

KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞINA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**EVALUATION OF FACTORS AFFECTING HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS OF THE PATIENTS WHO ADMITS TO THE CARDIOLOGY OUTPATIENT CLINIC**Özlem TERZİ¹, Feyza Nur TOPÇU YENERÇAĞ¹, Şule ÖZDEMİR², Mustafa YENERÇAĞ³**ÖZET**

AMAC: Bu çalışmada üçüncü basamak bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran 141 gönüllü hasta ile yapıldı. Hastalara araştırmacılar tarafından düzenlenen anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) uygulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde parametrik ve nonparametrik testler kullanıldı. Tüm testler için istatistik anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması $49,1 \pm 1,54$ yıl olup, %51,8'i erkek; %48,9'u en az lise mezunuydu. Katılımcıların ölçek toplam puan ortalamasının $123,8 \pm 21,3$ olduğu belirlendi. SYBDÖ-II alt ölçeklerinden bazılarının 18-35 yaş arasında olanlarda, bekârlarda, KVH tanı süresi 5 yıl ve üstü olanlarda, ek hastalığı olmayanlarda, alkol kullanmayanlarda ve sigarayı bırakmış olanlarda istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde görüldüğü belirlendi ($p < 0,05$).

SONUÇ: Kardiyovasküler hastalığı olan bazı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmakla birlikte, evli, yaşlı, ek hastalığı olan veya yeni tanı alan KVH hastalarının SYBDÖ-II puanlarının bazı alanlarda yetersiz olduğu belirlendi. Bu özellikler dikkate alınarak KVH hastalarına yönelik hazırlanacak olan eğitim ve rehabilitasyon programlarının, onların sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeleri ve sürdürmelerine katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Kardiyovasküler hastalık; sağlıklı yaşam biçimi davranışları; yaşam kalitesi

ABSTRACT

AIM: The aim of this study was to determine sociodemographic and disease related factors together with factors affecting the healthy lifestyle behaviors of those patient who admitted cardiology outpatient clinic in tertiary healthcare services.

MATERIAL AND METHOD: This study, designed to be cross-sectional, was conducted in 141 patients who examined in Samsun Educational and Research Hospital Cardiology Outpatient Clinic from 1 September 2017 until 30 September 2017. The patients completed 'Personal Information Form' and 'Healthy Lifestyle Behaviours Scale' (HLSBS). Parametric and non-parametric tests were used in statistical data assessment. P values used < 0.05 as significant levels.

RESULTS: The mean age of the patients was 49.1 ± 1.54 years and %51.8 them are males. 48.9% of them were high school or above graduates. It was found that HLSBS total average score of the participants was 123.8 ± 21.3 . It was observed that those who are between 18-35 years old, single, whose cardiovascular disease diagnosis year is 5 and over, who has no additional disease, who quit alcohol and smoking have high scores from some subgroups of HLSBS ($p < 0.05$).

CONCLUSIONS: Although some individuals with cardiovascular disease have healthy lifestyle behaviors, healthy lifestyle behavior scale subgroups scores was not enough of CVD patients who are married, elderly, with additional disease or newly diagnosed were determined. We propose that organising rehabilitation and training programs for heart disease patients will contribute to develop and keep their healthy lifestyle behaviours.

Key words: Cardiovascular disease; healthy life style behaviors; quality of life

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye² İl Sağlık Müdürlüğü, Samsun Türkiye³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Samsun, Türkiye

Geliş Tarihi / Submitted : Temmuz 2020 / July 2020

Kabul Tarihi / Accepted : Aralık 2020 / December 2020

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Özlem TERZİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Kurupelit Kampüsü, Samsun, Türkiye

Tel: +90 362 312 19 19 / 3208 Gsm: +90 505 773 37 86

E-posta: ozlem.terzi@omu.edu.tr

Yazar Bilgileri / Author Information:

Özlem TERZİ (ORCID: 0000-0002-9524-5582)

Feyza Nur TOPÇU YENERÇAĞ (ORCID: 0000-0003-1355-9607) E-posta: fntopcu@hotmail.com

Şule ÖZDEMİR (ORCID: 0000-0002-0366-7455) E-posta: sule_ozt@hotmail.com

Mustafa YENERÇAĞ (ORCID: 0000-0002-0933-7852) E-posta: mustafayenercag@hotmail.com

Çalışmanın yürütülmesi için gerekli etik kurul onayı (OMU-KAEK 2017/263 Karar nolu) alınmıştır.

