

Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi Determination of Health Perception and Healthy Lifestyle Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease

Gözde GÜR¹, Nihal SUNAL²

ÖZ

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

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini İstanbul'da özel bir hastaneye Mayıs 2016- Ocak 2017 tarihleri arasında koroner arter olay nedeniyle yatmış ≥ 18 ve < 80 yaş arası peruktan koroner girişim uygulanmış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve sorulara eksiksiz cevap veren 305 hasta oluşturmuştur. Çalışma verileri hastalarla yüz yüze görüşülerek 'Sosyodemografik Bilgi Formu' 'Sağlık Algısı Ölçeği' ve 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, Cronbach alfa katsayısı, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $58,63 \pm 11,08$ olup, %32,5'inin 55-64 yaş grubunda (n=99) olduğu saptanmıştır. Ayrıca %63,3'ünün erkek (n=193), %84,6'sının (n=258) evli, %48,5'inin ilköğretim mezunu (n=148) olduğu görülmüştür. Katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalamasının $47,37 \pm 5,77$, SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamasının $131,36 \pm 26,71$ olup ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde; SAÖ ile SYBDÖ II'den alınan puan ortalamaları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0,403$; $p=0,000$).

Sonuç: SYBDÖ II ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ve SAÖ kesinlik alt boyutu hariç tüm alt boyutların puan ortalamalarının ortanın üzerinde olması hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hem de sağlık algısının istendik düzeye yakın olduğunun bir göstergesi olabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda planlanan hasta eğitimlerinde fiziksel aktivite ve SAÖ'nin kesinlik alt boyutunun öncelikle ele alınması önerilebilir.

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

ABSTRACT

Purpose: The purpose of our descriptive study was to determine the perception of health and healthy lifestyle behaviors in patients with coronary artery disease (CAD).

Materials and Methods: The study sample is consisted of 305 patients, treated in the coronary care unit of the Private Hospital Complex between May 2016–January 2017, who were diagnosed as having coronary artery disease, treated with percutaneous coronary intervention, willing to participate in the study, and able to completely answer the study questionnaires. Study data was obtained by using the ‘‘Sociodemographic Information Form’’, ‘‘Perception of Health Scale (PHS)’’, and ‘‘Health Promoting Life Style II (HPLP II)’’ through direct communication with the participants. The statistical methods included number, percentage, mean, Cronbach alfa coefficient, Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U, and Kruskal Wallis tests.

Results: It was determined that the mean age of participants was 58.63 ± 11.08 , 63.3% of the patients were male (n=193). Ninety-nine patients (32.5%) appeared to be between ages of 55–64. Also, 63.3% of them were male (n=193), 84.6% (n=258) were married and 48.5% were primary school graduates (n=148). The mean score of the PHS was 47.37 ± 5.77 and the mean score of the HPLP II was 131.36 ± 26.71 . Spearman correlation was used to analyze the relation between mean scores of the PHS and the HPLP II. There was a relatively weak association between the mean PHS and the HPLP II scores ($r=0.403$; $p=0.001$).

Conclusion: The fact that all subscales except the physical activity subdimension of Healthy Life Style Behaviour Scale II and the precision subscale of Perception of Health Scale are above the median of the mean of the points may be a sign that both healthy lifestyle behaviors and health perception are close to the desired level. It may be suggested that physical activity and the precision of the Perception of Health Scale should be considered first in the patient trainings planned in line with these results.

Keywords: Coronary Artery Disease, Health Promoting Lifestyle Profile II, Percutaneous Coronary Intervention, Perception of Health Scale

Geliş Tarihi/Received: 02.05.2018

Kabul Tarihi/Accepted: 08.01.2019

¹Uzm. Hemşire, İstanbul Medipol Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, ORCID: 0000-0002-9671-6438

²Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Medipol Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, ORCID: 0000-0001-6449-4239

Sorumlu Yazar /Correspondence: Uzm. Hemşire, İstanbul Medipol Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, email: gozdegur66@gmail.com ORCID: 0000-0002-9671-6438

*Bu çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans tezinden üretilmiştir, 2017.

