İstanbul, Tlf: 0 850 850 27 35/1326, e-posta: ozlempersil@yahoo.com

Evaluation of healthy lifestyle behaviours of patients with cardiovascular heart disease

Abstract

Objective: In order to reduce the risk factors of cardiovascular diseases, individuals need to acquire healthy lifestyle behaviors. This research was conducted as a cross-sectional study to investigate the levels of healthy lifestyle behaviours of coronary artery disease patients. **Method:** The population of the study consisted coronary artery disease patients admitted to the cardiology outpatient clinics of academic medical center between 01 January- 31 March 2017. The mean age of the patients' was 57.13 ± 13.29 years (minimum 18-maximum 80). The study sample size included 351 voluntary patients selected by random sample method. Data was collected by using a form including socio-demographic characteristics and "Healthy Lifestyle Scale II". Arithmetic mean, standard deviation, minimum, maximum and percentage parameters were used in the assessment of the data. The normal distribution conformity assessment of the data was tested by the Kolmogorov Smirnov test and the parametric tests were used in the advanced analysis since the significance values were greater than 0.05. Independent samples t test was used for two independent variables and One-way ANOVA for more than two independent variables. **Results:** Based on the findings of the study, the average score of "Healthy Lifestyle Scale II" scale was found as 132.75 ± 3.37 . When male and female were compared, men had higher mean scores of self-realization, interpersonal relations, stress management and lower nutrition point scores ($p < 0.05$). The mean of physical activity and self-realization decreased as age increased ($p < 0.05$), while the average level of physical activity increased as education level increased ($p < 0.05$). **Conclusion:** As a result of this study, the categories in which participants had the lowest and highest mean scores were physical activity and interpersonal relationships, respectively. It was determined that the mean score of physical activity subscale changed inversely with age and directly increased with education level.

Keywords: Healthy lifestyle behaviours, cardiovascular heart disease, health

Giriş

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) kalp veya kan damarlarının hastalıklarını içeren bir hastalık grubudur. Koroner kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, romatizmal kalp hastalığı, kalp yetmezliği, hipertansiyon, konjenital kalp hastalığı, derin ven trombozu ve pulmoner emboli bu gruba dahil olan hastalıklardır. KVH, dünya genelinde önemli bir ölüm nedenidir.¹ Dünya Sağlık Örgütü 2014 yılı verilerine göre dünya genelinde bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu ölümlerin %46.2'sini (17.5 milyon) KVH kaynaklı ölümler oluşturmuştur.² Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2016 yılındaki toplam ölümlerin %39.8'i KVH kaynaklıdır.³

Koroner ve serebrovasküler hastalıkların erken tanı ve tedavisi KVH'nın mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında önemlidir. KVH'dan korunmak için

hiperlipidemi, hipertansiyon ve diabetes mellitusun değerlendirilmesi, kontrolünün sağlanması, hastaların tedavilerine ve sağlık önerilerine uyum göstermeleri gerekmektedir. KVH'nın bilinen sosyal ve çevresel risk faktörlerini azaltmak için bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını kazanmaları gerekmektedir.⁴ Yaşam tarzı davranışları ile insan sağlığı arasında açık bir ilişki olduğu bilinmektedir.⁵ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam tarzı davranışlarını bireysel ve kişisel özellikler ile sosyal ilişkiler, sosyo-ekonomik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşim ile belirlenen yaşam şekli olarak tanımlamaktadır.⁶ KVH'dan korunmada ve KVH'nın kontrolünde, kişilerin sağlık açısından doğru olmayan davranışlarının (tütün kullanımı, fiziksel inaktivite, ve zararlı şekilde alkol tüketimi) değiştirilmesi gereklidir.⁷⁻⁹ Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük

yaşamda kendi sağlık durumuna uygun davranışları uygulaması olarak tanımlanmıştır.¹⁰ Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının davranış ve yaşam tarzlarından kaynaklandığını bildirmektedir.¹¹

