T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Süheyla KARAKAYA

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EYLÜL/2025

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE BİLGİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Süheyla KARAKAYA

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EYLÜL/2025

TEZ KABUL ONAYI

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Süheyla KARAKAYA
Tez Savunma Tarihi
17.09.2025

ÖZET

Koroner Arter Hastalığına Sahip Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışmada, koroner arter hastalığına sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanan bu çalışma, 1 Mart 2024 – 08 Ağustos 2024 tarihleri arasında, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi preoperatif ve postoperatif servislerinde koroner arter hastalığı tanısıyla yatan 298 birey ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı ve tıbbi özelliklere ilişkin veri toplama formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II), Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 (KAHEA-2) kullanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, Student-t testi, Tek yönlü varyans analizi, Spearman korelasyon analizi ve Linear regresyon analizi, Bonferroni post-hoc testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 60,99±9,17 bulunmuştur. SYBDÖ-II'nin toplam puan ortalaması 120,72±21,91; KAHEA-2 toplam puan ortalaması 24,54±13,09 olarak bulunmuştur. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde, bilgi düzeylerinin ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Ölçek alt boyutları arasında en güçlü ilişkinin fiziksel aktivite ve egzersiz boyutlarında ortaya çıktığı, bunun da bilgi düzeyinin artışıyla yaşam biçimi davranışlarının gelişimini desteklediği gözlemlenmiştir. Korelasyon analizinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bilgi düzeyi arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,665$; $p<0,001$). Özellikle fiziksel aktivite, tıbbi durum bilgisi ve egzersiz alt boyutlarında güçlü ilişkiler saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmaya katılan bireylerin genel bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, bilgi düzeyindeki artışın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını anlamlı biçimde artırdığı saptanmıştır. Bu nedenle, koroner arter hastalığı olan bireylere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde özellikle fiziksel

aktivite, egzersiz, tıbbi durum bilgisi ve psikososyal risklerin yönetimine öncelik verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, Hemşirelik Eğitimi, Koroner Arter Hastalığı, Sağlıklı Yaşam Tarzı

ABSTRACT

Examination of Healthy Lifestyle Behaviors and Knowledge Levels of Individuals with Coronary Artery Disease

Objective: This study aimed to examine the healthy lifestyle behaviors and disease-related knowledge levels of individuals with coronary artery disease.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted between March 1, 2024, and August 8, 2024, in the preoperative and postoperative units of the Cardiovascular Surgery Department at Gülhane Training and Research Hospital. The study sample consisted of 298 inpatients diagnosed with coronary artery disease. Data were collected using the "Descriptive and Clinical Characteristics Data Collection Form" developed by the researchers, the "Healty Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS-II)" and the "Coronary Artery Disease Education Questionnaire-2 (CADEQ-2)." Data were analyzed using descriptive statistical methods, Student's t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Spearman correlation analysis, linear regression analysis, and Bonferroni post-hoc tests.

Results: The mean age of the participants was 60.99±9.17 years. The mean total score of the HLBS-II was 120.72±21.91, and the mean total score of the CADEQ-2 was 24.54±13.09. Participants demonstrated a moderate level of healthy lifestyle behaviors and a low level of disease-related knowledge. It was observed that the strongest correlation among the subdimensions of the scales emerged in the physical activity and exercise dimensions, which supported the development of healthy lifestyle behaviors through the increase in knowledge level. Correlation analysis revealed a positive and moderate relationship between healthy lifestyle behaviors and knowledge levels ($r=0.665$; $p<0.001$). Strong correlations were particularly identified in the subdimensions of physical activity, medical condition knowledge, and exercise.

Conclusion: It was determined that the participants had insufficient overall levels of disease-related knowledge. However, an increase in knowledge level was found to significantly enhance health-promoting lifestyle behaviors. Therefore, it is recommended that educational and counseling services for individuals with coronary artery disease prioritize physical activity, exercise, medical condition knowledge, and the management of psychosocial risks.

Keywords: Knowledge, Nursing Education, Coronary Artery Disease, Healthy Lifestyle

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve görüşleriyle bana her zaman katkıda bulunan, kıymetli zamanını bana ayırarak karşıma çıkan her zorlukta bana rehberlik eden, tezimle ilgili herhangi bir konuda benden desteğini esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ'a,

Akademik gelişimime katkı sağlayan ve her zaman motive edici konuşmalarıyla bana destek veren kıymetli hocalarım Prof. Dr.İlknur ÇINAR, Dr. Öğr. Üyesi Emine ÖZER KÜÇÜK ve Dr. Öğr. Üyesi Betülay KILIÇ'a,

Tez savunma jürimde bulunan ve değerli katkılarıyla çalışmama destek veren hocam Prof. Dr. İmatullah AKYAR'a,

Hayatımın her alanında ve yüksek lisans eğitimim süresince, desteklerini ve anlayışlarını esirgemeyen sevgili aileme, özellikle de canım kardeşim Sudenaz KARAKAYA'ya

Her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen değerli arkadaşım Gizem Alkılınç'a ve eşi İsmail Alkılınç'a

Çalışma hayatımda benden desteklerini ve anlayışlarını esirgemeyen, meslek etiği anlamında rol model olarak gördüğüm Mine Yüksel ve Dürdane Şenol'a,

Sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Süheyla KARAKAYA

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
İÇİNDEKİLER ..... **ix**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
KISALTMALAR ..... **xii**
1.GİRİŞ VE AMAÇ **1**
1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ 1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 3
1.3.ARAŞTIRMA SORULARI 3
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. KORONER ARTER HASTALIĞI 5
2.1.1. Tanım 5
2.1.2. Epidemiyoloji 5
2.1.3. Fizyopatoloji 5
2.1.4. Risk Faktörleri 6
2.1.5. Sınıflandırılması 8
2.1.6. Belirti ve Bulgular 9
2.1.7. Tanı Yöntemleri 10
2.1.8. Tedavisi 10
2.2. KORONER ARTER HASTALIKLARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI 11
2.3. KORONER ARTER HASTALIKLARINDA HASTALIK BİLGİ DÜZEYİNİN ÖNEMİ 12
2.4. KORONER ARTER HASTALIKLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ 13
3. GEREÇ VE YÖNTEM **15**
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI 15
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI 15
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ 15
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 16
3.4.1.Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (EK-1) 16

3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (EK-2).....17
3.4.3. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 (EK-3).....17
3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI..... 18
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ..... 19
3.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI..... 19
3.8. ÇIKAR ÇATIŞMASI..... 19
3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ..... 19
4. BULGULAR..... 21
5.TARTIŞMA..... 35
5.1. KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ TARTIŞILMASI..... 35
5.2. KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİ İLE HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI..... 40
5.3. KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE BİLGİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLŞKİNİN TARTIŞILMASI..... 43
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER..... 47
6.1. SONUÇLAR..... 47
6.2. ÖNERİLER..... 48
7. KAYNAKÇA..... 51
8. EKLER..... 67
EK- 1: Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu 67
EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II).....69
EK 3 -Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 71
EK-4: BADEK/ EPK İzni 79
EK-5 : Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu 81
EK-6: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ 82
EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU 84
ÖZGEÇMİŞ..... 87

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Kanada Kardiyovasküler Cemiyetinin Anjina Ciddiyeti Sınıflandırılması 9

Tablo 3.1. Ölçekler için normallik incelemesi (N=298) 20

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=298)..... 22

Tablo 4.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=298)..... 23

Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2'nin Alt Boyutları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=298) 24

Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (N=298)..... 25

Tablo 4.5. Bireylerin Tıbbi Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (N=298) 27