**1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. 23-26 Nisan 2018, Ankara

Giriş

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 17,5 milyon insan KVH nedeniyle ölmektedir ve bu sayı tüm ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır (1). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2012 verilerine göre yılda yaklaşık olarak 420 bin civarında koroner arter hastalığı meydana gelmektedir. Bunların 120 bini Koroner Arter Hastalığı (KAH) bilinen hastalarda akut olayın tekrarı, 180 bini yeni akut koroner sendrom tanısı, 120 bini ise sağlıklı görünen kişilerde olan ve kadınlarda sık rastlanan yeni koroner arter hastalığından oluşmaktadır (2).

Kardiyovasküler hastalıkların çoğu ileri yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon, obezite, fiziksel hareketsizlik, stres, sigara içimi, lipoprotein kolesterol düzeyi düşüklüğü ve trigliserid yüksekliği gibi önlenabilir risk faktörlerinden oluşmaktadır (3,4). Koroner arter hastalıkları ölümlerinde görülen azalmanın %50'si önlenabilir risk faktörlerindeki değişiklikler ile ilişkili olduğu bilinmektedir (5,6). Yaşam boyu süren alışkanlıkların kolay değiştirilemediği ve bu değişikliklerin gerçekleşmesinin uzun zaman alacağı belirtilmekle birlikte önlemek ve kontrol için girişimlerin yetersiz olduğu da bilinmektedir (7,8,9).

Bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısıyla uzun vadede ilişkili, kronik bir hastalık olan koroner arter hastalığı için sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık algısı oluşması; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve bu doğrultuda davranış değişikliği başlatması, hastanın inandığı değerlerin, inançların, sağlığa verilen önem ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalıkla uyum içinde yaşaması ve yaşam şekillerinde değişiklikler planlaması veya yapması, sunulan bakıma aktif cevap vermesi ve iş birliği ile mümkün olacaktır (10,11). Yani sağlıklı yaşam biçimi yalnızca hastalıklardan korumak değil, aynı zamanda bireyin yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirme sağlayan davranışlar olup; ruhsal gelişim, sağlık sorumluluğu, yeterli ve düzenli egzersiz, sigara kullanmama, beslenme, hijyenik önlemler, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini içermektedir (12).

Yapılan bu çalışmada da koroner arter hastalığına sahip olan bireylerin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek, bunları hastalığı etkileyen risk faktörleriyle birlikte değerlendirmek ve aynı zamanda bakım ihtiyaçlarının belirlenmesine rehber olacak öneriler geliştirmek, eğitimler planlamak ve danışmanlık hizmetleri sağlayarak sağlığı ileri düzeye taşımak amacı ile planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmanın evrenini özel bir üniversite hastanesinin koroner yoğun bakım ünitesine Mayıs 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında KAH tanısı alarak yatan hastalardan oluşturuldu. Araştırmanın örneklemini ise koroner yoğun bakım ünitesinde peruktan koroner girişim (PKG) uygulanan 1930 hastadan %5,5 hata ve %5 sapma ile çalışmanın örneklem sayısının en az 273 hasta olması belirlendi. Geçmiş öyküsünde PKG uygulanmış hastalarda katılarak, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri çalışmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun, iletişim sorunu olmayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ≥ 18 ve < 80 yaş arası hastalar ile anket ve ölçekler aracılığıyla araştırmacı tarafından, belirlenen 30 dakika süre içerisinde yüz yüze görüşülerek 8 aylık süre içinde planlı olarak başvuran 305 hasta ile oluşturuldu. Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu

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

Sağlık Algısı Ölçeği

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ) 2007 yılında Diamond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe

geçerlilik ve güvenilirliği ise 2009 yılında Kadioğlu ve Yıldız tarafından yapılmıştır (13). SAÖ 15 madde ve dört alt faktörden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. maddeler olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler “çok katılıyorum=5”, “Katılıyorum=4”, “Kararsızım=3”, “katılmıyorum= 2”, “Hiç katılmıyorum=1” şeklinde puanlanmıştır. Olumsuz ifadeler ise ters puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75’dir. Ölçeğin alt gruplarına göre Cronbach Alpha Değerleri: Kontrol merkezi 0,90; Öz farkındalık 0,91; Kesinlik 0,91; Sağlığın önemi 0,82’dir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) Pender’in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark. (14) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 1996 yılında revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmış; 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri, toplam ölçek için 0,94 olup, altı alt faktörler için 0,70-0,85 arasında değişim göstermektedir. Çalışmamızda Bahar ve ark. (15) geçerlilik ve güvenilirlik 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.

