

***KARDİOVASKÜLER HASTALIĞI OLAN HASTA VE HASTA YAKINLARINDA KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI**

THE RELATIONSHIP OF THE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS AND CARDIOVASCULAR DISEASE RISK FACTORS KNOWLEDGE LEVEL OF PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE AND THEIR RELATIVES

Gülsüm Nihal ÇÜRÜK¹, Sevda KORKUT BAYINDIR², Abdurrahman OĞUZHAN³

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir

²Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kayseri

³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

ÖZ

Bu çalışma kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışmaya Ocak 2014-Eylül 2014 tarihleri arasında kardiyovasküler hastalığı olan 126 hasta ve 109 hasta yakını katılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından tanıtıcı anket formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) kullanılarak toplanmıştır.

Çalışmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının KARRİF-BD toplam puan ortalamaları sırasıyla 18.7±4.1 ve 19.3±5.8, SYBD-II toplam puan ortalamaları ise 117.9±19.1 ve 119.7±23.2'dir. Hastalarda KARRİF-BD ile SYBDÖ-II ölçekleri arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0.551$, $p<0.01$); hasta yakınlarında ise KARRİF-BD ile SYBDÖ-II ölçekleri arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.398$, $p<0.01$). Hemşirelerin kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve yakınlarına kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konularında sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Kardiyovasküler hastalık risk faktörü; hasta; hasta yakını; sağlıklı yaşam biçimi; hemşirelik.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the relationship between the cardiovascular disease risk factors knowledge level and healthy life style behaviors of the patient with cardiovascular disease and their relatives. This descriptive study was conducted between January 2014 and September 2014 on 126 patients with cardiovascular disease and 109 relatives. Data were collected by the researcher using questionnaire form, Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRIF-KL) scale and Healthy Living Style Behaviors Scale-II (HLSBS-II). It has been determined that the total CARRIF-KL and HLSBS-II score average of patients and their relatives were 18.7±4.1, 19.3±5.8 and 117.9±19.1, 119.7±23.2, respectively. There was a positive, moderate, and statistically significant relationship ($r=0.551$, $p<0.01$) between the CARRIF-BD and the HLSBS-II scales of the patients and a positive, weak, and significant relationship ($r=0.398$, $p<0.01$) between KARRIF-BD and HLSBS-II scales of the patients' relatives. It is recommended that nurses be given education about cardiovascular disease risk factors, prevention and management to patients and their relatives.

Keywords: Cardiovascular disease risk factors; patient; relatives; healthy lifestyle behaviors; nursing.

*Bu çalışma 26-29 Mart 2015 tarihinde İstanbul'da düzenlenen 11. Uluslararası Kardiyoloji ve Kalp Cerrahisinde Yenilikler Kongresi'nde Sözel Bildiri olarak sunulmuştur.

Makale Geliş Tarihi : 06.03.2018
Makale Kabul Tarihi: 02.04.2018

Corresponding Author: Yrd. Doç. Dr. Gülsüm Nihal ÇÜRÜK
İzmir Ekonomi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir
E-mail: guleser38@gmail.com
Gsm: 0.505.5277083

GİRİŞ

Küresel bir sağlık sorunu olan kronik hastalıklar 2015 yılında gerçekleşen 56 milyon ölümün yüzde 70'inden sorumlu tutulmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre bu hastalıklar içinde kardiyovasküler hastalıklara (KVH) bağlı ölümler 17.7 milyon ölüm (%45) ile ilk sırada yer almaktadır (1). Ülkemizde de Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine göre ölüm nedenleri arasında ilk sırada dolaşım sistemi hastalıkları bulunmakta, dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin ise %40.5'i iskemik kalp hastalığından kaynaklanmaktadır (2).

Kardiyovasküler hastalıkların gerek görülme sıklığında gerekse ölüm oranlarında azalma sağlanabilmesi için öncelikle kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir (3). Kardiyovasküler risk faktörleri yaş, cinsiyet, aile öyküsü gibi kontrol edilemeyen risk faktörleri ve sigara, hareketsiz yaşam, aşırı kilo, hipertansiyon, sağlıksız diyet, hiperlipidemi ve diyabet gibi kontrol edilebilen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (3-6).