GİRİŞ

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bir bakım yaklaşımını öngörmektedir (1). Bu durum bireyin doğru sağlık davranışlarına sahip olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Sağlık davranışı; sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışların bütünüdür (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının onların davranış ve yaşam biçimlerinden kaynaklandığını işaret etmektedir (3). Sağlıklı yaşam biçimi; sağlık davranışlarının sorumluluğunu alma, dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, hijyenik önlemler alma, kişiler arası olumlu ilişkiler kurma ve stres yönetimini kapsamaktadır (2). DSÖ'nün yayınladığı bildirilerde "Herkes için Sağlık" hedefine ulaşabilmek için, yaşam kalitesinin artırılması ve olumsuz sağlık şartlarının en aza indirilerek sağlıklı yaşam biçiminin sağlanması gerekliliği üzerinde durulmuş ve riskli davranışların azaltılması hedeflenmiştir (4).

Dünya genelinde bulaşıcı hastalıklardan ölümün azalması ve yaşam süresinin uzamasıyla beraber, sigara içme, yetersiz egzersiz, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve risk alma davranışları gibi yaşam tarzı değişiklikleri kardiyovasküler hastalık (KVH)'lar ve kanserlerin hastalık, engellilik ve ölümlerde birinci sırayı almasına yol açmıştır (5). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde yapılan "Topluluklarda Ateroskleroz Riski (ARIC)" adlı izlem çalışmasında, erişkinlerin yeni bir sağlıklı yaşam tarzı benimsemiş olmaları halinde, dört yıl içindeki tüm nedenlere bağlı ölüm oranında % 40'lık bir azalma olduğu gösterilmiştir (6).

DSÖ verilerine göre, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı küresel ölümlerde KVH'lar tüm yaş ve cinsiyetlerde ilk sırada yer almaktadır (7). Türkiye'de benzer şekilde bu hastalıklar 2017 yılında ölüm nedenleri arasında %39,7 ile ilk sırada yer almıştır (8). Bu hastalıklar için mortalite oranının yüksek olması, risk faktörlerinin belirlenerek bu doğrultuda gerekli önlemlerin alınmasını gündeme getirmektedir. Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile bulaşıcı olmayan hastalıkların %80 oranında önlenileceği gösterilmiştir (9). Yapılan bir meta analiz sonucuna göre de, sigara içmemek, ılımlı biçimde alkol almak, sağlıklı beslenmek, düzenli egzersiz yapmak ve ideal kilonun sürdürülmesi gibi yaşam tarzı ile ilgili davranışların geliştirilmesi bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarında %66 oranında bir azalma sağlanabileceğini ortaya koymaktadır (10). Bu amaçla da doğru tanı ve tedavinin yanı sıra, risk faktörlerine yönelik önleyici tedbirlerin alınması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi zorunludur (9). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinin, kan basıncı ve kolesterol düzeyini düşürme, kilo kontrolünü sağlama ve DM'nin kontrol altına alınmasını sağlama gibi etkileriyle, KVH riskini önemli düzeyde azalttığı birçok çalışmada vurgulanmaktadır (11,12).

Ülkemizde kalp transplantasyonu yapılan hastalarda,

kalp yetmezliği olan hastalarda ve koroner arter hastalarında yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların pek çoğu bölgesel nitelikte olup Karadeniz Bölgesine yönelik sınırlı çalışmaya rastlanılmıştır (13, 14,15). Samsun ili Karadeniz bölgesi için önemli bir referans merkezi kabul edilmekte ve burada bulunan ikinci ve üçüncü basamak hastanelere Samsun ve çevre illerin merkez ve kırsalından birçok hasta başvurmaktadır. Bu kapsamda çalışmamızda Samsun ilindeki üçüncü basamak bir hastanenin kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikler ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini 1 Eylül - 30 Eylül 2017 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği' ne başvuran hastalar oluşturmaktadır. Anket sorularını cevaplamayı ve görüşmeyi engelleyecek derecede mental kısıtlılığı, demans, kooperasyon bozukluğu, sağırılık vb. olan hastalar çalışmaya alınmamıştır. Çalışmanın yürütülmesi için gerekli etik kurul onayı (OMU-KAEK 2017/263 Karar nolu) alınmıştır.