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015- 2020'nin ilk amacı KVH'nın risk faktörlerini önlemektir. Bu amaca yönelik olarak belirlenen hedefler ise; toplumda KVH ve risk faktörleri farkındalığının arttırılmasını sağlayarak KVH gelişimi riskinin azaltılmasının sağlanması, KVH riski olan bireylere fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılmasının sağlanması, topluma KVH risklerini azaltıcı beslenme alışkanlığının kazandırılması, ruh sağlığı ile KVH arasındaki ilişkinin önemi konusunda eğitimler düzenlenmesinin sağlanması, KVH riskinin hesaplanarak risk skoruna uygun müdahaleler planlanmasının sağlanmasıdır.⁷ Amerikan Kalp Birliği (AHA) 2020 yılına kadar bütün Amerika'nın kardiyovasküler sağlığının %20'sinin iyileştirilmesini, KVH ve inme kaynaklı ölümlerin yine %20'sinin engellenmesini hedeflerken, riski azaltmada dördü sağlık davranışı (sigarayı-alkolü bırakma, vücut ağırlığının kontrolü, düzenli ilaç tedavisi, fiziksel aktivite), üçü de sağlık faktörü (toplam kolesterol, kan glikoz düzeyi ve yüksek tansiyon) olmak üzere olmak üzere 7 parametre bildirmiştir.¹²

Hastalıklardan korunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlıklı geliştirici davranışların yaşam boyu uygulanması önemlidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, stres yönetimi, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite ve kişiler arası ilişkilere ilişkin yapılan değerlendirmelerin toplamından oluşmaktadır.¹⁰

KVH'nın ikincil korunmasında ve hastalığın prognozunun yönetiminde önemli yeri olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması konusunda gelişim sağlanabilmesi ve mevcut durumun ortaya konulması ve geliştirilecek hasta eğitim ve bilgilendirme programlarına rehberlik etmesi açısından yapılacak

araştırmalar önemlidir. Sonuç olarak koroner arter hastalığı (KAH) tanısı olan hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırılması, hasta eğitim programlarının biçimlendirilmesine, var olan uygulamaların geliştirilmesine, kardiyovasküler sağlığın iyileştirilmesine ve ulusal sağlık harcamalarının azaltılmasına katkıda bulunacaktır. KAH tanısı almış bireylerin hastalık şiddetinin hafifletilerek yaşam kalitelerinin arttırılması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasıyla mümkün olabilmektedir. Bu nedenle bu araştırma KAH tanısı olan kişilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipte kesitsel olan bu araştırmanın evrenini 1 Ocak- 31 Mart 2017 tarihleri arasında, 3ay süre ile İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde tedavisi takip edilen ve koroner arter hastalık (KAH) tanısı olan kayıtlı toplam 1208 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini katılmaya gönüllü, iletişime açık ve en az 6 aydır KAH tanısı ile takip edilen, olasılığa dayalı olmayan rastgele örneklem yöntemi ile seçilmiş 351 hasta oluşturmaktadır. Evrenden seçilen örneklemin hepsine ulaşılmıştır. Araştırmaya katılmayı engelleyecek düzeyde iletişim güçlüğü ve demansı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın verileri, hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin Tanıtıcı Bilgi Formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Tanıtıcı Bilgi Formunda; eşlik eden kronik hastalık varlığı hastaların beden kütle indeksi (BKİ), vücut ağırlığı, boy uzunluğu, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyine ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 1996 yılında yeniden gözden geçirilerek