Verilerin Değerlendirmesi

Elde edilen veriler, SPSS 21.0 paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda SAÖ ve SYBDÖ II ile alt boyutlarının normal olmayan dağılım ($p<0,05$) gösterdiği görülmüştür. Katılımcıların tanıtıcı ve hastalık özellikleri sayı ve yüzde; sürekli değişkenler ortalama olarak verildi. İki bağımsız gruba ait sıra ortalamaları karşılaştırılırken Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla gruba ait sıra ortalamaları

karşılaştırılırken Kruskal Wallis analizi kullanıldı. Ölçeklerin iç tutarlılığını belirlemede toplamda SYBDÖ 0,94 SAÖ ise 0,60 olmak üzere Cronbach alfa katsayısı değerleri kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu’ndan etik onay (Karar No: 2016/358) ve çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı. SAÖ ve SYBDÖ II için yazarlardan email yoluyla izin alındı. Çalışmaya dahil edilen hastalara, çalışmanın içeriği ve amacı hakkında sözlü ve yazılı bilgi verilerek izinleri alındı. Çalışmaya dahil olan hastaların bilgileri gizli tutulup, hasta mahremiyeti sağlanarak elde edilen veriler sadece bu araştırma için kullanıldı.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 305 katılımcının yaş ortalaması $58,63\pm 11,08$ olup, %32,5’inin 55-64 yaş aralığında olduğu, %63,3’ünün erkek, %84,6’sının evli, %48,5’inin ilköğretim mezunu, %42,3’ünün aktif olarak bir işte çalıştığı ve %46,9’unun beden kitle indeksine göre fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Yine katılımcıların %28,2’sinin diyabet, %37,7’sinin hipertansiyon hastalığına sahip olduğu, %71,5’i hastalıkla ilgili hiçbir eğitim almadığı ve %55,4’ü hastalıkla ilgili bilgi düzeyinin yeterli olduğu saptandı. Katılımcıların %47,9’unun sigara, %22,3’ünün alkol kullandığı, %49,8’inin KAH’na sahip birinci derece bir yakını bulunduğu, %49,8’i en fazla yaşadığı şikayetin göğüs ağrısı olduğu, %73,4’ü KAH’nın yaşam biçimini değiştirdiğini, %59’unun düzenli tetkik yaptırdığı ve %58,7’si yoğun stres altında yaşadığı tespit edildi. %59’u her zaman düzenli doktor kontrolüne gittiği ve %68,9’u düzenli ilaç kullandığı, %48,2’si zaman zaman düzenli diyet programına uyduğu ve %44,6’sının düzenli yürüyüş yaptığı, %38,7’si hiçbir zaman düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Katılımcıların kişisel özelliklerinin dağılımı ve sağlık durumlarına yönelik olası risk faktörlerinin dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Katılımcıların SAÖ’den aldıkları toplam puan ortalaması $47,37\pm 5,77$ (Min:35, Max:61) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi ($11,33\pm 2,44$) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik ($10,84\pm 3,22$) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların SYBDÖ II’den aldıkları puan ortalaması

131,36±26,71 (Min:63, Max:198) olup, en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun manevi gelişim (26,04±6,26) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun fiziksel aktivite (15,84±5,38) olduğu görülmüştür. (Tablo 2).