Katılımcılara çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra gönüllü olanlardan sözlü onam alınarak araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle anket formu uygulanmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin bilgilerden oluşan tanıtıcı bilgi formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ)'den oluşmaktadır.

SYBDÖ II, Walker ve ark. tarafından geliştirilmiştir (16). Bahar ve ark. tarafından 2008 yılında Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirliği çalışılmıştır. Bu ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimidir. Alınan puanın yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışının olumlu olduğunun göstergesidir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin genel Cronbach's alfa katsayısı 0.92, ölçeğin alt boyutları için Cronbach's alfa katsayıları manevi gelişim 0.81, sağlık sorumluluğu 0.94, fiziksel aktivite 0.83, beslenme 0.80, kişiler arası ilişkiler 0.77, stres yönetimi 0.80 olarak bulunmuştur (17).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sürekli veriler için ortalamaları \pm standart sapma ile frekans veriler için ise sayı ve yüzde dağılımları (%) şeklinde ifade edilmiştir. Verilerin parametrik koşulları sağlayıp sağlamadığı Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki farkı belirlemek için parametrik koşullarda bağımsız grupların ikili karşılaştırmalarında t testi ve ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans

analizi (ANOVA) kullanılmış post hoc test olarak Tukey testi tercih edilmiştir. Nonparametrik koşullardaki verilerle ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Fark yaratan grubu belirlemek için ise Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi tercih edilmiştir. Değerlendirmelerde tüm testler için istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılmaya gönüllü 141 hastanın yaş ortalaması $49,1 \pm 1,54$ yıl olup, %51,8'i erkekti. Katılımcıların %67,4'ü evliydi, %42,6'sı çalışıyordu ve %48,9'u lise ve üstü düzeyinde eğitimliydi. Beden kitle indeksi (BKİ) normal olanların oranı %38,3 iken, %24,8'inin obez olduğu saptandı. Hastaların en sık %21,3 çarpıntı, %19,1 göğüs ağrısı şikâyeti ile polikliniğe başvurduğu belirlendi. Hastalarda sırasıyla en sık KVH (%30), hipertansiyon (%29) ve ritim bozukluğu (%22) tanıları mevcuttu. Hastaların %18,4'ünün birden fazla KVH tanısı vardı. Hastaların %32,4 ünde KVH'a ek başka bir kronik hastalık, %31,2'sinde sigara kullanımı, %13,5'inde alkol kullanımı mevcuttu. Hastalara ait sosyo-demografik özellikler ve sağlık durumlarına ilişkin bazı verileri **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Hastaların SYBDÖ toplam puan ortalamasının $123,8 \pm 21,3$ olduğu belirlendi. SYBD alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde, en yüksek puan ortalamasının $24,5 \pm 5,2$ ile manevi gelişim, en düşük puan ortalamasının ise $15,4 \pm 5,3$ ile fiziksel aktivite alt grubunda olduğu tespit edildi. Hastaların SYBDÖ puanlarının dağılımı **Tablo 2**'de verilmiştir.

Evli hastaların SYBDÖ toplam puanları bekârlara göre daha yüksekti ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p:0,44$). Yaşı 18-35 yıl arasında olanların 61 ve üstü yaş grubundakilere göre fiziksel aktivite alt grubu puanları anlamlı yüksek bulundu ($p:0,005$). Lise ve üstü eğitim düzeyinde olan hastaların sağlık sorumluluğu ve beslenme alt grup puan ortalamaları okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu hastalara göre yüksek bulundu ancak fark anlamlı değildi (sırasıyla $p:0,16$ ve $p:0,13$). KVH tanı süresi 5 yıl ve üstü olanların beslenme alt grubundan aldıkları puan ortalamaları anlamlı

düzeyde yüksek bulundu ($p:0,01$). Ek hastalığı olmayan hastaların fiziksel aktivite alt grup puan ortalamalarının ek hastalığı olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ($p:0,02$).