Tablo 4.6 Bireylerin Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2'den Aldıkları Puana Göre Bilgi Düzeyi Sınıflandırılması (N=298) 30

Tablo 4.7. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II İlişkisi ..... .31

Tablo 4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi 32

KISALTMALAR

KAH : Koroner Arter Hastalığı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DALY : (Disability-Adjusted Life Year) Engelliliğe Uyarlanmış Yaşam Yılı

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

KAHEA-2 : Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2

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

TEKHARF **:** Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

SS **:** Standart Sapma

Ort **:** Ortalama

ß **:** Regresyon Katsayısı

R^2 **:** Belirleyicilik Katsayısı

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ

Koroner arter hastalığı (KAH), kardiyovasküler sistem hastalıkları içerisinde en yaygın görülen hastalıktır. Miyokardın oksijen ve besin ihtiyacını karşılayan koroner arterlerdeki kan akışının azalması ya da tamamen kesilmesiyle ortaya çıkmaktadır. Hastalığın en sık görülen nedeni aterosklerotik plak oluşumudur. Klinik açıdan değerlendirildiğinde, KAH genellikle kararlı anjina pektoris, kararsız anjina pektoris ve miyokard infarktüsü (Mİ) gibi tablolarla kendini göstermektedir (1).

KAH, ülkemizde olduğu gibi dünyada da önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2021 yılı verilerine göre, dünya genelindeki başlıca ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalığı ilk sırada yer almakta olup, küresel çapta gerçekleşen 68 milyon ölümün yaklaşık %13'ü bu hastalıktan kaynaklanmaktadır (2). Türkiye'de 2023 yılı verilerine göre, ölüm nedenleri arasında dolaşım sistemi hastalıkları %33,4 ile ilk sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler alt gruplarına göre incelendiğinde ise, bu ölümlerin %42,4'ünün iskemik kalp hastalıklarından kaynaklandığı belirlenmiştir (3). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının verilerine göre Türkiye'de 26 yılda meydana gelen tüm ölümlerin %42'sinden KAH sorumludur ve erkek bireyler kadınlara göre daha fazla risk altındadır (4).

KAH'ın insidansını azaltmak ve hastalığa bağlı mortalite oranlarını düşürmek için öncelikle risk faktörlerinin etkin bir şekilde kontrol altına alınması gerekmektedir (5). Bu risk faktörleri; ırk, yaş, cinsiyet ve aile öyküsü gibi kontrol edilemeyen faktörler ile sigara kullanımı, hareketsiz yaşam tarzı, stres, obezite, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi kontrol edilebilen faktörler olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır (5–8). Kontrol altına alınabilir KAH risk faktörlerine yönelik erken dönem müdahaleler, hastalığın ortaya çıkmasını önleyebileceği gibi, mevcut hastalığın ilerlemesini de yavaşlatabilmektedir. Bu tür müdahalelerin etkin olabilmesi için, bireylerin yaşam tarzlarında ve davranışlarında değişiklik yapmaları

büyük önem taşımaktadır. DSÖ, tüm kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin dörtte üçünden fazlasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesiyle önlenebileceğini ve bu sayede bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı ölçüde arttırılabileceğini vurgulamaktadır (2). Ancak bu davranış değişikliklerinin sürdürülebilir olması, bireylerin KAH ile ilişkili risk faktörleri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmalarına bağlıdır (9).

Bilgi eksikliği, bireylerde motivasyon kaybına yol açarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bireyler, sağlıkla ilgili bilgi eksiklikleri nedeniyle sağlıklı alışkanlıklar geliştirmekte zorluk çekebilir ve bu durum, sağlıkla ilgili kararlar alırken motivasyon kaybına neden olabilir. Bundan dolayı, bilgi eksikliği ve motivasyon kaybı arasındaki ilişkiyi anlamak, sağlık davranışlarını iyileştirmek için önemlidir (10,11).

Bu süreçte hemşireler, bireylerin bilgi düzeylerini arttırma, farkındalık oluşturma ve sağlığı geliştirmeye yönelik davranış değişikliklerini destekleme açısından kritik bir role sahiptir. Hemşire liderliğindeki yaşam tarzı müdahalelerinin, bireylerin bilgi düzeylerini arttırarak risk faktörlerinin kontrol altına alınmasına katkı sağladığı bildirilmiştir (12,13).

Türkiye'de hemşire liderliğinde gerçekleştirilen eğitim ve danışmanlık müdahaleleri, fiziksel aktivite, diyet uyumu ve yaşam kalitesi gibi parametrelerde anlamlı iyileşmeler sağlamakta ve bu yaşam tarzı değişiklikleri, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmesine katkıda bulunarak KAH'ın tekrarlamasında ve bu hastalığa bağlı mortalite oranlarını azaltmada etkili olmaktadır (14). Kurçer ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada, KAH hastalarına verilen eğitim ve danışmanlık sonrasında diyete uyumlarının arttığı, egzersiz sürelerinin uzadığı ve yaşam kalitelerinin yükseldiği bulunmuştur (15). Kayhan ve arkadaşları (2024) yürüttükleri bir çalışmada, kalp rehabilitasyonuna entegre edilen web tabanlı eğitim ile hemşire takibi ve telefon danışmanlığı içeren müdahalenin, bireylerin sağlıklı yaşam davranışlarını, fiziksel aktivite düzeylerini ve yaşam kalitesini anlamlı şekilde artırmış olduğunu; ayrıca sigara bırakma ve tedaviye uyum üzerinde de olumlu etkiler sağladığını bildirmişlerdir (16). KAH olan bireylerin hem sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hem de hastalığa ilişkin bilgi düzeylerini birlikte ele alan

çalışmalar sınırlı olup, bu iki faktörün değerlendirilmesi, hastalarda davranış değişikliği oluşturabilmeye yönelik kapsamlı hemşirelik eğitimleri geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, koroner arter hastalığına sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve hastalığa ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesidir.

1.3.ARAŞTIRMA SORULARI

- Koroner arter hastalığına sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?
- Koroner arter hastalığına sahip bireylerin hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri nedir?
- Koroner arter hastalığına sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa ilişkin bilgi düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KORONER ARTER HASTALIĞI

2.1.1. Tanım

Koroner arter hastalığı (KAH), koroner damarların iç yüzeyinde aterosklerotik plakların birikmesiyle oluşan ve miyokardın yeterli oksijen ve besin alamamasına neden olan bir kardiyovasküler hastalıktır. Bu durum, zamanla miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm gibi ciddi klinik sonuçlara neden olabilir (17,18).

2.1.2. Epidemiyoloji

Dünya genelinde KAH, ölüm ve sakatlığa bağlı yaşam yılı kaybının (DALY) en önemli nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır (19). 2019 yılında KAH, küresel ölümlerin %16,2'sinden sorumlu olmuş ve toplam DALY kaybının %7,2'sine neden olmuştur (20). Türkiye'de ise, 2023 TÜİK verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları tüm ölümlerin yaklaşık %36'sını oluştururken, bu ölümlerin %42,9'u iskemik kalp hastalıklarından kaynaklanmaktadır (3). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının verilerine göre, Türkiye'de son 26 yıl içinde gerçekleşen tüm ölümlerin yaklaşık %42'si KAH kaynaklı olup, erkekler bu hastalığa bağlı mortalite açısından daha yüksek risk altındadır. Orta yaş grubunda KAH'a bağlı ölüm insidansı erkeklerde yaklaşık 7,5/1000 kişi-yıl, kadınlarda ise 3,9/1000 kişi-yıl olarak bildirilmiş ve bu oranların Avrupa ortalamalarının oldukça üzerinde olduğu belirtilmiştir (4).