Kontrol edilebilen risk faktörlerine erken müdahale edilmesi KVH'ların gelişmesini önleyebilmekte veya ilerlemesini durdurabilmektedir (6,7). Erken müdahale için yaşam biçiminin ve davranışların değiştirilmesi önemlidir (7). Davranış değişikliğinin gerçekleşmesi için ise bireylerin KVH risk faktörleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları gereklidir (6,8,9). Çünkü yetersiz bilgi yetersiz motivasyona neden olacağı için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesini engelleyecektir (6,10,11). Yaşam biçimi değişiklikleri, bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının gelişmesini sağlayarak kardiyovasküler hastalıkların tekrarını ve hastalığa bağlı ölüm oranlarını azaltmaktadır (5,12,13).

Hemşireler sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin bilgi düzeylerini artırarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde önemli role sahiptir. Yapılan eğitimler ile farkındalık oluşturularak risk faktörleri azaltıldığında, bireylerin hem iş gücü kaybı hem de ölüm oranları azalacağı için risk faktörlerinin bilinmesi ve sağlıklı davranışlar geliştirilmesi önem taşımaktadır (5,9).

Bu araştırma KVH olan hastaların ve KVH için risk faktörü taşıyan hasta yakınlarının KVH'lar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı, kesitsel tipte yapılan bu çalışmaya Ocak 2014-Eylül 2014 tarihleri arasında KVH nedeniyle Erciyes Üniversitesi Mehmet-Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesine başvuran 126 hasta ve 109 hasta yakını ($n:235$) katılmıştır.

Araştırmanın verileri; tanıtıcı anket formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıttıcı Anket Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan formda bireylerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek vb) içeren 14 soru bulunmaktadır.

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD): Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörlerine ait bilgi düzeyini saptamak

amacıyla 2009 yılında Arıkan ve arkadaşları (11) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılarak geliştirilen ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. İlk dört maddesi KVH'ların özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü ile ilgili olan ölçeğin; 15 maddesi risk faktörlerini (5,6,9-12,14,18-20,23-25,27,28. maddeler), 9 maddesi de (7,8,13,15,16,17,21,22,26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlanmakta ve her doğru yanıtta 1 puan verilmektedir. 22 soru düz, 6 soru (11,12,16,17,24,26) ters yönde puanlanarak değerlendirilen ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28'dir. Puanlar yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronba alpha katsayısı 0.76 olup, bizim çalışmamızda 0.82 olarak bulunmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II): Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlıklı geliştiren davranışlarını ölçmek için Walker et al. tarafından 1996 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (14) tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47) olmak üzere altı alt boyutu bulunan ölçek toplam 52 maddeden oluşmaktadır. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde 4'lü likert olarak değerlendirilen ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup, genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçekten alınan en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Cronba alpha katsayısı 0.92 olup, bizim çalışmamızda 0.93 olarak bulunmuştur.

Veriler toplanmadan önce Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin, kurum ana bilim dalı başkanından sözlü izin ve örnekleme seçilen hastalardan yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş gönüllü olur alınmıştır.

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences) paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde değer (%), ortalama±standart sapma ($Ort\pm SS$) değerleri olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılımı histogram ve Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiş, varyansların homojenliğine Levene testi ile bakılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, bağımsız gruplarda t testi, korelasyon analizi ve tek yönlü varyans analizi (post-hoc: Tukey) kullanılmıştır. KARRİF-BD ile SYBD-II değerleri arasındaki ilişkilerin yönünü ve gücünü belirlemek için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Karşılaştırmalarda $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hasta ve hasta yakınlarının yaş ortalaması sırasıyla 59.7 ± 13.1 ve 44.3 ± 14.8 olarak tespit edilmiştir. Hastaların %57.1'inin erkek, %87.3'ünün evli, %58.7'sinin ilkökul mezunu, %73.8'inin orta gelirli olduğu ve %50.8'inin sigara içmediği; hasta yakınlarının ise %67.9'unun erkek, %80.7'sinin evli, %44.0'ının ilkökul mezunu, %58.7'sinin orta gelirli olduğu, %67.0'ının sigara içmediği saptanmıştır.