Tablo 1. Kardiyoloji polikliniğine başvuranların sosyo-demografik özellikleri (n:141)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	68	48,2
	Erkek	73	51,8
Yaş grubu (yıl)	18-35	33	23,4
	36-60	68	48,2
	61 ve üstü	40	28,4
Medeni durum	Evli	95	67,4
	Bekar	40	28,4
Çalışma durumu	Boşanmış	6	4,2
	Çalışıyor	60	42,6
Eğitim düzeyi	Çalışmıyor	45	31,9
	Emekli	36	25,5
	Okuryazar olmayan	5	3,5
Aylık hane geliri (Türk Lirası)	İlkokul	40	28,4
	Ortaokul	27	19,1
	Lise	44	31,2
	Üniversite	25	17,7
Beden kitle indeksi (kg/m ²)	<1500	42	29,8
	1500-3000	65	46,1
	>3000	34	24,1
Kardiyovasküler hastalık tanı süresi (yıl)	Zayıf	6	4,3
	Normal	54	38,3
	Fazla kilolu	42	29,8
	obez	35	24,8
Sigara kullanımı	Morbid obez	3	2,1
	0-1	20	14,2
Alkol kullanımı	2-5	40	28,4
	6-9	35	24,8
	10 ve üstü	17	12,1
	Hiç kullanmamış	61	43,3
Alkol kullanımı	Bırakmış	36	25,5
	Kullanıyor	44	31,2
Alkol kullanımı	İçmiyor	122	86,5
	İçiyor	19	13,5

Tablo 2. Kardiyoloji polikliniğine başvuranların sağlıklı yaşam biçimi ölçeği-II ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (n:141)

Ölçekler	Soru sayısı	Puan aralığı	Alınan Puanlar (n:141)		
			Minimum	Maximum	Ort±SS*
Sağlık sorumluluğu	9	9-36	9	33	20,7 ± 5,1
Fiziksel aktivite	8	8-32	8	32	15,4 ± 5,3
Beslenme	9	9-36	10	30	20,7 ± 4,1
Manevi gelişim	9	9-36	10	36	24,5 ± 5,2
Kişiler arası ilişkiler	9	9-36	11	33	23,9 ± 4,7
Stres yönetimi	8	8-32	8	28	18,6 ± 4,1
Toplam	52	52-208	69	184	123,8 ± 21,3

*Ortalama ± standart sapma

Araştırmaya katılan hastaların sigara içme durumlarına göre SYBDÖ ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; manevi gelişim (p:0.02), kişiler arası ilişkiler (p:0,01) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Alkol kullanımı sorgulandığında; alkol kullanmayan hastaların sağlık sorumluluğu, kişiler

arası ilişkiler ve toplam ölçek puan ortalamalarının alkol kullananlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (sırasıyla p:0,02, p:0,01 ve p: 0,03). **Tablo 3**de kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların bazı özelliklerine göre SYBDÖ ortalama puanlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 3. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-II (SYDB-II) ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların dağılımı (n:141)