SYBDÖ II olarak adlandırılmıştır ve ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve ark.¹³ tarafından yapılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır ve 4' lü likert tipindedir. Ölçeğin alt boyutları; kişiler arası ilişkiler, manevi gelişim, beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğudur. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; beslenme 0.68, sağlık sorumluluğu 0.77, kişilerarası ilişkiler 0.80, fiziksel aktivite 0.79, manevi gelişim 0.79, stres yönetimi 0.64 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.88'dir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; beslenme 0.65, sağlık sorumluluğu 0.73, kişilerarası ilişkiler 0.76, fiziksel aktivite 0.81, manevi gelişim 0.74, stres yönetimi 0.63 olarak saptanmıştır. Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için sorumluluk duygusuna sahip olmasıdır. Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamak anlamını taşır. Beslenme, bireyin öğünlerini düzenleme, seçme ve besin seçimindeki eğilimini belirler. Manevi gelişim, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Kişilerarası ilişkiler, başkaları ile olan ilişkilerdir; anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Ölçeğin alt boyutlarının içerdiği madde sayısı ve minimum-maksimum puanları şu şekildedir; manevi gelişim 13 madde (min 13- maks 52 puan), sağlık sorumluluğu 10 madde (min 10- maks 40 puan), fiziksel aktivite 5 madde (min 5- maks 20 puan), beslenme 6 madde (min 6- maks 24 puan), kişilerarası ilişkiler 7 madde (min 7- maks 28 puan), stres yönetimi 7 maddeden (min 7- maks 28 puan) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 208, en düşük ise 52'dir. Alınan puanların yükselmesi bireylerin sağlık davranışlarını ne kadar iyi düzeyde uyguladığını göstermektedir.¹³

Katılımcılar cinsiyet, yaş, BKİ, eğitim durumlarına göre gruplara ayrılarak SYBDÖ II'den aldıkları toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

Katılımcıların vücut ağırlığı ölçümü, ayakkabısız ve az giyimli olarak 0.1 kg'a duyarlı olan, ölçüm öncesinde kalibre edilmiş baskül ile yapılmıştır. Boy uzunluğu ölçümü, basküle bitişik bir stadiyometre aracılığı ile ayakkabısız olarak ve topuk, gluteus, sırt bölgesi stadiyometreye dayalı şekilde, ayaklar bitişik, kollar yanlarda, baş Frankford düzlemde iken yapılmıştır. BKİ değerleri vücut ağırlığı ve boy uzunlukları kullanılarak, BKİ (kg/m²)= Vücut Ağırlığı (kg)/ Boy Uzunluğu (m²) formülü ile hesaplanmıştır¹⁴ ve Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflandırmasına göre gruplandırılmıştır, BKİ 18.5-24.99 normal vücut ağırlığı, 25-29.99 şişman, ≥30 obez olarak sınıflandırılmıştır.¹⁵

Araştırma verileri Windows tabanlı IBM SPSS statistics 21 ile değerlendirilmiştir. Verilerin dağılımında aritmetik ortalama, standart sapma, maksimum, minimum ve yüzde parametreleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiş ve anlamlılık değerleri 0.05'den büyük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde parametrik olan testler kullanılmıştır. Parametrik olan testlerden iki bağımsız değişken için bağımsız örneklem t testi, bağımsız değişkenlerin ikiden fazla alt boyutu varsa One-way ANOVA testi, gruplar arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemede ise Tukey testi kullanılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışma için İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü Hastanesi İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 02 Aralık 2015 tarih ve B.08.06.YÖK.2.İ.Ü.E.50.0.05.00/13 Karar sayılı "Etik Kurul Onayı" alınmıştır. Her katılımcı, araştırma başlangıcında Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde gönüllü onam formunu okuyup imzalamıştır.

Bulgular

Araştırmaya KAH tanısı olan 351 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların, yaş ortalaması 57.1± 13.2 yıl (min 18-maks 80)'dir ve %88.1'i ≥40 yaşındadır. Hastaların %47.9'u erkek, %52.1'i kadındır, %79.8'i şişman ve obezdir, %65.5'i ilköğretim düzeyinde eğitim almıştır. Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu araştırmaya katılan toplam hastaların %98'inin KAH tanısına eşlik eden diğer hastalıkları (%22.4 diyabetes mellitus, %12.2 diyabetes mellitus ve hipertansiyon, %14.3 hipertansiyon, %18.4 obezite, %2.0 hipotiroidi) mevcuttur.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