2.1.3. Fizyopatoloji

KAH, aterosklerotik plakların gelişimi ve progresyonu ile karakterize kardiyovasküler bir hastalıktır. Ateroskleroz, koroner arterlerde lipit birikimi ve hücresel değişiklikler sonucunda damar lümeninin daralmasına yol açan ve normal kan akımını engelleyen kronik bir patolojik süreçtir (21). Bu süreç, lipid yüklü

makrofajların subendotelyal alanda birikmesiyle başlamakta olup, inflamatuar yanıtın tetiklenmesi, düz kas hücrelerinin migrasyonu ve kollajen depolanması ile devam etmektedir. Stabil plaklar zamanla kalsifiye olurken, ilerleyen plaklar arter lümeninde anlamlı bir daralmaya yol açarak miyokardiyal iskemiyi tetikler.

Arteriyel daralmanın %70'in üzerine çıkmasıyla eforla ilişkili anjina ortaya çıkarken, %90'ın üzerindeki darlıkta istirahat halinde de semptomlar görülebilir (19,22).

2.1.4. Risk Faktörleri

KAH risk faktörleri, değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki grupta sınıflandırılmaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk ve aile öyküsünü içerirken; değiştirilebilir risk faktörleri arasında hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus, obezite, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite, kronik böbrek hastalığı, inflamatuar hastalıklar (örneğin sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit, inflamatuar bağırsak hastalığı), HIV enfeksiyonu, tiroid hastalıkları, düşük testosteron düzeyleri, D vitamini eksikliği ve düşük sosyoekonomik durum yer almaktadır (23). KAH değiştirilebilir risk faktörlerinin belirlenmesi, yaşam tarzı değişiklikleri ve risk kontrolüne yönelik erken müdahaleler, hastalığın gelişimini önleyebilir ve ilerlemesini yavaşlatabilir (24).

2.1.4.1. Değiştirilemez Risk Faktörler

Yaş: Kalp hastalıklarının gelişiminde önemli bir risk faktörüdür. KAH prevalansı, hem erkeklerde hem de kadınlarda 35 yaşından sonra artmaktadır. 40 yaşından sonra erkeklerde KAH geliştirme yaşam boyu riski %49, kadınlarda ise %32 olarak bildirilmiştir (23,25).

Cinsiyet: Kadınlarda KAH gelişimi erkeklere göre 7- 10 yıl daha geç başlamaktadır (26). Bu durum, östrojenin koruyucu etkisiyle ilişkilendirilmektedir. Menopoz sonrası östrojen seviyelerindeki düşüş, kadınlarda KAH riskinin artmasına neden olmaktadır (27).

Aile Öyküsü: Ailesinde 50 yaşından önce erken kalp hastalığı öyküsü bulunan hastalarda KAH'a bağlı ölüm riski artmaktadır (28). Ayrıca, bir başka çalışmada, babası veya erkek kardeşi 55 yaşından önce, annesi veya kız kardeşi ise 65 yaşından önce KAH tanısı almış olan bireylerin risk altında olduğu belirtilmiştir (29).

Etnik Köken: Siyahlar, Latinler ve Güneydoğu Asyalılar, KAH'a bağlı morbidite ve mortalite riski yüksek olan etnik gruplardır (30–32).

2.1.4.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Diyabet: Diyabetli yetişkin bireylerde kalp hastalığı oranı, diyabeti olmayanlara kıyasla erkeklerde 2,5 kat, kadınlarda ise 2,4 kat daha yüksektir (33).

2017 yılında yapılan bir meta-analiz, A1C değeri %7,0'dan yüksek olan diyabetli bireylerin, A1C değeri %7,0'dan düşük olanlara kıyasla kardiyovasküler mortalite açısından %85 daha yüksek olasılığa sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca, A1C değeri %6,0'dan yüksek olan diyabeti olmayan bireylerin, A1C değeri %5,0'dan düşük olanlara göre kardiyovasküler mortalite açısından %50 daha yüksek olasılığa sahip olduğu belirtilmiştir (34).

Hipertansiyon: Hipertansiyon, uzun yıllardır arter duvarına uyguladığı oksidatif ve mekanik stres aracılığıyla kalp hastalıkları için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (7).

Hiperlipidemi: İskemik kalp hastalığı için en yaygın ikinci risk faktörü olarak kabul edilmektedir. DSÖ'ye göre, yüksek kolesterol yaklaşık 2,6 milyon ölüme yol açmıştır (33). Total kolesterol düzeyinde 40 mg/dL'lik bir yükselme, KAH gelişme olasılığını yaklaşık %35 artırmaktadır (4).

Obezite: Obezite, KAH için bağımsız bir risk faktörü olmasının yanı sıra, hipertansiyon, hiperlipidemi ve diyabet gibi diğer KAH risk faktörlerinin gelişme olasılığını da arttırmaktadır (35). Güncel bir çalışmada, demografik faktörler, sigara kullanımı, fiziksel aktivite ve alkol tüketimi dikkate alındığında, obez bireylerin KAH geliştirme riskinin yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (36).

Tütün ve Alkol Kullanımı: Sigara ve alkol kullanımı, KAH riskini arttıran önemli faktörlerdir. Sigara, damar duvarında hasara yol açarak aterosklerotik plak oluşumunu hızlandırır; pasif içicilik de KAH riskini yaklaşık %25–30 oranında arttırır (37,38). Alkolün etkisi ise doza bağlıdır: hafif-orta düzeyde tüketim bazı çalışmalar tarafından kardiyoprotektif olarak bildirilmişken, aşırı ve kronik alkol kullanımı hipertansiyon, aritmi ve hipertrigliseridemi gibi durumlar üzerinden KAH riskini yükseltir (39).

Fiziksel İnaktivite: Düzenli egzersizi tercih eden bireylerin daha düşük morbidite ve mortaliteye sahip olduğunu göstermiştir. Bu koruyucu etkinin mekanizmaları arasında endotel nitrojen monoksit üretiminin artması, reaktif oksijen türlerinin daha etkin şekilde inaktive edilmesi ve vaskülogenezde iyileşme yer almaktadır. Bu sayede aterosklerozun ilerlemesini hafifleyerek morbidite ve mortaliteyi azaltır (40).

2.1.5. Sınıflandırılması

KAH, klinik seyrine göre temel olarak iki ana grupta sınıflandırılmaktadır.

2.1.5.1.Anjina Pektoris

Angina pektoris, KAH'a bağlı olarak gelişen göğüs ağrısı veya rahatsızlık hissidir. Genellikle kalbin oksijen ihtiyacının arttığı fiziksel efor ya da duygusal stres sırasında ortaya çıkar, ancak istirahat hâlinde de görülebilir. Bu durum, koroner arterlerdeki daralma ya da tıkanıklığa bağlı iskemi sonucu meydana gelir. Göğüste baskı, sıkışma veya dolgunluk hissiyle kendini gösterir ve boyun, çene, sırt ya da kola yayılabilir (41).

Kararlı Anjina Pektoris: En sık görülen anjina türüdür. Tipik olarak fiziksel efor ile tetiklenir, istirahat ya da farmakolojik tedavi ile geriler. Örneğin, yokuş çıkma veya soğuk havada yürüme sırasında göğüs ağrısı ortaya çıkabilir. Kararlı anjina pektoriste göğüs ağrısı öngörülebilir, önceki ataklarla benzer özellik gösterir ve genellikle beş dakikadan kısa sürelidir (41).