Araştırmada yer alan katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ile kişisel özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 3'de gösterilmektedir. Katılımcıların yaş grupları SYBDÖ II göre incelendiğinde 64 yaş üstü katılımcıların puan ortalaması 55-64 yaş arası katılımcılara göre çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Cinsiyet gruplarında ise SAÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p>0,001$) ve bu sonucun erkek katılımcıların lehine olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların medeni durumları ile SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p>0,01$) ve bu sonucun bekar katılımcıların lehine olduğu saptanmıştır. SYBDÖ II'ne göre üniversite mezunu katılımcıların aldıkları puan ortalaması, okur yazar olmayan katılımcılardan ($p<0,05$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Mesleki yaşantıları aktif olan katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, emekli katılımcıların puan ortalamasına göre çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Obez katılımcıların SAÖ'den aldıkları puan ortalaması, normal kilolu katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. SYBDÖ II'ne göre obez katılımcıların aldıkları puan ortalaması, normal kilolu katılımcılara göre ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Diyabet hastalığına sahip olma durumlarına göre ise katılımcıların SYBDÖ II'den aldıkları puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı fark olduğu ve bu durumun diyabet hastalığı olmayanların lehine olduğu saptanmıştır. Hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumu ve bilgi düzeyi algılarına bakıldığında SYBDÖ puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptandı, bu sonuç bilgi düzeyi yeterli olan ve eğitim alanların lehinedir. Katılımcıların sağlık durumlarına yönelik olası risk faktörlerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ise, Tablo 4'de gösterilmektedir. Katılımcıların sigara, alkol kullanım durumları ve en çok yaşadığı şikayeti ile SAÖ ve SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

Hiç sigara kullanmayan katılımcıların SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalaması, sigara kullanan katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. En çok yaşadığı şikayet çarpıntı olan katılımcıların SAÖ' den aldıkları puan ortalaması, yorgunluk olan katılımcılardan çok ileri düzeyde ($p<0,001$), nefes darlığı ve göğüs ağrısı olan katılımcılardan ise ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulundu. SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalamasına göre bakıldığında en çok yaşadığı şikayeti çarpıntı olan katılımcıların, nefes darlığı olan katılımcılardan ise ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Katılımcılardan düzenli şekilde tetkik kontrollü yaptırılanların SAÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve SYBDÖ II puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Bu sonuç düzenli doktor kontrolüne gidenlerin SAÖ puan ortalamaları ve düzenli ilaç kullananların SYBDÖ II puan ortalamaları lehinedir. Düzenli diyet programını her zaman uygulayan katılımcıların SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalaması, hiçbir zaman ve zaman zaman uygulayan katılımcılara göre ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalamasına göre düzenli egzersiz programını zaman zaman gerçekleştiren katılımcıların, hiçbir zaman gerçekleştirilmeyen katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. SAÖ'ye göre baktığımızda düzenli egzersiz programını hiçbir zaman gerçekleştirilmeyen katılımcıların aldıkları puan ortalaması, her zaman gerçekleştiren katılımcılardan ileri düzeyde ($p<0,01$) anlamlı derecede düşük bulunmuştur. SAÖ ile SYBDÖ II ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 5'de gösterildiği gibi spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde puan ortalamaları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır ($r=0,403$; $p=0,000$). SAÖ ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır. SYBDÖ II ile kontrol merkezi arasında ilişki saptanmayıp, öz farkındalık, sağlığın önemi ve kesinlik alt boyutu arasında zayıf derecede pozitif ilişki saptanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Kişisel Özelliklerinin ve Sağlık Durumlarına Yönelik Olası Risk Faktörlerinin Dağılımı (N=305)