Hastaların %45.2'sinde koroner arter hastalığı, %38.9'unda akut koroner sendrom, %7.2'sinde kalp yetmezliği, %5.5'inde aritmi ve %3.2'sinde hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Hastaların %61.1'inin kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili bilgi sahibi olduğu ve bilgi sahibi olanların %57.2'sinin aldıkları bilgiyi yeterli bulduğu; hasta yakınlarının ise %67.8'inin kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili bilgi sahibi olduğu ve bilgi sahibi olanların %50.0'mının aldıkları bilgiyi yeterli gördüğü saptanmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının KARRİF-BD toplam puan ortalamaları sırasıyla 18.7±4.1 ve 19.3±5.8, SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları ise 117.9±19.1 ve 119.7±23.2'dir. SYBDÖ-II ölçeği alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında hem hasta hem de hasta yakınlarının en yüksek ortalamayı manevi gelişim alt boyutundan, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

Hastalarda KARRİF-BD ile SYBDÖ-II ölçekleri arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.551$, $p<0.01$) (Tablo 2) (Grafik I). Hastaların KARRİF-BD ile SYBDÖ-II ölçeği alt gruplarından; sağlık sorumluluğu ($r=0.484$, $p<0.01$), fiziksel aktivite ($r=0.381$, $p<0.05$), beslenme ($r=0.374$, $p<0.01$), kişilerarası ilişkiler ($r=0.321$, $p<0.01$) ve stres yönetimi ($r=0.495$, $p<0.01$) arasında pozitif yönlü, zayıf, anlamlı bir ilişki, manevi gelişim ($r=0.513$, $p<0.01$) arasında ise pozitif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 2).

Hasta yakınlarında KARRİF-BD ile SYBDÖ-II ölçekleri arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0.398$, $p<0.01$) (Tablo 3) (Grafik II). Hasta yakınlarının KARRİF-BD ile SYBDÖ-II ölçeği alt gruplarından; sağlık sorumluluğu ($r=0.395$, $p<0.01$), beslenme ($r=0.343$, $p<0.01$),

Tablo 1. Hasta ve Hasta Yakınlarının KARRİF-BD ile SYBDÖ-II Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ölçek Min-Max	Hasta (n:126)		Hasta Yakını (n:109)		p
		Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	
KARRİF-BD*	0-28	5-26	18.7±4.1	4-27	19.3±5.8	0.28
SYBDÖ-II**	52-208	73-167	117.9±19.1	64-181	119.7±23.2	0.53
Sağlık Sorumluluğu	9-36	9-26	17.6±3.5	10-32	19.0±5.0	0.01
Fiziksel Aktivite	8-32	8-28	12.8±5.4	8-28	14.2±5.5	0.05
Beslenme	9-36	10-27	16.5±3.4	10-29	18.2±4.4	0.00
Manevi Gelişim	9-36	14-36	27.1±4.5	12-35	25.9±5.2	0.07
Kişilerarası İlişkiler	9-36	12-34	25.0±4.3	12-34	23.4±5.1	0.01
Stres Yönetimi	8-32	10-29	18.7±3.7	9-28	18.7±3.9	0.97

*KARRİF-BD: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi

**SYBDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Tablo 2. Hastaların KARRİF-BD ve SYBDÖ-II Ölçek Puanlarının Korelasyonu

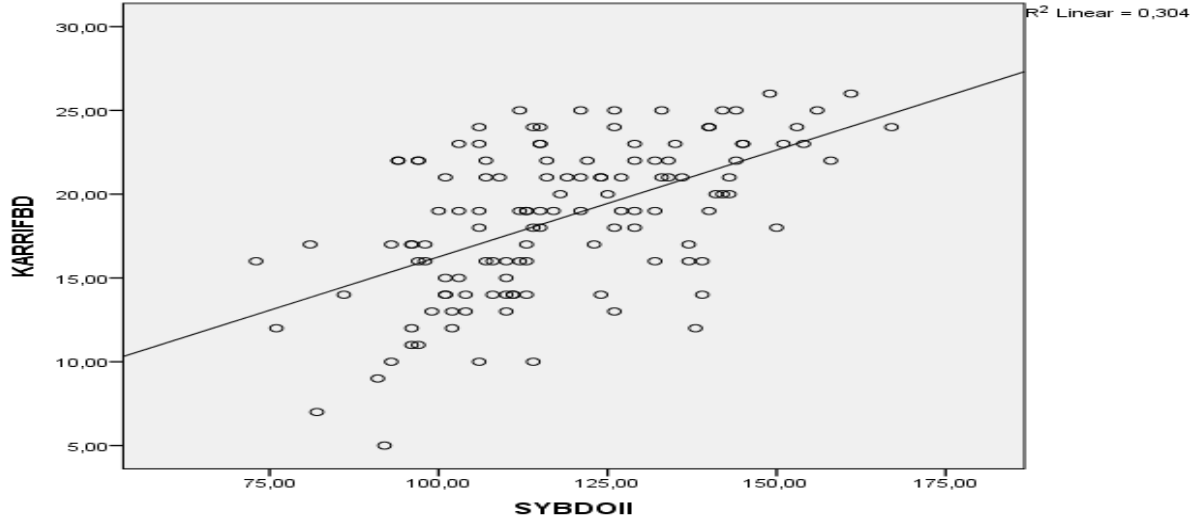
	1	2	3	4	5	6	7	8
KARRİF-BD	-							
SYBDÖ-II Toplam	0.551**	-						
Sağlık Sorumluluğu	0.484**	0.808**	-					
Fiziksel Aktivite	0.381*	0.749**	0.495**	-				
Beslenme	0.374**	0.640**	0.573**	0.460**	-			
Manevi Gelişim	0.513**	0.851**	0.623**	0.491**	0.353**	-		
Kişilerarası İlişkiler	0.321**	0.714**	0.487**	0.278**	0.273**	0.701**	-	
Stres Yönetimi	0.495**	0.857**	0.658**	0.608**	0.426**	0.735**	0.550*	-