Kararsız Anjina Pektoris: İstirahat halinde de gelişebilen, daha az fiziksel aktivite ile tetiklenebilen ve semptomları giderek artan klinik tablodur. Genellikle en az 20 dakika sürer ve kararlı anjina pektorise göre daha şiddetlidir. Miyokard iskemisi ve akut koroner sendromun bir parçası olarak kabul edilir ve acil tıbbi değerlendirme gerektirir (41).

Tablo 2.1. Kanada Kardiyovasküler Cemiyetinin Anjina Ciddiyeti Sınıflandırılması (42).

Sınıf	Anjina Ciddiyetinin Sınıflandırılması
I	Yürüyüş, merdiven çıkma gibi gündelik fiziksel aktiviteler anjina gelişimine yol açmaz ancak efor gerektiren aktiviteler anjina semptomlarına yol açar.
II	Gündelik fiziksel aktivitelerde hafif düzeyde kısıtlanma söz konusudur. Hızlı tempoda yürüme, merdiven çıkma gibi efor gerektiren aktivitelerde zorlanma görülebilir.
III	Gündelik fiziksel aktivitelerde belirgin kısıtlanma vardır. Normal koşullarda 200 metre yürüyüş ve merdiven çıkma gibi aktivitelerde semptom oluşmaktadır.
IV	Minimal fiziksel eforla, hatta bazı durumlarda istirahat hâlinde dahi semptomlar ortaya çıkabilmektedir.
Campeau L. Grading of angina pectoris, 1976.	

2.1.5.2. Miyokard İnfarktüsü

KAH'ın bir sonucu olarak ortaya çıkan ve miyokardın bir bölgesine kan akışının tamamen kesilmesi veya yetersiz hale gelmesiyle kardiyomiyositlerin fonksiyon kaybı ve nekrozu ile karakterize ciddi bir tablodur. Miyokard infarktüsünün başlıca etiyolojik nedenleri arasında oksidatif stres ve aterosklerotik plak birikimi yer almaktadır. En belirgin klinik semptomu, göğüste baskı hissi, sıkışma veya ezilme şeklinde hissedilen ağrı olup; bu semptomlara sıklıkla aşırı terleme (diaforez), dispne, halsizlik, baş dönmesi, bulantı, kusma ve çarpıntı eşlik eder (43).

2.1.6. Belirti ve Bulgular

KAH'ın en yaygın klinik bulgusu olan anjina pektoris, anjina türüne göre çeşitli belirtiler göstermektedir. Kararlı anjina pektoris genellikle fiziksel eforla

ortaya çıkar ve istirahat ya da nitrogliserin kullanımıyla gerilerken, kararsız anjina pektoris ise daha düşük düzeyde eforla ya da istirahatte gelişir ve genellikle daha şiddetli klinik tablo ile seyreder. Tipik ağrı, genellikle retrosternal bölgede baskı, sıkışma veya yanma hissi ile karakterizedir ve çoğunlukla sol kola olmak üzere her iki üst ekstremiteye, çeneye, sırta ve her iki hemitoraksa yayılım gösterebilir. Bu klinik tabloya dispne, anksiyete, terleme ve mide bulantısı gibi sistemik semptomlar da eşlik edebilir (44,45).

2.1.7. Tanı Yöntemleri

KAH'ın erken tanılanması hastalığın prognozu açısından oldukça önemlidir. Fizik muayene, tanıyı desteklemek, eşlik eden kardiyovasküler bulguları değerlendirmek ve ayırıcı faktörleri belirlemekte ilk adımdır (46). KAH'ın tanısında elektrokardiyografi, miyokard iskemisi ve ritim bozukluklarının değerlendirilmesinde temel bir araç iken, ekokardiyografi kalbin morfolojik ve fonksiyonel özelliklerini non-invazif olarak incelemektedir. Miyokardiyal hasarın belirlenmesinde troponin ve CK-MB gibi serum biyobelirteçleri önemli bir tanısal rol üstlenirken, koroner anjiyografi, koroner arterlerdeki darlıkların kesin olarak değerlendirilmesini sağlayan ve günümüzde halen altın standart olarak kabul edilen invazif bir yöntemdir. Öte yandan, koroner arter kalsiyum skorlama ve koroner BT anjiyografi gibi non-invazif görüntüleme teknikleri, son yıllarda tanı yöntemleri arasında giderek daha fazla önem kazanmaktadır (19).

2.1.8. Tedavisi

KAH'ın tanılanmasının ardından farmakolojik tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri ile hastalık etkin bir şekilde yönetilebilir ve ilerlemesi önlenebilir (47). KAH'ın tedavisinde farmakolojik tedavi olarak antiplateletler ve statinler kullanılır. Antiplateletler, trombosit agregasyonunu inhibe ederek pıhtı oluşumunu önler ve böylece kalp krizi ve felç riskini azaltır; bu amaçla en sık asetilsalisilik asit ve klopidogrel tercih edilir. Statinler ise kolesterol seviyelerini düşürerek damar duvarlarını korur ve kardiyovasküler olayları önler (48).

Farmakolojik tedaviye ek olarak girişimsel tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri arasında balon anjiyoplasti, koroner stent ve koroner arter bypass greftleme gibi girişimsel işlemler uygulanmaktadır (49).

Balon Anjiyoplasti veya Stent Uygulaması: Koroner balon anjiyoplasti, lokal anestezi altında damar içindeki daralmış bölgeye balonlu kateter yerleştirilip balonun kontrollü şişirilmesiyle damar açıklığının sağlandığı invazif bir tedavi yöntemidir. Koroner stent, balon tedavisiyle yeterli açıklık sağlanamayan damarlarda daralmayı gidermek ve kan akımını iyileştirmek amacıyla damar içine yerleştirilen metal kafes yapıda bir cihaz olup, tekrar daralma riskini azaltarak by-pass gereksinimini azaltan tedavi yöntemidir (49,50).

Koroner Arter Bypass Greft: Koroner arter bypass greftleme, kalbin oksijenlenmesini sağlamak amacıyla, aterosklerotik daralma veya tıkanıklık nedeniyle miyokard perfüzyonunun azaldığı durumlarda uygulanan cerrahi bir girişimdir; bu yöntem, tıkanmış veya daralmış koroner arter segmentinin distalinde kalan miyokarda kan akışını yeniden sağlamak için genellikle bireyin kendi ven veya arterleri kullanılarak bir bypass oluşturulması esasına dayanır (51). Bu cerrahi girişim ile hastada iskemiye bağlı semptomlar ortadan kaldırılır, miyokard enfarktüsü ve ani kardiyak ölüm gibi ciddi komplikasyonların önlenmesi hedeflenir ve bireyin ağrısız bir şekilde günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi amaçlanır (52).