Özellikler	Sayı	Yüzde	Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Grupları (58,63±11,08 30-90 yaş aralığı)			Sigara Kullanımı		
45 yaş ve altı	37	12,1	Hiç kullanmamış	138	45,2
45-54 yaş	85	27,9	Bırakmış	21	6,9
55-64 yaş	99	32,5	Kullanıyor	146	47,9
65 yaş ve üzeri	84	27,5			
Cinsiyet			Alkol Kullanımı		
Kadın	112	36,7	Var	68	22,3
Erkek	193	63,3	Yok	237	77,7
Medeni Durum			KAH'lı Birinci Derece Yakın		
Evli	258	84,6	Var	152	49,8
Bekâr	47	15,4	Yok	153	50,2
Eğitim Durumu			En Çok Yaşanan Şikâyet		
Okur -yazar değil	26	8,6	Göğüs Ağrısı	152	49,8
İlköğretim	148	48,5	Yorgunluk	71	23,3
Lise	76	24,9	Nefes Darlığı	44	14,4
Üniversite	55	18,0	Çarpıntı	38	12,5
Çalışma Durumu			KAH Yaşam Biçimini		
Aktif	129	42,3	Değiştirdi	224	73,4
Aktif değil	60	19,7	Değiştirmede	81	26,6
Emekli	116	38,0			
Beden Kitle İndeksi			Düzenli Tetkik Kontrolü		
Zayıf	10	3,3	Yaptırım	180	59,0
Normal Kilolu	88	28,9	Yaptırmam	125	41,0
Fazla Kilolu	143	46,9			
Obez	64	21,0			
Diyabet			Yoğun Stres		
Var	86	28,2	Var	179	58,7
Yok	219	71,8	Yok	126	41,3
Hipertansiyon			Düzenli Doktor Kontrolü		
Var	115	37,7	Hiçbir zaman	56	18,4
Yok	190	62,3	Zaman zaman	69	22,6
			Her zaman	180	59,0
Hastalıkla İlgili Eğitim			Düzenli İlaç Kullanımı		
Aldım	87	28,5	Hiçbir zaman	38	12,5
Almadım	218	71,5	Zaman zaman	57	18,7
			Her zaman	210	68,9
Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi			Düzenli Diyet Programı		
Yeterli	169	55,4	Hiçbir zaman	72	23,6
Yetersiz	136	44,6	Zaman zaman	147	48,2
			Her zaman	86	28,2
Düzenli Egzersiz			Düzenli Yürüyüş		
Hiçbir zaman	118	38,7	Hiçbir zaman	82	26,9
Zaman zaman	113	37,0	Zaman zaman	136	44,6
Her zaman	74	24,3	Her zaman	87	28,5

Tablo 2. Katılımcıların SAÖ ve SYBDÖ II Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (N=305)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort.±S.S.	Min.-Max. Değerler	Cronbach alfa kat sayısı
Kontrol Merkezi	15,32±4,68	5-25	0,85
Öz Farkındalık	9,81±2,40	4-15	0,83
Sağlığın Önemi	11,33±2,44	5-15	0,83
Kesinlik	10,84±3,22	4-18	0,74
SAÖ	47,37±5,77	35-61	0,85
Sağlık Sorumluluğu	23,00±6,48	10-36	0,70
Fiziksel Aktivite	15,84±5,38	8-31	0,94
Beslenme	21,96±4,78	10-33	0,75
Manevi Gelişim	26,04±6,26	11-36	0,5
Kişilerarası İlişkiler	25,48±5,39	13-36	0,62
Stres Yönetimi	19,01±4,64	10-31	0,61
SYBDÖ II	131,36±26,71	63-198	0,60

Tablo 3. Katılımcıların Kişisel Özellikleri ile SAÖ ve SYBDÖ II'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=305)

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

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

Tablo 4. Katılımcıların Sağlık Durumlarına İlişkin Olası Risk Faktörleri ile SAÖ ve SYBDÖ II'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=305)

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

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

Tablo 5. SAÖ ile SYBDÖ II ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri (N=305)

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

^a: p<0,05 (istatistiksel olarak anlamlı korelasyon), ^b:p<0,001 (çok ileri düzeyde anlamlı korelasyon), ^c: p<0,01 (ileri düzeyde anlamlı korelasyon)