Demografik Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
<i>Cinsiyet</i>		
Erkek	168	47.9
Kadın	183	52.1
<i>Yaş</i>		
18-40	42	11.9
41-64	181	51.6
≥65	128	36.5
<i>BKİ</i>		
Zayıf (<18.5)	4	1.1
Normal(18.5-24.9)	67	19.1
Fazla kilolu (25-29.9)	192	54.7
Obez (≥30)	88	25.1
<i>Eğitim Durumu</i>		
Okur-yazar olmayan	12	3.4
İlköğretim	230	65.5
Lise	62	17.7
Üniversite/Lisansüstü	47	13.4

Hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalaması 132.75± 3.37 (min 88- maks 180)'dir. Alt boyutlardan almış oldukları puan ortalamaları sırasıyla Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu çalışmada, hastaların SYBDÖ II alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler ve en düşük puanı fiziksel aktivite boyutundan aldıkları görülmüştür.

Tablo 2. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçek puan ortalamaları

Demografik Özellikler	Ortalama±ss	Minimum-Maksimum Değerleri
Sağlık sorumluluğu	23.31±4.17	11-36
Fiziksel aktivite	11.44±3.78	8-28
Beslenme	23.55±4.08	13-34
Manevi gelişim	26.81±4.19	14-36
Kişilerarası ilişkiler	27.41±4.35	15-36
Stres yönetimi	20.20±3.71	11-30
Toplam puan	132.75±3.37	88-180

Hastaların SYBDÖ II boyutlarından aldıkları puan ortalamaları cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu, beslenme puan ortalamasının ise kadınlardan daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Yaşa göre alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında fiziksel aktivite ve manevi gelişim puan ortalamalarının yaş arttıkça azaldığı görülmüştür (p<0.05). SYBDÖ II'nin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkenine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc Tukey testi uygulandığında tüm yaş gruplarının birbirleriyle aralarında istatistiksel olarak p<0.05 düzeyinde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hastaların BKİ'lerine göre toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (p>0.05). Eğitim durumuna göre bakıldığında eğitim durumu yükseldikçe fiziksel aktivite puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların demografik özelliklerinin alt ölçek puan ortalamalarıyla ilişkisi

Demografik Özellikler	Sağlık Sorumluluğu Puan Ortalaması	Fiziksel Aktivite Puan Ortalaması	Beslenme Puan Ortalaması	Manevi Gelişim Puan Ortalaması	Kişiler Arası İlişkiler Puan Ortalaması	Stres Yönetimi Puan Ortalaması	Toplam Puan Ortalaması
Cinsiyet							
Erkek (n:168)	23.70±40.08	11.65±4.15	23.05±4.03	27.29±4.44	28.01±42.7	20.69±3.96	134.41±16.98
Kadın (n:183)	22.95±42.3	11.25±3.42	24.01±4.08	26.37±3.91	26.85±4.37	19.76±3.41	131.22±15.68
	p>0.05	p>0.05	p<0.05**	p<0.05**	p<0.05**	p<0.05**	p>0.05
Yaş							
18-40 (n:42)	22.69±4.30	13.47±3.59	23.40±3.95	27.76±3.66	27.76±4.48	20.80±4.09	135±16.27
41-64 (n:181)	23.33±4.02	11.95±3.81	23.93±4.13	27.22±4.03	27.45±4.35	20.45±3.66	134.37±15.48
≥65 (n:128)	23.48±4.35	10.06±3.33	23.07±4.03	25.92±4.45	27.24±4.33	19.65±3.60	129.43±17.19
	p>0.05	p<0.05*	p>0.05	p<0.05*	p>0.05	p>0.05	p>0.05
BKİ							
Zayıf (<18.5) (n:4)	20.75±3.30	11.50±3.69	23.25±5.05	27.75±3.40	25.50±2.38	20.50±2.38	129.25±11.52
Normal (18.5-24.9) (n:67)	22.86±4.22	11.79±3.93	23.44±3.98	26.38±4.59	27.04±4.64	19.29±3.84	130.83±18.29
Fazla kilolu (25-29.9) (n:192)	23.77±4.10	11.47±3.99	23.40±4.04	27.21±4.11	27.82±4.17	20.46±3.71	134.16±16.08
Obez (≥30) (n:88)	22.76±4.25	11.12±3.21	24.0±4.24	26.21±4.04	26.88±4.53	20.31±3.60	131.30±15.57
	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Eğitim durumu							
Okur-yazar olmayan (n:12)	22.41±5.29	9.16±1.40	23.08±3.05	25.08±5.64	27.41±6.11	18.66±3.49	125.83±20.93
İlköğretim (n:230)	23.41±4.02	10.85±3.22	23.38±4.11	26.56±4.03	27.38±4.33	20.21±3.68	131.81±15.04
Lise (n:62)	22.66±4.17	12.30±3.55	23.85±3.98	26.98±4.54	27.03±4.52	20.04±3.87	132.88±17.39
Üniversite/lisansüstü (n:47)	23.0±4.71	14.22±5.29	24.17±4.21	27.97±4.12	27.68±4.40	20.88±4.33	137.95±19.84
	p>0.05	p<0.05*	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05	p>0.05
K-Smirnov Z	1.373	3.401	1.418	1.613	1.815	1.373	0.691