2.2. KORONER ARTER HASTALIKLARINDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığını destekleyen, günlük olarak sürdürülen ve kronik hastalık riskini azaltan alışkanlıklar dizisidir (53,54). Bireylerin, sağlığını koruyabilmesi ve geliştirebilmesi için mevcut sağlık durumlarının farkında olmaları ve sağlığı destekleyen davranışları yaşam tarzı haline getirmeleri gereklidir. Al-Zaru ve arkadaşları (2022) yaptıkları çalışmada KAH olan bireylerin yaklaşık %41'inin sağlıklı yaşam davranışlarına yeterince uymadığını; özellikle fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme alanlarında eksikliklerinin olduğunu bildirmişlerdir (55). Bu süreçte tütün ve alkol kullanımının azaltılması, sağlıksız beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, fiziksel aktivite eksikliğinin

giderilmesi, stres ve iletişimsizlik gibi olumsuz faktörlerden uzak durulması önem taşımaktadır. Yang ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada, perkütan koroner girişim sonrası sağlıklı yaşam biçimine uyum gösteren majör kardiyovasküler olay riskinin anlamlı şekilde azaldığını ve biyokimyasal belirteçlerin iyileştiğini bildirilmiştir (56).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları yalnızca hastalıkların önlenmesinde değil, aynı zamanda mevcut sağlık sorunlarıyla başa çıkmada ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde de etkilidir. KAH gibi ömür boyu takip ve tedavi gerektiren kronik hastalıklarla yaşayan bireylerde ise bu davranışların benimsenmesi, hastalıkla uyumun sağlanmasını, sunulan bakıma aktif katılımı ve tedavi sürecinde ekip iş birliğini desteklemektedir. Sonuç olarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi; fiziksel sağlığın korunmasının yanı sıra ruhsal gelişimi, yaşam boyu iyilik halini ve hastanın kendini gerçekleştirmesini de mümkün kılmaktadır (57,58).

2.3. KORONER ARTER HASTALIKLARINDA HASTALIK BİLGİ DÜZEYİNİN ÖNEMİ

Dünyada ve Türkiye'de giderek artan KAH'ın yönetiminde, bireylerin eğitimleri kritik bir rol oynar; hastalık hakkında doğru bilgiye sahip olan ve uygun davranışları sergileyen bilinçli bireyler ve aileleri, tedavi ve yaşam tarzı değişikliklerini daha etkin bir şekilde uygulayabilmektedir. Çalışmalar, bilgi düzeyi yüksek KAH olan bireylerin düzenli egzersiz, dengeli beslenme, sigara ve alkol kullanımını bırakma gibi önleyici davranışları daha etkin uyguladığını ve tedaviye uyumlarının arttığını göstermektedir (59).

Hemşirelerin bireyin bireysel gereksinimlerini önceliklendirmesi, bilgi eksikliklerini ve yanlış davranışları belirleyerek uygun müdahaleler planlaması gereklidir. Bu şekilde hazırlanan bireye özel eğitim programları, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemesini, tedaviye uyumunu artırmasını ve uzun vadede yaşam kalitesinin iyileşmesini desteklemektedir.

Bireylerin hastalıklarıyla ilgili yanlış veya eksik davranışlarının düzeltilmesi ve yaşam biçimi davranışlarının değiştirilebilmesi için bireylere ihtiyaç duydukları

konularda eğitim verilmesi, destek sağlanması ve motivasyonlarının artırılması öncelikli bir yaklaşım olmalıdır. Bu süreçte bireylerin tanıtıcı özellikleri göz önünde bulundurularak eğitim programları ve müdahaleler kişiselleştirilmelidir.

De Mole Ghisi ve arkadaşları (2014) tarafından kardiyovasküler hastalığı bulunan bireylerde, hasta eğitimlerinin etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen sistematik literatür taramasında, verilen eğitimlerin hem bilgi düzeyini artırdığı hem de sağlık davranışlarında olumlu değişiklikler sağladığı sonucuna ulaşılmıştır (60).

2.4. KORONER ARTER HASTALIKLARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Dünya genelinde başlıca mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olan KAH'ın önlenmesi ve birey ile toplum düzeyinde sağlık sonuçlarının iyileştirilmesinde hemşireler önemli sorumluluklar üstlenmektedir (61). Hemşirelik bakım sürecinde hemşireler bakımlarını; bireyi biyopsikososyal ve manevi yönleriyle ele alan bütüncül bir yaklaşımla yürütmelidirler. Hemşirelik bakımı; veri toplama, tanı koyma, hedef belirleme, girişimlerin uygulanması ve değerlendirme basamaklarını içermekte olup, hedeflere ulaşılamadığında planın yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir. Özellikle yüksek risk grubundaki ve tedavi hedeflerine ulaşmakta zorlanan bireylerde hemşireler, bakım lideri rolünü üstlenerek uygun liderlik ve motivasyonla bakım ekibini yönetir. Bu kapsamda hemşireler, bireylerin kendi bakım süreçlerini yönetmelerine destek olarak tedaviye uyumlarını arttırmakta ve multidisipliner ekip üyeleri arasında etkili bir koordinasyon sağlamaktadırlar (61). Aynı zamanda hemşireler, KAH'ın ilerlemesinin önlenmesi, komplikasyon riskinin azaltılması, toplumda farkındalığın oluşturulması ve bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasına katkı sağlamaktadırlar. Nurmeksela ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, hemşire danışmanlığı alan KAH olan bireylerde kolesterol ve trigliserit düzeylerinde düşüş, kilolu hastalarda bel çevresinde azalma ve fiziksel aktivite düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir (62).

Hemşirenin gelişmiş liderlik becerileri, disiplinler arası iş birliğinin etkinliğini artırmakta ve böylece bakımın sürekliliği ve kalitesi yükselmektedir (61). KAH olan bireylerde hemşirelik bakımının sürekliliği, yaşam kalitesini artırmada

önemli rol oynamaktadır (14). KAH tanısı almış Çinli bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, hemşire liderliğindeki bakım programının bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını, fonksiyonel kapasitelerini ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu belirlenmiştir (63).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TASARIMI

Bu çalışma, koroner arter hastalığına sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalığa ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 1 Mart 2024 - 08 Ağustos 2024 tarihleri arasında gerekli kurumsal izinler alınarak, Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi preoperatif ve postoperatif servislerinde gerçekleştirilmiştir. Hastanede 16 yataklı iki adet servis ve 13 yataklı bir adet kalp ve damar cerrahisi yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Kalp ve damar cerrahisine ait üç adet poliklinik bulunmakta olup, poliklinik hizmeti 08.00-16.00 saatleri arasında verilmektedir. Çalışmanın yürütüldüğü preoperatif serviste genel olarak miyokart infarktüsü (MI) ve anjina pektoris tanısı ile yatan hastalar bulunmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü diğer servis olan postoperatif serviste ise genellikle bypass cerrahisi ve endovasküler cerrahi uygulanan bireyler yatmaktadır. Serviste hemşireler gündüz ve gece nöbetlerinde ikişer kişi olarak görev yapmaktadır. Serviste bireylere yönelik eğitimler kapsamlı bir şekilde hemşireler tarafından yürütülmektedir. Bu eğitimler arasında solunum komplikasyonlarını önlemeye ve iyileşme sürecini desteklemeye yönelik öksürük egzersizi eğitimi ile ameliyat süreci, ameliyat sonrası bakım ve olası komplikasyonlar hakkında farkındalık kazandırmayı hedefleyen ameliyat öncesi eğitimler ve bireylerin taburculuk sonrasında bakım ve ilaç yönetimlerine ilişkin bilgi kazanmalarını amaçlayan taburculuk eğitimi yer almaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi preoperatif ve postoperatif servislerinde 1 Mart 2024 - 08

Ağustos 2024 tarihleri arasında yatan koroner arter hastalığına sahip bireyler oluşturmaktadır. Örneklemini ise aynı tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler oluşturmaktadır. Gür ve Sunal (2019) çalışmasından yararlanılarak, %95 güven (1-α) ve %95 test gücü (1-β) ile G*Power V. 3.1.9.6 programı kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda, çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örneklem büyüklüğü 3 değişkenli lineer regresyon modeline göre en az 272 birey olarak belirlenmiştir (58). Dahil edilme kriterlerini karşılayan 300 bireye ulaşılmış, ancak iki birey formları eksik doldurduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma toplam 298 birey ile yürütülmüştür.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Araştırmanın yapıldığı tarih aralığında Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi servisinde yatıyor olan,
- En az bir ay önce Koroner Arter Hastalığı tanısı almış olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Türkçe okuma ve yazma bilmeyen,
- Sorulara etkin bir şekilde cevap vermesine engel olabilecek fiziksel veya ruhsal sağlık sorunu olan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplamak amacıyla aşağıdaki formlar kullanılmıştır.