*

1. KARRİF-BD, 2. SYBDÖ-II Toplam, 3. Sağlık Sorumluluğu, 4. Fiziksel Aktivite, 5. Beslenme 6. Manevi Gelişim, 7. Kişiler arası İlişkiler, 8. Stres Yönetimi

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Grafik I. Hastaların KARRİF-BD ve SYBDÖ-II Ölçek Puanlarının Korelasyonu



manevi gelişim ($r=0.302$, $p<0.01$), kişilerarası ilişkiler ($r=0.299$, $p<0.01$) ve stres yönetimi ($r=0.324$, $p<0.01$) arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki ve fiziksel aktivite ($r=0.244$, $p<0.01$) arasında ise pozitif yönlü, çok zayıf, anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 3). Hastalardan evli olanların, kardiyovasküler hastalıklar ile ilgili aldığı bilgiyi yeterli bulanların, gelir düzeyi iyi olanların KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları ve

Tablo 3. Hasta Yakınlarının KARRİF-BD ve SYBDÖ-II Ölçek Puanlarının Korelasyonu

	1	2	3	4	5	6	7	8
KARRİF-BD	-							
SYBDÖ-II Toplam	0.398**	-						
Sağlık Sorumluluğu	0.395**	0.864**	-					
Fiziksel Aktivite	0.244**	0.776**	0.747**	-				
Beslenme	0.343**	0.797**	0.788**	0.728**	-			
Manevi Gelişim	0.302**	0.725**	0.429**	0.313**	0.312**	-		
Kişilerarası İlişkiler	0.299**	0.772**	0.529**	0.339**	0.479**	0.677**	-	
Stres Yönetimi	0.324**	0.838**	0.621**	0.536**	0.504**	0.734**	0.658**	-

1. KARRİF-BD, 2. SYBDÖ-II Toplam, 3. Sağlık Sorumluluğu, 4. Fiziksel Aktivite, 5. Beslenme 6. Manevi Gelişim, 7. Kişilerarası İlişkiler, 8. Stres Yönetimi