*One Way ANOVA, ** bağımsız örneklem t testi, K-Smirnov Z: Kolmogorov-Smirnov Test

Tartışma

Koroner arter hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada, çalışmaya katılan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması 132.75 ± 3.37 olarak belirlenmiştir, ölçekten alınan puanların yükselmesi bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarda SYBDÖ II toplam puan ortalamaları incelendiğinde; Şahin ve ark. (2015)¹⁶ hipertansiyon hastalarında 108.52 ± 5.45 , Küçükberber ve ark. (2011)¹⁷ kalp hastalarında 127 ± 21 , Kılınç ve ark. (2016)¹⁸ kalp yetersizliği hastalarında 130 ± 24 ve Savaşan ve ark. (2013)¹⁹ koroner arter hastalarında 128 ± 22 olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada, SYBDÖ II toplam puan ortalamasının benzer çalışmalardakilerden daha yüksek olmasının nedenleri arasında hastaların en az 6 aydır KAH tanısı ile takipli olmaları nedeniyle hastalıkları ve hastalığın yönetimi hakkında hekim ve diğer sağlık personelinden (hemşire, diyetisyen vb.) bilgi almış olmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışma bulguları benzer çalışmalarla kıyaslandığında hastaların KAH tanısı aldıkları sırada verilen öneriler nedeniyle sağlığı geliştirme davranışlarını yaşam biçimlerine daha iyi aktardıkları düşünülmektedir.¹⁶⁻¹⁹

Cinsiyete göre alt boyutların puan ortalamaları incelendiğinde erkeklerin manevi gelişim, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek ($p < 0.05$), beslenme puan ortalaması kadınlardan daha düşük ($p < 0.05$) olarak belirlenmiştir. Koroner arter hastaları ile yapılan başka araştırmalarda da erkeklerin manevi gelişim ve stres yönetimi puanları bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınlarınkinden daha yüksektir.^{19, 20}

Yaş gruplarını karşılaştırdığımızda, 18- 40 yıl ve 41- 64 yıl grubundaki katılımcıların, fiziksel aktivite ($p < 0.05$) ve manevi gelişim ($p < 0.05$) puan ortalamalarının ($p > 0.05$) yaş ≥ 65 yıl grubundakilerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yılmaz ve Çağlayan'ın (2016)²¹ yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının

yaşam kaliteleri üzerine etkilerini inceledikleri çalışmanın sonucunda yaşlıların fiziksel aktivite puan ortalamasını yüksek bulmuşlardır. Kulakçı ve ark (2012)²², Polat ve Kahraman (2013)²³ ise çalışmalarının sonuçlarında, bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde yaşlı bireylerin fiziksel aktivite puanlarının düşük olduğunu belirlemişlerdir. Kang ve ark. (2010)²⁴ ise daha yaşlı olan koroner arter hastalarının daha fazla sağlıklı yaşam davranışına sahip olduğunu bildirmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmanın sonucunda öğrenciler en düşük puanı fiziksel aktivite, en yüksek puanı manevi gelişim alt boyutundan almışlardır.²⁵ Bizim çalışmamızda ise daha genç olan hastaların fiziksel aktivite ve manevi gelişim puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaş ilerledikçe kardiyovasküler sistem ve kas-iskelet sistemindeki yetersizliklerin ortaya çıkmasının, çeşitli kronik hastalıkların varlığının, yaşam kalitesini ve fiziksel aktiviteyi azalttığı düşünülmektedir. Ayrıca bu yetersizliklerin ortaya çıkması yaşlanma ile birlikte yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinin azalmasına sebep olarak beraberinde bağımsızlıklarını kaybetmelerine yol açtığı düşünülmektedir. Bu çalışmaya katılanların büyük bir kısmının (%36.50) 65 yaş ve üstünde olması fiziksel aktivite alt boyutundan en düşük puanı almalarına neden olduğu düşünülmektedir. Hipertansiyon hastaları ile yapılan çalışmanın sonucunda da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastaların toplam SYBDÖ II toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve en düşük puanı fiziksel aktivite alt ölçeğinden aldıkları bildirilmiştir.¹⁶ Chiou ve ark.'nın (2016)²⁶, koroner arter hastalarında yaptıkları araştırmanın sonucunda da bizim çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının en yüksek, fiziksel aktivite puan ortalamasının en düşük olduğu saptanmıştır.

Eğitim düzeyinin, hipertansiyonlu ve kalp yetersizliği olan hastalarda sağlıklı yaşam davranışlarına uyum sağlamayı etkilediği bildirilmiştir, eğitim düzeyi yükseldikçe SYBDÖ II puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.^{16,18} Koroner arter baypas cerrahisi uygulanan hastalar ile

yapılan bir çalışmada yükseköğretim mezunlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla önem gösterdikleri, eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin bilişsel fonksiyonun ve algılama kapasitesinin yükseldiği ve insanların yaşam biçimi değişikliklerinin önemini daha iyi anlayıp sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uyguladıkları belirtilmiştir.²⁷ İskemik kalp hastaları ile yapılan bir çalışmanın sonucuna göre ise eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiği tespit edilmiştir.²⁸

Sonuç

Bu çalışmada sonuç olarak; kadınların erkeklere kıyasla öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçiminde erkeklerden daha iyi alışkanlıklara sahip oldukları saptanmıştır. Erkeklerin stresle baş etmede ve kişiler arası ilişkilerde kadınlardan daha başarılı olduğu ve daha yüksek manevi gelişime sahip oldukları bulunmuştur. Katılımcılar, en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler ve en düşük puanı fiziksel aktivite alt boyutundan almışlardır. Fiziksel aktivite puan ortalamasının yaş arttıkça azaldığı, eğitim düzeyi ile ise doğru orantılı olarak arttığı saptanmıştır. Yaşlı veya fiziksel yetersizliği olan bireylerin aktivite düzeylerini arttırabilmelerine olanak sağlayacak çevresel düzenlemelerin yapılması veya topluma açık alanlarda egzersiz yapma imkânlarının iyileştirilmesi toplum sağlığı açısından faydalı olabilir.

KAH tanısı alan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla uyum göstermeleri yaşam kalitelerinin gelişmesine önemli katkılar sağlayacaktır. Ayrıca sağlık çalışanları tarafından verilecek eğitimlerin, bireylerin hastalıklarını daha iyi tanımalarına ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına daha fazla uyum göstermelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Sağlıklı yaşam davranışlarının yaşam boyu korunabilmesini sağlamak için hastaların belirli zaman aralıklarıyla izlenmesi önerilmektedir. Bireylerin eğitim düzeylerinin yükselmesiyle fiziksel aktivite alt boyutundan alınan puanların daha yüksek olması göz önüne alındığında KAH tanısı olan hastalar için fiziksel aktivite davranışını iyileştirebilmek