3.4.1.Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (EK-1)

Bu form, araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (58,64,65). Toplam 25 soru içeren bu formda, tanıtıcı özellikler ile ilgili (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, Hane sosyal yapısı) ve tıbbi özellikler ile ilgili (tanısı, tanı süresi, başka bir kronik hastalığın

varlığı, ailede kalp ve damar hastalığı öyküsü, ilaçları düzenli kullanma durumu, ilaçların etkilerini ve yan etkilerini bilme durumu, stresli olma durumu, uyku süresi, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, bilgi düzeyini yeterli bulma durumu, sigara alkol kullanma durumu, diyet ve egzersiz bilgisi) sorular yer almaktadır.

3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (EK-2)

Ölçeğin ilk formu, bireylerin sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlarını değerlendirmek amacıyla ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Bu ilk form 48 maddeden ve altı alt boyuttan oluşmaktadır (66). Daha sonra ölçek, 1996 yılında Walker ve Hill-Polerecky tarafından gözden geçirilmiş ve dört madde eklenerek toplam madde sayısı 52'ye çıkarılmıştır (66). Ölçeğin özgün çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak belirlenmiş, alt boyutlar için bu değer 0.79–0.87 arasında bulunmuştur.

SYBDÖ II'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (67). Genel ölçek için cronbach alfa değeri 0.94 bulunmuş olup alt ölçekler için ise 0.64-0.80 bulunmuştur. Toplam 52 maddeden oluşan ölçeğin, 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 toplam 6 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yönde düzenlenmiş olup 1–4 arası Likert tipi derecelendirme ile puanlanmaktadır (1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=sık sık, 4=düzenli olarak). Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 52, en yüksek puan ise 208'dir. Yüksek puanlar, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla uyguladıklarını göstermektedir. Çalışmamızda genel ölçek için Cronbach alfa değeri 0.94, alt faktörler için ise 0.50 ile 0.86 arasında bulunmuştur.

3.4.3. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 (EK-3)

Koroner arter hastalarında eğitim gereksinimlerini değerlendirmek, hastalıkla ilgili bilgi düzeyini belirlemek ve bu konuda farkındalık oluşturmak amacıyla De

Mole Ghisi ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Anket, 2015 yılında yine aynı araştırmacılar tarafından yenilenmiştir (68). Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur.

Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması ise ve Bayrak Kahraman tarafından gerçekleştirilmiştir (69). Toplam 31 madde ve beş alt boyuttan oluşan anket; tıbbi durum, risk faktörleri, beslenme, egzersiz ve psikososyal risk alanlarını kapsamaktadır. Anket çoktan seçmeli sorulardan oluşmakta olup, her sorunun dört yanıt seçeneği bulunmaktadır ve yalnızca bir seçenek doğru kabul edilmektedir. Puanlama sistemi bilgi düzeyine göre yapılmaktadır: tam bilgi (3 puan), yetersiz bilgi (1 puan), yanlış bilgi (0 puan) ve eksik bilgi (0 puan). Alt boyutlara göre alınabilecek en yüksek puanlar; tıbbî durum için 21, risk faktörleri için 15, egzersiz için 21, beslenme için 21 ve psikososyal risk için 15'tir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en yüksek toplam puan ise 93'tür.

Elde edilen toplam puan, bireylerin koroner arter hastalığına ilişkin bilgi düzeylerini göstermektedir. Puan aralıkları şu şekilde sınıflandırılmıştır: 93–83 (mükemmel), 82–65 (iyi), 64–47 (kabul edilebilir), 46–29 (zayıf) ve 28 ve altı (yetersiz). Yüksek puanlar, bireyin koroner arter hastalığı hakkında bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışma için Cronbach alfa değeri 0.89 bulunmuştur.

3.5. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmanın uygulaması 1 Mart 2024 - 08 Ağustos 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi preoperatif ve postoperatif servislerinde yatan ve dahil edilme kriterlerini taşıyan bireyler ile yürütülmüştür. Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve araştırmanın amacı her bireye açıklanmış, aydınlatılmış onamları alındıktan sonra araştırmaya dahil edilmişlerdir. Bireylere, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine ilişkin veri toplama formu uygulanmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

Her birey için ortalama görüşme süresi 25-30 dakika olmuştur. Görüşmeler, bireyin odasında birey için uygun yer ve zamanda yapılmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın uygulanabilmesi için Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan, 03.11.2023 tarihinde E-50687469-799-228359683 sayılı resmi izin (EK-4) alınmıştır. Araştırma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'undan 27.02.2024 tarihli 2024-68 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır (EK-5). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği II'nin (EK-2) ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2'nin (EK-3) bu tez çalışmasında kullanılabilmesi için e-posta yoluyla yazılı izin alındı (EK-6). Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireylere, araştırmanın amacı ve yararları anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-7). Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi kurallarına uyulmuştur.

3.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma sonuçlarından elde edilen veriler sadece araştırmanın yapıldığı hastane ve araştırmayı kabul eden bireyler ile sınırlıdır, genellenemez.

3.8. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Araştırmaya katkıda bulunan kişiler arasında çalışmanın sonuçlarını etkileyebilecek herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

3.9. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V27 programı kullanılarak gerçekleştirilmiş ve istatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ düzeyi kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; frekans (n), yüzde (%) ve standart sapma (SS) olarak sunulmuştur. Ölçeklerin ve alt boyutlarının güvenilirliği Cronbach Alfa katsayısı ile değerlendirilmiş olup, 0,60 ve üzeri değerler güvenilir olarak kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık

(Skewness) ve basıklık (Kurtosis) ile incelenmiştir. Tablo 3.1'de görüldüğü üzere, değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri normal dağılım koşullarını karşılamaktadır (70).

Tablo 3.1. Ölçekler için normallik incelemesi (N=298)

	Çarpıklık	**Basıklık**
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	0,480	0,019
Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2	0,450	-0,725

Bireylerin ölçek puanlarının iki gruplu bağımsız değişkenler açısından karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla gruplu bağımsız değişkenler için ise varyans analizi (ANOVA) kullanılmış ve çoklu karşılaştırmalarda Bonferroni Post-hoc testi uygulanmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiş olup, korelasyonun gücü Cohen (1988) sınıflamasına göre; 0,10–0,29 arası zayıf, 0,30–0,49 arası orta ve 0,50 ve üzeri yüksek düzeyde ilişki olarak kabul edilmiştir (71). Çok değişkenli analiz olarak, Linear Regresyon analizi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde 298 hastadan toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bulgular, aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

4.1. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

4.2. Bireylerin tıbbi özelliklerine göre dağılımı

4.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'nin alt boyutları ve puan ortalamalarının dağılımı

4.4. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 puanlarının karşılaştırılması

4.5. Bireylerin tıbbi özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 puanlarının karşılaştırılması

4.6. Bireylerin koroner arter hastalığı eğitim anketi-2' den aldıkları puana göre bilgi düzeyi sınıflandırılması

4.7. Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin ilişkisi

4.8. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ile koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 arasındaki ilişkinin regresyon analizi

Tablo 4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (N=298)