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

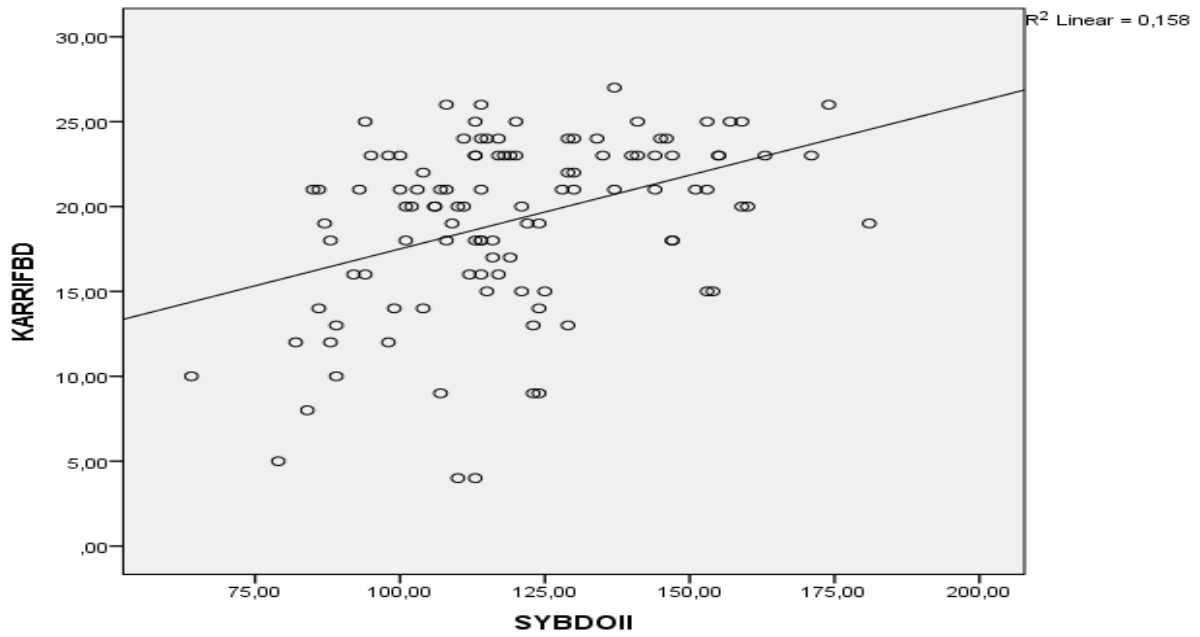
SYBDÖ-II ölçeği toplam puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.01$). Ayrıca evli olanların ve aldığı bilgiyi yeterli bulanların kişilerarası ilişkiler hariç SYBDÖ-II ölçeği diğer alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.01$) (Tablo 4). Hasta yakınlarının demografik özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde ise; KARRİF-BD ölçeği ve SYBDÖ-II ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde veya gelişen hastalık sonrası dönemde kardiyak risk faktörlerini kontrol altına alabilmek ve hastalığın daha iyi bir prognoz sergilemesini sağlamak için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi önemlidir. Bunun için bireylerin kendi durumlarının ve risk faktörlerinin farkında olması gerekir (15). Çalışmamızda hasta ve hasta

yakınlarının KARRİF-BD ölçeği toplam puan ortalamaları sırasıyla 18.7 ± 4.1 ve 19.3 ± 5.8 ; SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları ise sırasıyla 117.9 ± 19.1 ve 119.7 ± 23.2 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde KARRİF-BD ölçeği puan ortalamalarını; Bayülgen ve arkadaşları (16) perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda 20.98 ± 4.10 , Uçar ve Arslan (17) yetişkin bireylerde 20.21 ± 4.39 , Arıkan ve arkadaşları (11) yetişkin bireylerde 19.3 ± 3.2 , Paslı Gürdoğan ve arkadaşları (18) Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde 17.86 ± 2.83 , Uysal ve arkadaşları (19)

Grafik II. Hasta Yakınlarının KARRİF-BD ve SYBDÖ-II Ölçek Puanlarının Korelasyonu



hemşirelik öğrencilerinde 21.8 ± 4.37 , edebiyat fakültesi öğrencilerinde 17.1 ± 4.37 , Badır ve arkadaşları (20) hemşirelik öğrencilerinde 22.47 ± 3.38 , Karakoç Kumsar ve arkadaşları (21) hemşirelik öğrencilerinde 19.08 ± 6.05 olarak saptamışlardır. Çalışmamızdan farklı şekilde Tan ve arkadaşları (22) çalışmasında kırsal kesimde yaşayan kadınlarda KARRİF-BD ölçeği puan ortalamasının 13.05 ± 6.93 olduğunu bildirmiştir. Tan ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamız ve diğer çalışmalardan farklı olarak elde edilen düşük ortalama çalışmanın kırsal kesimde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir. KARRİF-BD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 28 olduğu göz önünde bulundurulacak olursa çalışmamızda hem hasta hem de hasta yakınlarının ortalamasının üzerinde puan aldığı görülmektedir. Çalışmamızda bulduğumuz sonuç hasta ve hasta yakınlarının sağlıklarını önemsediklerini düşündürmektedir. Çalışmamızda *gelir düzeyi yüksek* olan hastalar ile *aldığı bilgiyi yeterli bulan* hasta ve hasta yakınlarının KARRİF-BD ölçeği puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Aminde ve arkadaşlarının (23) çalışmasında da aylık gelir düzeyi yüksek olanların KVH konusundaki bilgilerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar sosyo-ekonomik düzeyin kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyini arttırmada önemli olduğunu göstermektedir. Bulgumuz KVH'ların önlenmesi adına verilecek eğitimlerde özellikle düşük sosyo ekonomik düzeye sahip bireyleri hedefe almanın önemli olduğunu düşündürmektedir. Literatürde kardiyovasküler hastalık geçiren bireylerin koroner risk faktörleri tanınmasının yetersiz olduğu, bu riskleri azaltmak için hastaların düzenli ve yeterli eğitim almalarının önemli olduğu bildirilmektedir. Hasta ve ailesine verilen bilgi, ihtiyacı karşılayacak düzeyde olmalıdır (24). Bu bağlamda çalışmamızda hastalık konusunda aldığı bilgiyi yeterli bulan hasta ve hasta yakınlarının

KARRİF-BD ölçeği puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olmasının beklendiği bir bulgu olduğunu söyleyebiliriz.