Değişkenler	Sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt ölçekleri							Ölçek Toplamı
	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişiler arası iliş.	Stres yönetimi		
Cinsiyet	Kadın	21,4±5,3	15,0±5,2	20,7±4,4	25,2±5,1	24,5±4,5	18,7±4,1	125,6±22,4
	Erkek	20,0±4,9	15,7±5,4	20,8±3,8	23,8±5,2	23,4±4,8	18,6±4,1	122,2±20,3
	p	0,43	0,48	0,91	0,14	0,3	0,8	0,35
Yaş grubu (yıl)	18-35	19,6±5,5	17,7±6,0	19,6±4,2	25,3±5,5	23,0±4,9	18,5±4,2	123,7±22,7
	36-60	20,9±5,2	15,2±4,9	21,0±4,1	24,5±5,2	24,2±4,3	18,5±4,0	124,2±21,0
	61 ve üstü	21,2±4,7	13,8±4,8	21,4±3,9	23,8±5,0	24,2±5,3	18,9±4,2	123,3±21,1
	p	0,21	0,005	0,09	0,53	0,43	0,88	0,98
Medeni durum	Evli	21,0±4,8	14,9±4,9	20,9±3,9	24,5±4,8	24,2±4,7	18,8±3,9	124,3±19,8
	Bekar	19,9±5,7	16,8±6,1	19,9±4,4	24,1±6,1	23,1±5,0	18,1±4,5	121,5±24,9
	Boşanmış	23,8±4,9	13,8±4,6	24,5±3,4	26,1±4,4	24,1±3,0	18,7±4,8	131,2±19,9
	p	0,04	0,21	0,74	0,56	0,49	0,95	0,44
Çalışma durumu	Çalışıyor	19,8±5,4	16,5±5,8	20,3±4,3	24,5±4,9	23,5±4,6	18,1±4,0	122,7±21,6
	Çalışmıyor	21,4±4,6	14,9±4,8	20,4±3,6	24,9±5,5	24,3±4,9	19,1±3,9	125±20,7
	Emekli	21,3±5,1	14,1±4,7	22,0±4,1	23,9±5,3	24,1±4,8	18,8±4,4	124,2±21,9
	p	0,31	0,07	0,12	0,74	0,41	0,37	0,86
Aylık hane geliri (Türk Lirası)	1500 ve altı	20,7±5,1	14,3±3,9	21,2±3,9	23,4±5,7	23,3±5,1	19,1±4,3	122,1±23,1
	1500-3000	20,7±4,9	16,1±5,4	20,0±3,8	25,3±4,5	24,4±4,5	18,1±3,6	124,7±18,0
	3000 üstü	20,6±5,6	15,3±6,4	21,5±4,7	24,1±5,6	24,0±4,8	18,8±4,6	124,2±25,0
	p	0,99	0,26	0,06	0,19	0,53	0,58	0,85
Eğitim düzeyi	İlköğretim	19,7±5,5	14,6±4,4	19,9±4,4	24,8±4,6	24,4±4,4	19,0±3,7	121,5±24,0
	Lise ve üstü	21,6±4,5	16,2±6,0	21,5±3,6	24,1±5,7	23,4±5,1	18,2±4,5	126,0±19,3
	p	0,16	0,17	0,13	0,42	0,28	0,33	0,22
Beden kitle indeksi (kg/m ²)	Zayıf	21,7±7,5	21,0±6,7	19,5±5,1	26,1±6,9	24,8±6,0	18,7±5,0	131,8±31,5
	Normal	19,7±5,0	15,9±5,4	20,1±4,1	24,3±5,6	23,0±4,9	18,7±4,5	121,8±21,9
	Fazla kilolu	21,5±5,0	15,1±4,9	20,4±4,1	24,6±4,9	24,6±4,5	18,6±4,0	124,9±21,2
	Obez	20,8±4,9	13,9±4,8	22,0±3,3	24,0±4,8	23,8±4,7	18,1±3,7	122,8±18,9
	Morbid obez	22,7±6,4	15,7±6,8	25,0±3,6	25,7±4,9	26,3±2,1	20,0±3,0	135,3±24,9
	p	0,77	0,04	0,69	0,76	0,52	0,88	0,68
Kardiyovasküler hastalık tanı süresi (yıl)	0- 4	19,9±5,2	15,7±6,2	19,9±4,3	24,3±5,9	23,3±5,1	18,4±4,3	121,6±23,5
	5 ve üstü	21,6±4,4	14,7±4,2	22,1±3,6	24,8±3,9	24,7±4,1	19,4±3,5	127,3±16,6
	p	0,06	0,73	0,01	0,59	0,16	0,21	0,13
Ek hastalık	Var	20,9±4,7	14,0±4,9	21,5±4,1	24,4±5,2	24,4±4,6	18,7±4,1	123,9±20,1
	Yok	20,7±5,4	16,1±5,4	20,5±4,0	24,6±5,2	23,8±4,8	18,6±4,1	124,2±21,8
	p	0,86	0,02	0,17	0,84	0,45	0,92	0,92
Sigara kullanım durumu	Kullanmamış	20,5±4,8	14,6±4,9	20,7±4,0	24,1±5,0	24,1±4,5	18,2±4,6	122,2±20,1
	Bırakmış	21,3±5,1	15,3±5,6	21,7±4,0	26,3±5,1	25,3±5,7	19,2±4,1	129,2±22,4
	Kullanıyor	20,5±5,6	16,5±5,5	20,1±4,2	23,4±5,2	22,5±4,5	18,5±4,1	121,6±21,7
	p	0,74	0,17	0,13	0,02	0,01	0,47	0,21
Alkol kullanım durumu	İçmiyor	21,1±5,0	15,3±5,2	20,9±4,0	24,8±5,1	24,3±4,7	18,8±4,2	125,3±21,2
	İçiyor	17,9±5,0	15,8±6,3	19,8±4,4	22,1±5,2	20,9±3,9	17,4±3,4	114,1±19,6
	p	0,02	0,85	0,23	0,06	0,01	0,36	0,03