Yaş		Ort. SS.: 60,99±9,17
Özellikler		**n (%)**
Cinsiyet	Erkek	169 (56,7)
	Kadın	129 (43,3)
Medeni Durum	Evli	199 (66,8)
	Bekar	99 (33,2)
Eğitim Durumu	İlköğretim	112 (37,6)
	Lise	153 (51,3)
	Üniversite ve üzeri	33 (11,1)
Yaşanılan Yer	Köy-Kasaba	23 (7,7)
	İlçe	128 (43,0)
	İl	145 (48,6)
	Yurt Dışı	2 (0,7)
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	140 (46,9)
	Gelir gidere eşit	87 (29,1)
	Gelir giderden fazla	71 (23,8)
Çalışma Durumu	Tam gün (8-12 saat)	98 (32,9)
	Yarım gün ya da belli saatlerde	29 (9,7)
	Çalışmıyor	171 (57,4)
Hane Sosyal Yapısı	Yalnız	56 (18,8)
	Eş	141 (47,3)
	Eş ve Çocuklar	61 (20,5)
	Diğer Aile Üyeleri (Anne, Baba, Akraba)	40 (13,4)
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma		

Bireylerin yaş ortalaması 60,99±9,17 yıl olarak bulunmuştur. Bireylerin %56,7'si erkek, %66,8'inin evli, %51,3'ünün lise eğitim seviyesine sahip olduğu, %48,6'sının il merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Ekonomik durum açısından değerlendirildiğinde, bireylerin %46,9'unun gelirinin giderinden az olduğu, çalışma durumu incelendiğinde %57,4'ünün çalışmadığı, hane sosyal yapısı değerlendirildiğinde, %47,3'ünün eşiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=298)

		Ortalama ± SS
Boy (cm)		167,74±10,10
Kilo (kg)		76,55±11,20
BKİ (kg/m2)		27,21±3,32
Özellikler		**n (%)**
Tanı	Anjina pektoris	41 (13,8)
	Miyokard infarktüsü	74 (24,8)
	Koroner arter by-pass greft	183 (61,4)
Tanı Süresi	1 yıldan az	78 (26,1)
	1-5 yıl	137 (45,9)
	6-10 yıl	65 (21,8)
	11 yıldan fazla	18 (6,0)
Ek Kronik Hastalık	Var	269 (90,3)
	Yok	29 (9,7)
Ek Kronik Hastalıklar*	Diyabet	125 (41,9)
	Hipertansiyon	130 (43,6)
	Hiperlipidemi	129 (43,2)
	Kronik böbrek yetmezliği	43 (14,4)
	KOAH	26 (8,7)
	Troid hastalıkları	40 (13,4)
	Diğer**	88 (29,5)
Ailede KAH Öyküsü	Var	164 (55,0)
	Yok	134 (45,0)
Sigara Kullanımı	Evet	123 (41,2)
	Bıraktım	55 (18,5)
	Hayır	120 (40,3)
Alkol Kullanımı	Evet	57 (19,1)
	Bıraktım	36 (12,1)
	Hayır	205 (68,8)
İlaçları Düzenli Kullanma Durumu	Her zaman	100 (33,6)
	Çoğu zaman	126 (42,2)
	Bazen	72 (24,2)
İlaçların Etkisini Bilme Durumu	Evet	96 (32,2)
	Kısmen	129 (43,3)
	Hayır	73 (24,5)
İlaçların Yan Etkisini Bilme Durumu	Evet	34 (11,4)
	Kısmen	88 (29,5)
	Hayır	176 (59,1)
Düzenli Kontrole Gitme Durumu	Her zaman	106 (35,5)
	Çoğu zaman	137 (45,9)
	Bazen	53 (17,7)
	Hiçbir zaman	2 (0,6)
Stresli Olma Durumu	Evet	159 (53,4)
	Kısmen	98 (32,9)
	Hayır	41 (13,7)
Egzersiz Yapma Durumu	Hiç	158 (53,0)
	Ara sıra	119 (39,9)
	Düzenli	21 (7,0)
Uyku Süresi	1-4 saat	15 (5,0)
	5-7 saat	175 (58,7)
	8 saat ve üzeri	108 (36,2)
Diyet Programına Uyum	Her zaman	16 (5,4)
	Çoğu zaman	87 (29,2)
	Bazen	147 (49,3)
	Hiçbir zaman	48 (16,1)
KAH Hakkında Bilgi Kaynağı	Sağlık personeli dışı	42 (14,0)
	Sağlık personeli	220 (73,8)
	Yok	36 (12,0)
Bilgi Düzeyini Yeterli Bulma Durumu	Evet	117 (39,2)
	Kısmen	123 (41,2)
	Hayır	58 (19,4)

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, KAH: Koroner Arter Hastalığı.
* n değeri katlanmıştır. **Diğer: Astım, Anemi, Prostat.

Bireylerin boy ortalaması 167,74±10,10 cm, kilo ortalaması 76,55±11,20 kg ve BKİ değeri 27,21±3,32 kg/m² bulunmuştur. Tanı açısından en yüksek oranda koroner arter by-pass greft operasyonu geçiren bireyler (%61,4) yer almaktadır. Tanı süresine bakıldığında, bireylerin %45,9 oranla 1–5 yıl aralığında yer aldığı görülmüştür. %90,3' ünde ek kronik hastalık bulunmakta olup, en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%43,6) ve hiperlipidemidir (%43,2). Bireylerin %55'inde ailede koroner arter hastalığı öyküsü olduğu, %41,2'sinin sigara kullandığı ve %68,8'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Bireylerin ilaçları çoğu zaman düzenli kullandıkları (%42,2), ilaçların etkisini kısmen bildikleri (%43,3), yan etkisini ise bilmedikleri (59,1) görülmüştür. Bireylerin %45,9'unun çoğu zaman düzenli kontrole gittiği, %53,4'ünün ise stresli olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapma durumu incelendiğinde en yüksek oran hiç egzersiz yapmayanlar (%53) olurken, uyku süresi bakımından hastaların çoğu 5–7 saat (%58,7) uyumaktadır. Diyet programına uyumda en yüksek oran bazen uyum sağlayan bireylere (%49,3) aittir. Bilgi kaynaklarında ise bireylerin büyük çoğunluğu sağlık personelinden bilgi aldığını (%73,8) ve yaklaşık %39,2'si bilgi düzeyini yeterli bulduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2'nin Alt Boyutları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=298)

	Ölçek Alt Boyutları	Ort ± SS	Ortanca	Min-Maks
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	**Manevi Gelişim**	24,50 ± 4,68	24	11-36
	Kişiler Arası İlişkiler	21,84 ± 4,94	22	9-35
	Beslenme	21,25 ± 3,59	21	12-31
	Sağlık Sorumluluğu	20,72 ± 4,48	20	12-35
	Stres Yönetimi	19,29 ± 3,44	19	12-32
	Fiziksel Aktivite	13,12 ± 5,12	12	8-30
	SYBDÖ II Toplam Puan	120,72 ± 21,91	117	75-188
Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2	**Tıbbi Durum**	7,49 ± 4,17	7	0-21
	Risk Faktörleri	5,03±3,22	5	0-13
	Egzersiz	6,46±5,07	5	0-21
	Beslenme	8,64±3,61	9	0-17
	Psikososyal Risk	4,42±3,90	3	0-15
	KAHEA-2 Toplam Puan	24,54±13,09	23	2-59

Tablo 4.3'te SYBDÖ II ve KAHEA-2'nin alt boyutları ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. SYBDÖ II'nin toplam puan ortalaması 120,72±21,91 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutları incelendiğinde, en yüksek ortalama puanın manevi gelişim alt boyutunda (24,50±4,68) olduğu; bunu sırasıyla kişiler arası ilişkiler (21,84±4,94), beslenme (21,25±3,59), sağlık sorumluluğu (20,72±4,48) ve stres yönetimi (19,29±3,44) alt boyutlarının izlediği görülmektedir. En düşük ortalama puan ise fiziksel aktivite alt boyutunda (13,12±5,12) saptanmıştır.