Kardiyovasküler hastalıklardan korunmada en etkili yol sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmak ve bu davranışları sürdürmektir (5,11,25). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi için ise risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmak bir ön şart olarak tanımlanmıştır (5). Yaşam biçimi ve davranışlarını değiştirmekte yetersiz bilgi, yetersiz motivasyona neden olmaktadır (11). Yapılan çalışmalarda kardiyak risk faktörleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olan hastaların yaşam biçimi değişikliklerine daha iyi uyum sağladığı ve daha iyi sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilediği bildirilmektedir (26-28). Bu çalışmaları destekler şekilde çalışmamızda da hastaların KARRİF-BD ölçeği puanı ile SYBDÖ-II ölçeği toplamı ve ölçeğin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bulgularımızdan farklı olarak Bayülgen ve Altıok (16) tarafından yapılan çalışmada perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda KARRİF-BD ölçeği puanı ile SYBDÖ-II ölçeği toplamı ve bu ölçeğin alt boyutları arasında ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Karakoç Kumsar ve arkadaşlarının (21) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada da KARRİF-BD ölçeği puanı ile SYBDÖ-II ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda hastaların ve hasta yakınlarının SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları sırasıyla 117.9 ± 19.1 ve 119.7 ± 23.2 olup, hasta ve hasta yakınlarının en yüksek puanı manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt boyutlarından aldıkları saptanmıştır. Çalışmamızda hasta ve hasta yakınlarının SYBDÖ-II puan ortalaması ortalama puanın üzerinde olup bu bulgu çalışmamıza katılan bireylerin genel olarak

Tablo 4. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre KARRIF-BD ile SYBDÖ-II Plan Ortalamaları

Özellikler	KARRIF-BD Ortalama	SYBDÖ-II Ortalama	Sağlık Sorumluluğu Ortalama	Fiziksel Aktivite Ortalama	Beslenme Ortalama	Manevî Gelişim Ortalama	Kişilerarası İlişkiler Ortalama	Stres Yönetimi Ortalama
Çinsiyet								
Kadın	17,88±4,75	117,31±19,93	18,09±4,07	11,62±4,62	16,64±3,73	26,44±5,25	26,00±4,22	18,50±3,95
Erkek	19,05±4,20	118,50±18,96	17,38±3,02	13,72±5,80	16,52±3,28	27,63±3,90	24,26±4,41	18,95±3,54
<i>p</i>	0,14	0,73	0,28	0,03	0,84	0,16	0,02	0,49
Medeni Durum								
Evlü	18,99±4,39	120,03±19,19	18,09±3,39	13,32±5,56	16,91±3,48	27,54±3,34	25,12±4,42	19,02±3,71
Bekar	16,25±4,43	103,93±13,74	14,93±3,19	9,37±2,09	14,25±2,32	24,25±5,01	24,18±4,23	16,93±3,25
<i>p</i>	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	0,03
Eğitim Durumu								
Okur-yazar olmayan	17,26±5,73	115,86±22,19	17,86±4,29	12,13±4,99 ^{ab}	16,53±4,74	25,40±6,02 ^a	26,33±4,22	17,60±3,52 ^{ab}
Okur-yazar	17,50±3,53	111,11±14,32	16,94±3,11	10,33±3,58 ^a	16,44±2,33	26,16±3,91 ^{ab}	24,05±3,31	17,16±2,83 ^a
İlköğretim	18,66±4,16	117,91±19,52	17,59±3,28	12,98±5,67 ^{ab}	16,60±3,36	27,12±4,39 ^{ab}	24,64±4,51	18,95±3,78 ^{ab}
Lise ve üstü	20,15±5,05	126,47±18,47	18,63±4,13	15,10±5,36 ^b	16,63±3,86	29,42±3,71 ^b	26,26±4,80	20,42±3,73 ^b
<i>p</i>	0,19	0,10	0,52	0,05	0,99	0,04	0,23	0,03
Gelir Durumu								
İyi	20,34±5,34	125,53±23,08	18,80±3,33	14,42±6,04	16,38±3,76	29,50±4,59	26,38±4,33	20,03±4,44
Orta/Kötü	18,09±4,11	116,03±17,82	17,40±3,39	12,41±5,18	16,63±3,40	26,51±4,40	24,65±4,07	18,43±3,45
<i>p</i>	0,02	0,05	0,06	0,09	0,74	0,00	0,07	0,04
Sigara İçme Durumu								
İçen	17,71±5,20	115,04±20,40	17,00±2,88	13,47±5,55 ^{ab}	15,66±3,33	26,71±4,83	23,76±4,60	18,42±3,82
İçmeyen	18,29±4,30	116,64±18,32	17,75±3,88	11,71±4,80 ^a	16,39±3,72	26,70±4,63	25,59±3,97	18,48±3,36
Bırakmış	19,39±4,30	121,60±20,19	17,93±3,23	14,21±5,96 ^b	17,34±3,01	28,00±4,24	24,73±4,84	19,36±4,18
<i>p</i>	0,30	0,32	0,59	0,05	0,16	0,32	0,22	0,45
Kardiyovasküler Hastalıklar ile İlgili Bilgi Alma Durumu								
Bilgi alan	18,87±4,35	121,28±18,97	18,22±3,37	13,53±5,53	17,00±3,09	27,75±4,20	25,35±4,45	19,42±3,84
Bilgi almayan	18,06±4,64	112,81±18,88	16,85±3,60	11,71±5,06	15,91±3,92	26,14±4,92	24,46±4,30	17,71±3,27
<i>p</i>	0,32	0,01	0,03	0,06	0,08	0,05	0,27	0,01
Alman Bilginin Yeterli Görme Durumu								
Yeterli	19,70±4,42	127,86±19,89	18,88±3,40	15,56±5,90	17,79±3,24	28,95±4,04	25,97±4,99	20,68±3,98
Yetersiz	17,75±4,06	112,51±13,57	17,33±3,17	10,81±3,53	15,93±2,57	26,15±3,93	24,51±3,51	17,75±2,96
<i>p</i>	0,05	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00