Tartışma

Koroner arter hastalarında yaş ve cinsiyet en önemli genetik risk faktörlerindedir. Koroner arter hastalığı insidansı ve prevalansı yaşla paralel olarak değişmektedir. Çalışmamızda hastaların yaş ortalaması (58±11) olup, Bayülgen ve Altıokun PKG uygulanmış hastalarda yaptıkları araştırmada (59±11), Ermiş ve arkadaşlarının koroner arter hastalarında yaptıkları araştırmada ise (57±10) olup yaş ortalamasının çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir (16,17). Araştırmamıza katılan erkeklerin sayısı (%63,3) kadınlardan (36,7) fazladır. Erkeklerde hastalığın daha fazla görülmesinin nedeni; erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara kullanması ve kadınlarda hastalığa karşı koruyucu etkisi bulunan östrojen hormonunun olmasıdır (18,19). Ayrıca erkeklerde fazla olan sigara kullanımı, sempatik sinir sistemini uyararak miyokarda giden oksijen miktarında azaltıcı etki yapmasıyla bireylerde KAH görülme riskini artırmaktadır ve çalışmamızda da sigara kullanan katılımcılar (%47,9) fazladır. Bir çalışmada miyokard enfarktüsü insidansı hiç sigara içmemiş bireylere kıyasla günde en az 20 adet sigara içen kadınlarda altı kat ve erkeklerde üç kat fazla bulunmuştur (20). Sağlık algısının düşük olmasını beklediğimiz erkek ve sigara kullanan katılımcıların SAÖ' ne göre bu ilişkiyi yansıtmadığı ve bu durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla daha yakın ilişkili olduğu saptanmıştır.

Beden kitle indeksinin yüksekliğinde ise vücutta aşırı yağ birikimi ve depolanması sonucu damarsal yapı bozulur ve bu durum koroner arter damarları içinde bir risk faktörü oluşturmaktadır. Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun 25-29,9 kg/m² arasında ve fazla kilolu (%46,9) olduğu, obez katılımcıların ise normal ve fazla

kilolu katılımcılara göre SAÖ' den ve SYBDÖ II' den aldıkları puan ortalamaları anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.

Kronik hastalıklar içerisinde en sık görülen, küresel bir halk sağlığı sorunu olan diyabet ve hipertansiyon, ateroskleroz oluşumuyla KAH' nın gelişiminde önemli bir risk faktörü olmakla birlikte çalışmamıza katılanların toplam %62,3'ü HT, %28,2'si DM hastasıdır. Amerikan Kalp Derneği tarafından majör risk faktörleri arasında alınan diyabet hastalığı, TEKHARF çalışmasına konu olmuş ve diyabetin gelecekte koroner kalp hastalığı artışına bağımsız bir biçimde 2,4 kat yükselteceği belirlenmiştir (21). Kronik hastalığı olan kişilerin, hastalık sürecini kontrol etmeleri için ciddi yaşam tarzı değişiklikleri yapmaları gerekmektedir. Bireylerin sağlığı algılaması, yaşam biçimi davranışları ve kişisel yeterliliği kronik hastalıkların etkili yönetimi için önemlidir. Yaptığımız çalışmada koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 131,36±26,71 olup, bu değerlerin ortalama puanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Literatürde de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin uygulandığı çeşitli gruplarla yapılan araştırmalar yer almaktadır. Bu araştırmalardan kalp hastalarında Küçükberber ve Özdişinin yaptığı çalışmada SYBDÖ II toplam puanı 127,45±20,51 olup, Bayülgen ve Altıok'un PKG uygulanmış hastalarda uyguladığı SYBDÖ II toplam puanı ise 136,55±25,30 bulunmuştur. Koroner arter hastalarında yapılan çalışmalarda ise SYBDÖ II toplam puanı Savaşan'ın yaptığı çalışmada 128±22, Kuru ve Piyalin yaptığı çalışmada ise 153,22±22,31 bulunmuştur (22,16,23,24).