TARTIŞMA

SYDBÖ'nün belirtilmiş bir kesim puanı olmamakla birlikte, çalışmamızda kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların ölçek puanlarının göreceli olarak düşük olduğu belirlenmiştir. Küçükberber ve ark.nın Kocaeli'de yürüttükleri çalışmada kalp hastalarının SYDBÖ puan ortalaması 127 ± 20 iken, Savaşan ve ark.nın İzmir'de yaptıkları çalışmada ise hastaların 128 ± 22 puan aldıkları belirlenmiş olup, çalışmamızda toplam ölçek puanı ülkemizde yapılan benzer çalışma sonuçları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (15,18).

Güney Kore'de koroner arter hastaları ile yapılan çalışmada ortalama ölçek puanı ise bizim ülkemizdeki çalışma sonuçlarına göre daha yüksektir (19). Bu durum toplumsal yaşam tarzımızla ilgili olabilir. Çünkü ülkemizde sağlıklı ve genç bir popülasyonda yapılmış bir çalışmada dahi ölçek ortalama puanın düşük olduğu ($126,4 \pm 18,4$) ve bizim çalışmamıza benzer olduğu görülmektedir (20). Bu sonuçlar çalışmamızla birlikte değerlendirildiğinde, kardiyoloji hastalarının genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olmadıkları hatta hastalık tanısı aldıktan sonra bile doğru yaşam biçimi davranışlarını edinmekte yetersiz kaldıkları kanaatini oluşturmaktadır.

Çalışmada alt ölçek puanları incelendiğinde, en düşük puan ortalamasının yapılan benzer çalışmalara uyumlu olarak "fiziksel aktivite" alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir (21-23). Farklı ülkelerde yapılmış birçok çalışmada da kişiler fiziksel aktivitede oldukça düşük puanlar almışlardır (24,25). Çalışmada ayrıca bir işte çalışanların ek hastalığı olanların "fiziksel aktivite" puanları da anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Diğer sağlığı geliştirici davranışlara göre fiziksel aktivite davranışını uygulamak kişiler için başarılması daha zor bir durum gibi görünmektedir. Sağlıklı bireyler için mevcut kişisel sorumlulukları, iş hayatı, uygun programlar veya spor tesislerinin yokluğu gibi nedenler bu duruma yol açabilmekte; ayrıca KOAH, nörolojik bozukluklar veya artrit gibi eşlik eden sağlık sorunları, bireylerin fiziksel aktivite yapmalarını zorlaştırabilmektedir (26).