* Aynı harfler farkın olmadığını, farklı harfler ise farkın olduğunu göstermektedir.

sağlığı geliştirme davranışlarını yaşam biçimine aktardıklarını göstermektedir. Karakoç Kumsar ve arkadaşlarının (21) hemşirelik öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin SYBDÖ-II puan ortalamasının 136.48 ± 17.90 olduğu, en yüksek puanı manevi gelişim, en düşük puanı ise fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları saptanmıştır. Bayülgen ve Altıok (16) tarafından yapılan çalışmada perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda SYBDÖ-II puan ortalamasının 136.55 ± 25.30 olduğu, en yüksek puanın manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler, en düşük puanın ise fiziksel aktivite alt boyutundan alındığı tespit edilmiştir. Akgün Şahin ve Biçer (29) tarafından yapılan çalışmada ise hipertansiyon hastalarının SYBDÖ-II puan ortalaması 108.52 ± 5.45 olarak saptanmış olup, en yüksek puan kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite alt boyutundan alınmıştır. Küçükberber ve arkadaşlarının (30) çalışmasında kalp hastalarının SYBDÖ-II puan ortalaması 127.45 ± 20.51 olup, en yüksek puan kişilerarası ilişkiler, en düşük puan fiziksel aktivite alt boyutunda, Thanavaro ve arkadaşlarının çalışmasında da (31) çalışmamıza benzer şekilde koroner arter hastalığı bulunan kadınların SYBDÖ-II puan ortalaması 136.4 ± 24.2 olup fiziksel aktivite alt boyutundan en düşük puanı aldıkları, en yüksek puanı ise kişiler arası ilişkiler alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Savaşan ve arkadaşlarının (32) yaptığı çalışmada koroner arter hastalarında SYBD toplam puan ortalaması 128 ± 22 olarak bulunmuş, en yüksek puanın manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler, en düşük puanın ise fiziksel aktivite alt boyutundan alındığı tespit edilmiştir. Fiziksel inaktivitenin KVH riskini arttırdığı, fiziksel olarak aktif olmanın ise; kan basıncı, kolesterol düzeyini düşürme, kilo kontrolünü sağlama ve DM'nin kontrol altına alınmasını sağlama gibi etkileriyle KVH riskini önemli düzeyde azalttığı literatürde vurgulanmaktadır (16). Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology-ESC) 2016 yılında yayınladığı kılavuzda kardiyovasküler hastalıklardan korunmada haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir (33). Ancak gerek bizim çalışmamızda gerekse konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda bireylerin en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutunda tespit edilmesi toplumların fiziksel aktivite alışkanlığının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak çalışmamızda hem hasta hem de hasta yakınlarının kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri ve fiziksel aktivite dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortalama değerinde olduğu, risk faktörleri konusunda bilgi düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileme oranının da arttığı belirlenmiştir. Hemşirelerin topluma özellikle de öncelikli olarak risk altındaki bireylere kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri, önlenmesi ve yönetimi konularında sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetinin önemli olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca bireylerin olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının desteklenmesi, yetersiz olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında ise bireyleri teşvik eden girişimlerin planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Who World Health statistics 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1>. (Erişim Tarihi: 03.03.2018).
2. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>. (Erişim Tarihi: 03.07.2017).
3. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2011; 39:1-5.
4. WHO. The atlas of heart diseases and stroke. www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/. (Erişim Tarihi: 04.03.2018).
5. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 2:18-27.
6. Homko CJ, Santamore WP, Zamora L, et al. Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23:332-337.
7. Eriksson MK, Franks PW, Eliasson M. A 3-year randomized trial of lifestyle intervention for cardiovascular risk reduction in the primary care setting: The Swedish Björknäs study. *PLoS One* 2009; 4:1-15.
8. Tchicaya A, Lorentz N, Demarest S, Beissel J. Persistence of socioeconomic inequalities in the knowledge of cardiovascular risk factors five years after coronary angiography. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018; 17:136-147.
9. Fernandez RS, Salamonson Y, Griffiths R, et al. Awareness of risk factors for coronary heart disease following interventional cardiology procedures: A key concern for nursing practice. *Int J Nurs Pract* 2008; 14:435-442.
10. Parker DR, Assaf AR. Community interventions for cardiovascular disease. *Prim Care* 2005; 32:865-881.
11. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009; 37:35-40.
12. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil korunma davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011; 19:135-144.
13. İrmak Z, Fesci H. Akut miyokard infarktüsünde sekonder koruma. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 12:84-96.
14. 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; 12:1-13.
15. Sevinç S. Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016; 7:147-152.
16. Yeşil Bayülgen M, Altıok M. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler.

- Journal of Cardiovascular Nursing 2017; 8:45-54.
17. Uçar A, Arslan S. Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017; 8:121-130.
 18. Pahlı Gürdoğan E, Kurt S, Ünsar S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri. *Euras J Fam Med* 2014; 3:79-84.
 19. Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. Awareness about preventable cardiovascular risk factors of students attending Faculties of Nursing and Literature. *Anadolu Kardiyol Derg* 2013; 13:728-731.
 20. Badır A, Tekkas K, Topcu S. Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2015; 14:441-449.
 21. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F, Altınbas Akkaş Ö. The effect of cardiovascular risk factors knowledge level on healthy life style behaviors and related factors in nursing students. *International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS)* 2015; 4:47-60.
 22. Tan M, Dayapoğlu N, Akgün Şahin Z, Cürcan M, Polat H. Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2:331-341.
 23. Aminde LN, Takah N, Ngwasiri C, et al. Population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon. *BMC Public Health* 2017; 17:1-10.
 24. Irmak Z, Fesli H. Sekonder koruma eğitim programının miyokard infarktüsü geçiren hastaların bilgi düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 12:14-25.
 25. Rankin P, Morton DP, Diehl H, et al. Effectiveness of a volunteer-delivered lifestyle modification program for reducing cardiovascular disease risk factors. *Am J Cardiol* 2012; 109:82-86.
 26. Alm-Roijer C, Stagmo M, Uden G, Erhardt L. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2004; 3:321-330.
 27. Potvin L, Richard L, Edwards AC. Knowledge of cardiovascular disease risk factors among the Canadian population: Relationships with indicators of socioeconomic status. *Canadian Medical Association Journal* 2000; 162:5-11.
 28. Andersson P, Leppert J. Men of low socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Risk* 2001; 8:371-377.
 29. Akgün Şahin Z, Biçer N. Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *MN Kardiyoloji* 2015; 22:180-185.
 30. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011; 11:619-626.
 31. 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; 19:149-155.
 32. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4:1-6.
 33. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis* 2016; 252:207-274.