Katılımcılardan sağlık önerilerine uyum sağlayan, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi yeterli olan ve bu konu da eğitim alan kişilerin SYBDÖ II göre toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Song ve ark. (25) miyokart enfarktüsü geçiren hastalara motivasyonu artırıcı eğitim programı düzenlemişler ve diyet yapma, fiziksel egzersiz davranışlarında önemli düzeltilmeler kaydetmişlerdir. Küçükberber'in (22) çalışmasında hastalıkları ile ilgili sağlık eğitimi alan kişilerin SYBDÖ II toplam puanından, eğitim almayanlara göre daha yüksek puan aldığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha çok benimsediği belirlenmiştir. Araştırmamızda hastaların sağlık durumlarına ilişkin olası risk faktörlerine bakıldığında kullanılan her iki ölçek için de daha yüksek puan ortalaması almanın öncelikle düzenli tetkik kontrolü yaptırmanın, kısmen de düzenli hekim kontrolü ve düzenli ilaç kullanımına özen göstermeyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Durna ve ark. (26) çalışmasında 0-3 ay içerisinde sağlık kontrolüne giden hastaların, 4-6 ay içinde veya şikayeti oldukça sağlık kontrolüne giden hastalara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Açıkgoz (27) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak, düzenli ilaç kullanan hastaların puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların SYBDÖ II'nden aldıkları en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun fiziksel aktivite (15,84±5,38), en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun ise manevi gelişim (26,04±6,26) olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda SYBDÖ II'ye göre 64 yaş üstü katılımcıların puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek bulunduğu ve yaş ilerledikçe fonksiyonel yetersizlikler, eşlik eden ek hastalıkların (%61) neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda sağlık algısı ile fiziksel aktivite ($r=0,275$; $p=0,000$) alt boyutları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Thanavaro ve ark. (28) çalışmamıza benzer şekilde, koroner arter hastalığı bulunan kadınların egzersiz alt grubundan en düşük puanı aldıkları, en yüksek puanı ise kişiler arası ilişkiler alt boyutundan aldıklarını saptamışlardır. Bayülgen ve Altıok'un (16) PKG uygulanan hastalarda yaptığı çalışmada ise araştırmamıza paralel olarak en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite (15,03±4,94) alt ölçeği olduğu görülmüştür. Düzenli egzersiz ve yürüyüş yapan katılımcıların SAÖ'ne göre sağlığı algılamasında, SYBDÖ II'ye göre de bunu davranış biçimi haline dönüştürmesinde paralellik bulunduğu, egzersiz yapmayanlara göre ise alınan puan ortalamalarında anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Yeşil ve Altıok (29) çalışmalarında PKG uygulanan hastaların çoğunluğunun fiziksel olarak aktif olduğu, en çok yürüme aktivitesini yaparak enerji harcadıklarını ve %56,7'sinin aktif, %20'sinin ise çok aktif oldukları saptanmıştır. Araştırmamızda bulmak istediğimiz sonuçlar doğrultusunda, düzenli diyet,

yürüyüş ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum gösteren bireylerin her iki ölçekte de daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların SAÖ' den aldıkları en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun sağlığın önemi (11,33±2,44) ve en düşük puan ortalamasına sahip alt boyutun kesinlik (10,84±3,22) olduğu saptanmıştır. SAÖ ile SYBDÖ II alt boyutları puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf ilişki vardır. Yani sağlık algısı arttıkça fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi artmaktadır. Katılımcılardaki sağlık algısının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği, fiziksel aktiviteyi desteklediği, yaşamındaki amaçlar, iyilik hali, iletişim ve stres yönetimini olumlu etkilediği, kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesini ve harekete geçirebilmesini olumlu katkı sağladığı saptanmıştır.