Çalışmada kadınların erkeklere göre hem ölçek puan toplamından hem de "sağlık sorumluluğu", "manevi gelişim" ve "kişilerarası ilişkiler" alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Hemşire ve öğretmenlerle yapılan çalışmada da benzer şekilde kadınların sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarından daha yüksek puan aldığı bulunmuştur (27). Bu bulgular toplumun kadına yüklediği alışveriş, temizlik, yemek yapma vb. gibi işlerin yanı sıra, doğal olarak üstlendikleri annelik rolü ve eş olma sorumlulukları nedeni ile hem sağlık sorumluluğu, hem de manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler konusunda daha iyi düzeyde olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda medeni durumun hastaların SYBDÖ toplam puanları üzerine etkisi olmadığı belirlenirken, boşanmış bireylerde "sağlık sorumluluğu" alt ölçek puanının anlamlı yüksek olduğu gösterilmiştir. Oysa Kauvo-

nen ve ark. (28) ile Bolton ve ark.nın (29) çalışmalarında bekar, boşanmış ya da dul olmanın sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği ifade edilmektedir. Genel olarak yalnız yaşamının çeşitli sıkıntılar ve sağlık sorunlarına yol açabileceği bilinmekle birlikte, toplumumuzda aile ilişkilerinin daha gelişmiş olduğu, bekâr ya da boşanmış bireylerin ve özellikle de KVS hastalarının yakın aile bireyleri tarafından destekleniyor olabileceği öngörülmektedir. Ayrıca boşanmış bireylerde yalnız yaşamının getirdiği bir farkındalıkla sağlık sorumluluklarının daha iyi düzeyde olması da muhtemeldir.

Yüksek eğitilmiş kişilerin bilişsel işlevlerinin daha yüksek olması ve daha iyi anlama yeteneğine sahip olmaları muhtemeldir. Bu da yaşam tarzı değişikliklerinin gerekliliğini daha kolay anlayabileceklerini ve sağlık davranışlarını daha sık uygulayabileceklerini göstermektedir. Kore'de koroner arter hastaları ile yapılan çalışmada, sağlık davranışları ile yaş ve eğitim düzeyi arasında pozitif yönde bir ilişki bulunurken (19), bu çalışmada sadece yaşlıların "beslenme" puanlarının anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir. Yine bazı çalışmalarda eğitim düzeyinin artması ile SYBDÖ puanlarının arttığı ifade edilirken (15,20), çalışmamızda eğitim düzeyinin etkisi belirlenmemiştir. Bu durum kişisel ve toplumsal özelliklerden kaynaklı çoklu faktörlere bağlı olabileceği düşünülmüş, araştırmacılarca açıklanamamıştır.

Çalışmamızda KVH tanısını beş yıl ve daha önce alanların "sağlık sorumluluğu" ve "beslenme" alt boyutlarında istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin, zamanla hastalıklarını kabullenip, hastalıkları için gerekli sorumlulukları aldıkları ve sağlıklarına daha çok özen gösterdikleri ifade edilmektedir (30).

Çalışmamızda sigara içmeyi bırakanların ve alkol kullanmayanların "kişiler arası ilişkiler" alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları bulunurken alkol kullanmayanların ayrıca "sağlık sorumluluğu" puanlarının da yüksek olduğu değerlendirilmiştir. Bu durum kardiyak hastalığı olanların, alkolün sağlık üzerine daha yıkıcı etkisi olduğunu düşündüklerini ancak sigaranın kötü etkilerini göz ardı ettiklerini düşündürmektedir. Ayrıca sigara bağımlılığının ülkemizde yüksek düzeyde seyretmekte olduğu ve daha genç yaşlarda bu alışkanlığa sahip bireylerin sigara bırakma konusunda da başarısız veya isteksiz oldukları belirtilmektedir (5). Bu durumun çalışmamızdaki kalp hastalarının da sigara alışkanlıklarına devam etmesinin bir nedeni olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak kalp hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışı puanlarının düşük olmasının yaş, medeni durumu, tanı süresi, ek hastalık, sigara ve alkol kullanımını gibi durumlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Kalp hastalarına hastalıkları ve risk faktörleri hakkında verilecek eğitimler, hastalıklarını daha iyi tanımalarını, onu yönetme stratejilerini öğrenmelerini ve sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirebilmelerini sağlayabilir. Kalp hastalarının, sosyo-demografik ve hastalığa iliş-

kin özellikleri göz önüne alınarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını oluşturan beslenme, egzersiz, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi gibi konularda eğitilmeleri ve bilinçlendirilmeleri hastaların yaşam kalitesinin de artmasını sağlayacaktır.