amacıyla hastalar için eğitimler düzenlenmesinin fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmaya en az 6 aydır KAH tanısı ile takip edilen hastaların dahil edilmesi ve tanı aldıklarında hekim veya diğer sağlık personeli tarafından hastalığı ve yönetimi konusunda bilgilendirilmiş olmaları araştırmanın kısıtlılıklarındandır. İleriye yönelik yapılacak araştırmalarda hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını saptamaya yönelik verilerin toplanması ve hastalara yönelik eğitim planlanarak eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme yapılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. "Cardiovascular diseases" Erişim adresi: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ Erişim tarihi: 10.03.2018.
2. World Health Organization. " Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014". Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 01.08.2018.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. "Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2016". Erişim adresi: www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=2457 Erişim tarihi: 02.08.2018.
4. Pearson TA, Palaniappan LP, Artinian NT, et al. American Heart Association Guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation* 2013;127:1730-53.
5. Costa L, Guerra-Balic TM. Relationship between healthy lifestyle and sociodemographic factors in adolescents in Catalonia: Application of visa-teen questionnaire. *Plos One* 2016;11(9): e0163381.
6. World Health Organization. "Health Promotion Glossary". Erişim adresi: <http://www.who.int/healthpromotion/>

- about/HPR%20Glossary%201998.pdf
Erişim tarihi: 10.03.2018.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). 2015". Erişim adresi: <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> Erişim tarihi:10.03.2018.
 8. World Health Organization. World Heart Federation and World Stroke Organization. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. 2011". Erişim adresi: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/ Erişim tarihi:10.03.2018.
 9. World Health Organization. "Global Action Plan for The Prevention and Control of NCDs 2013-2020. 2013". Erişim adresi: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/> Erişim tarihi:10.03.2018.
 10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Toward a definition of health. Health promotion in nursing practice, 7. Baskı, New Jersey: Pearson Education, Inc. Baskı, 2015:6-23.
 11. World Health Organization. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. *J Sch Health* 2004;74:204-206.
 12. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL. Et al. Heart disease and stroke statistics-2014 Update a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129:28-292.
 13. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kissal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;12(1):1-13.
 14. Pekcan, G. Beslenme Durumunun Saptanması. Baysal, A (Editör). Diyet El Kitabı. 8. Baskı, Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 2008:99-119.
 15. World Health Organization. " BMI Classification". Erişim adresi: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html Erişim tarihi: 03.10.2018.
 16. Şahin ZA, Biçer N. Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *MN Kardiyoloji* 2015;22(4):180-185.
 17. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011;11:619-26.
 18. Kılınç G, Yıldız E, Kavak F. Kalp yetersizliği hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk arasındaki ilişki. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(13):114-126.
 19. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;(1):1-6.
 20. Doğu Ö, Güngörsün HÇ, Erkorkmaz Ü. Koroner By-Pass ameliyatı olan hastalarda yaşam kalitesinin incelenmesi. *J hum rhythm* 2015;1(3):155-161
 21. Yılmaz F, Çağlayan Ç. Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2016;20(4):129-140.
 22. Kulakçı H, Kuzlu Ayyıldız T, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2012;5(2):53-64.
 23. Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2013;18(4):213-218.
 24. Kang Y, Yang I-S, Kim N. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. *Asian Nurs Res* 2010;4(1):45-55.

25. Karaahmetođlu GU, Sođuksu S, Softa HK. Hemşirelik 1. ve 2. Sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2(2):26-41.
26. Chiou A-F, Hsu S-P, Hung H-F. Predictors of health-promoting behaviors in Taiwanese patients with coronary artery disease. *Appl Nurs Res* 2016;30:1-6.
27. Okgün AA, Korkmaz FD, Çakmakçı H. Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi* 2017;25(1):45-51.
28. Westin L, Carlsson R, Erhardt L, Cantor-Graae E, McNeil T. Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. A prospective controlled study. *Scand Cardiovasc J* 1999;33:160-65.