Sonuç

Araştırmamızın sonuçları doğrultusunda KAH gibi kronik bir hastalık tanısı alan bireylere yaşam tarzı değişiklikleri yönünde gerekli bilgilendirmeler yapılsa da bu motivasyonun hastayı hekim kontrolünde tutma ve ilaçlarını düzenli kullanma dışında etkin biçimde yönlendiremediği gerçeği çalışmamızda da elde edilen verilerle desteklenmektedir. Katılımcıların çoğunlukla egzersiz yaptığı fakat bunun düzenli olmadığı, KAH'nın yaşamlarını değiştirdiğini söylese de stres faktörleriyle etkin baş etme yöntemleri geliştiremedikleri ve hastalıklarına yönelik eğitim programlarına %71,5 oranında katılmadıkları göz önüne alınırsa, hastanede yattıkları süre içerisinde bu bilincin sağlık çalışanları tarafından gerekli eğitim ve danışmanlığın yapılmasıyla geliştirilmesi gerektiği sonucu çıkmıştır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). [Updated: 2018 Jun 9; Cited: 2017 May 17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>.
2. Onat A, Yüksel M, Köroğlu M, Gümrükçüoğlu A, Aydın M, Çakmak A. ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2013; 41(5):373-378. DOI:10.5543/tkda.2013.15853
3. Zaman MJ, Patel A, Jan S, Et Al. Socio-economic distribution of cardiovascular risk factors and knowledge in rural India. *Int J Epidemiol [IEA].* 2012 Oct; 41(5):1302-14. DOI: 10.1093/ije/dyr226
4. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi.* 2011; 18(3):147-154.
5. Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient*

- Educ Couns [PEC]. 2003 Oct; 51(2): 123-31. DOI: 10.1016/S0738-3991(02)00196-9
6. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life a randomised controlled trial. *J Clin Nurs [JCN]*. 2009 May; 18(9):1334-45. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02654.x.
 7. Eshah NF, Bond E. Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: an integrative literature review. *Int J Nurs Pract*. 2009 Jun; 15(3):131-9. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2009.01738.x.
 8. White S, Bissell P, Anderson C. Patients perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: implications for service development. *J Health Serv Res Policy*. 2010 Apr; 15(2):47-53. DOI: 10.1258/jhsrp.2009.009103
 9. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD et al. Third universal definition of myocardial infarction. *Circulation*. 2012 Aug; 126:2020-35. DOI: 10.1161/CIR.0b013e31826e1058
 10. Eski S, Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1999.
 11. Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21(1):63-77.
 12. Ünsar S, Et al. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 22(6):501-507.
 13. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık algısı ölçeğinin türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012; 32(1):47-53.
 14. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.
 15. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2008; 12(1):1-13.
 16. Bayülgen YM, Altok M. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Türk J Card Nur*. 2017; 8(16): 45-54 DOI:10.5543/khd.2017.28199
 17. Ermiş C, Demir I, Semiz E, Yalçinkaya S, Sancaktar O, Tüzüner FE, Değer N. Demographic and clinical features of coronary artery patients in the district of Antalya and comparison of them with Turkey's averages. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2001 Mar; 1(1):10-3.
 18. Yıldırım A. Postmenopozal Hormon Replasman Tedavisi ve Kardiyovasküler Sistem. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2010; 38(1):32-40.
 19. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 2011; 18(3):147-154.
 20. Njolstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Smoking, serum lipids, blood pressure, and sex differences in myocardial infarction. *Circulation*. 1996 Feb 1; 93(3): 450-6.
 21. Onat, editor. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [electronic resource]. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p.180.
 22. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011; 11:619- 26. DOI:10.5152/akd.2011.166
 23. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013; 4(1):1-6. DOI: 10.5505/phd.2013.07279
 24. Kuru N, Piyal B. Gülhane askeri tıp akademisi eğitim hastanesine başvuran koroner arter hastalığı tanımlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(3): 287-298. DOI:10.5455/pmb.1-1310111881
 25. Song R, Lee H. Managing health habits for myocardial infarction (MI) patients. *Int J Nurs Stud*. 2001 Aug; 38(4): 375-80. DOI: 10.1016/S0020-7489(00)00117-6
 26. Durna Z, Enç N, Can G. PTCA uygulanan hastalarda kardiyak risk faktörlerinin ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi [FNJN]*. 2000; 12(46): 5-18.
 27. Açıkgöz G. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2014.
 28. Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsavage G, Delicath T. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *App Nurs Res*. 2006 Aug;19(3): 149-55.DOI: 10.1016/j.apnr.2005.07.006
 29. Yeşil P, Altok M. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Türk J Card Nur*. 2012; 3(3): 39-48. DOI:10.5543/khd.2012.005.