Çalışma “2. International 20. National Public Health Congress, Antalya, 2018” de poster bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

- 1.)Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005; 9: 26-34.
- 2.)Tambağ H, Turan Z. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersinin Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2012; 1: 46-55.
- 3.)Erbaydar NP. Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi. Güler Ç, Akın L, editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3. Baskı Ankara: Hacettepe Yayınları. 2015; s.1903-7.
- 4.)Cihangiroğlu Z, Devenci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2011; 16: 78-83.
- 5.)Aşut Ö, Özaydın AN. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve durumlar. Vaizoğlu SA, editör. Yeni Halk Sağlığı, 3. Baskıdan Çeviri, Ankara: Palme Yayınevi. 2019; S.237-308.
- 6.)King DE, Mainous III, AG, Geesey ME. Turning Back the Clock: Adopting a Healthy Lifestyle in Middle Age. Am J Med. 2007; 120:598-603.
- 7.)Riley L, Cowan M. World Health Organization noncommunicable diseases country profiles 2014. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2014; p.1-13
- 8.)Eray A, Set T, Ateş E. Yetişkin Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Riskinin Değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2018; 22: 12-9.
- 9.)Dağıstan A, Gözüm S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kardiyovasküler Hastalık Riskinin Belirlenmesi ve Yönetimi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016; 15: 575-82
- 10.)Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Preventive medicine. 2012; 55(3): 163-70.
- 11.)Laursen AH, Kristiansen OP, Marott JL, et al. Intensity versus duration of physical activity: implications for the metabolic syndrome. A prospective cohort study. BMJ Open. 2012; 2: e001711.
- 12.)Nocon M, Hiemann T, Müller-Riemenschneider F, et al. Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. 2008; 15: 239-46.
- 13.)Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. Ege

Üniversitesi HYO Dergisi. 2005; 21: 63-77.

- 14.)Erentuğ V, Polat A, Yakut C. Kalp transplantasyonu sonrası yaşam kalitesi. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2006; 2: 94-103.
- 15.)Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. Anadolu Kardiyol Derg. 2011;11: 619-26.
- 16.)Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987; 36: 76-81.
- 17.)Bahar Z, Beşer A, Gordes N, ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II' nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi. 2008; 12: 1-13.
- 18.)Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. Psikiyatri Hemşireleri Dergisi. 2013; 4:1-6.
- 19.)Kang Y, Yang I. Correlates of health behaviors in patients with coronary artery disease. Asian Nurs Res. 2010; 4: 45-55.
- 20.)İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3: 34-43.
- 21.)Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015; 8: 12-8.
- 22.)Cihangiroğlu Z, Devenci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi. 2011; 16: 78-83.
- 23.)Berger AM, Walker SN. An explanatory model of fatigue in women receiving adjuvant breast cancer chemotherapy. Nursing Research. 2001; 50: 42- 52.
- 24.)Thanavaro J, Moore S, Anthony M, et al. Predictors of health promotion behaviors in women without prior history of coronaryheart disease. Appl Nurs Res. 2006; 19: 149-55.
- 25.)Oliver-McNeil S, Artinian NT. Women's perception of personal cardiovascular risk and their risk-reducing behaviors. American Journal of Critical Care. 2002; 11: 221-7.
- 26.)Bedinghaus J. Coronary artery disease prevention: What's different for women? American Family Physician. 2001; 1393-400.
- 27.)Akgün-Kostak M, Kurt S, Süt N ve ark. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2014; 13: 189-96.
- 28.)Kouvonen A, Kivimaki M, Virtanen M, et al. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: A Cross Sectional Study. BMC Public Health. 2006; 6: 24.
- 29.)Bolton KL, Rodriguez E. Smoking, drinking and body weight after re-employment: does unemployment experience and compensation make a difference? BMC Public Health. 2009; 9: 77.
- 30.)Bilgili N, Ayaz S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2009; 8: 497-502.

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.), 2021 ; 54(1) : 78-83

Çalışmanın yürütülmesi için gerekli etik kurul onayı (OMU-KAEK 2017/263 Karar nolu) alınmıştır.