KAHEA-2'nin toplam puan ortalaması 24,54±13,09'dur. Alt boyutlar incelendiğinde, bireylerin en yüksek ortalama puanı beslenme alt boyutunda (8,64±3,61), en düşük ortalama puanı ise psikososyal risk alt boyutunda (4,42±3,90) aldıkları görülmektedir. Diğer alt boyutların ortalama puanları sırasıyla tıbbi durum (7,49±4,17), egzersiz (6,46±5,07) ve risk faktörleri (5,03±3,22) olarak bulunmuştur.

Bu bulgular, bireylerin KAH ile ilgili bilgi düzeylerinin özellikle beslenme konusunda daha iyi, psikososyal risk faktörleri konusunda ise daha yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (N=298)

Özellikler	**SYBDÖ II (Ort ± SS)**		**KAHEA-2 (Ort ± SS)**	
Cinsiyet				
Erkek	119,29±21,59		23,99±12,52	
Kadın	122,59±22,28		25.26±13,83	
F/p	0,033*	0,198	2,918*	0,406
Medeni Durum				
Evli	125,27±21,67		26,65±12,98	
Bekar	111,58±19,49		20,30±12,33	
F/p	5,017*	**<0,001**	0,797*	**<0,001**
Eğitim Durumu				
İlköğretim [a]	106,09±13,11		13,75±7,63	
Lise [b]	125,42±19,95		28,80±10,36	
Üniversite ve üzeri [c]	148,55±17,63		41,39±9,63	
F/p	86,948**	**/ <0,001**	144,237**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**a<b<c*** **		**a<b<c*** **	
Yaşanılan Yer				
Köy-Kasaba [a]	102,39±12,07		15,78/8,95	
İlçe [b]	111,10±15,60		18,45±9,50	
Şehir [c]	131,52±21,60		30,97±12,90	
Yurt Dışı [d]	163,50±34,64		49,50±2,12	
F/p	38,385**	**<0,001**	36,218**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**a, b<c, d*** **		**a, b<c, d*** **	
Ekonomik Durum				
Gelir giderden az [a]	109,34±15,36		16,61±9,29	
Gelir gidere eşit [b]	122,82±18,86		27,24±10,69	
Gelir giderden fazla [c]	140,58±21,63		36,86±11,28	

Tablo 4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (N=298) (Devamı)

F/p	71,318**	**<0,001**	96,897**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**a<b<c*** **		**a<b<c*** **	
Çalışma Durumu				
Tam gün (8-12 saat) [a]	137,28±21,86		33,45±11,02	
Yarım gün ya da belli saatlerde[b]	117,93±15,67		26,79±11,21	
Çalışmıyor [c]	111,70±16,88		19,05±11,52	
F/p	59,466**	**<0,001**	50,903**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b<a*** **		**c<b<a*** **	
Hane Sosyal Yapısı				
Yalnız [a]	113,61±21,24		22,04±12,76	
Eşiyle [b]	121,38±20,57		24,61±12,86	
Eşi ve çocuklarıyla [c]	134,51±22,55		32,26±11,64	
Diğer Aile Üyeleri [d] (Anne, Baba, Akraba)	107,33 ±12,79		16,02±9,87	
F/p	17,549**	**<0,001**	15,321**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**a<c; d<b<c*** **		**a<c; d<b<c*** **	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği II, KAHEA-2: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2. * Student t testi. **Varyans Analizi (Anova). ***Post-Hoc Bonferroni Test.
Koyu olarak belirtilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 4.4'te bireylerin tanıtıcı özellikleri ile SYBDÖ II ve KAHEA-2 puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmektedir. Medeni durumu evli olan hastaların hem SYBDÖ II hem de KAHEA-2 puanlarının bekarlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,001).

Eğitim durumuna göre, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip olan hastaların ölçek puanlarının, ilköğretim ve lise mezunlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Yaşanılan yere göre değerlendirildiğinde, şehirde ve özellikle yurt dışında yaşayanların anlamlı şekilde daha yüksek puanlar aldığı saptanmıştır (p<0,001).

Ekonomik durum değişkeni açısından bakıldığında, geliri giderinden fazla olan grubun puan ortalamaları, geliri giderine eşit veya giderinden az olan gruplara kıyasla anlamlı derecede yüksektir (p<0,001).

Çalışma durumuna göre yapılan değerlendirmede, tam gün çalışan hastaların hem SYBDÖ II hem de KAHEA-2 puanlarının diğer gruplara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,001).

Hane sosyal yapısı incelendiğinde, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin en yüksek ölçek puanlarına sahip olduğu saptanmıştır (p<0,001).

Bu sonuçlar, tanıtıcı özelliklerin SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanları üzerinde belirleyici bir etkisi olduğunu göstermektedir. Özellikle eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu ve birlikte yaşanılan aile yapısının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve koroner arter hastalığı eğitimi açısından önemli faktörler olduğu söylenebilir.

Tablo 4.5. Bireylerin Tıbbi Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (N=298)

Özellikler	**SYBDÖ II (Ort ± SS)**		**KAHEA-2 (Ort ± SS)**	
Tanı				
Anjina pektoris	124,32±22,46		26,85±11,65	
Miyokard infarktüsü	121,96±23,51		26,32± 12,99	
Koroner arter by-pass greft	119,41±21,11		23,30±13,35	
F/p	0,997 **	0,370	2,162**	0,117
Tanı Süresi				
1 yıldan az [a]	130,90±19,91		27,54±11,80	
1-5 yıl [b]	121,55±22,49		25,31±13,48	
6-10 yıl [c]	110,49±19,11		20,91±13,20	
11 yıldan fazla [d]	107,17±9,78		18,83±11,13	
F/p	14,402**	**<0,001**	4,475**	**0,004**
Fark (Bonferroni)	**c<a; c<b; d<a*** **		**d<a; c<a*** **	
Ek Kronik Hastalık				
Var	119,43±21,674		23,71±12,78	
Yok	132,66±21,072		32,21±13,70	
F/p	0,021*	**0,002**	1,013*	**<0,005**
Ailede KAH Öyküsü				
Var	124,34±20,77		25,31±13,11	
Yok	116,29±22,53		23,60±13,06	
F/p	0,028*	**0,002**	0,133*	0,262
İlaçları Düzenli Alma Durumu				
Her zaman [a]	137,76±21,93		33,43±11,65	
Çoğu zaman [b]	115,65±16,46		23,27±11,84	
Bazen [c]	105,92±13,58		14,42±7,95	
F/p	74,906**	**<0,001**	64,385**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b<a*** **		**c<b<a*** **	
İlaçların Etkisini Bilme Durumu				
Evet [a]	139,14±21,62		34,06 ± 11,65	
Kısmen [b]	115,40±16,68		22,74 ±11,16	
Hayır [c]	105,89±12,00		15,21 ± 9,58	
F/p	85,250**	**<0,001**	64,387**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b<a*** **		**c<b<a*** **	
İlaçların Yan Etkisini Bilme Durumu				
Evet [a]	151,56±19,19		39,65±9,75	
Kısmen [b]	127,60±20,13		31,15±12,09	
Hayır [c]	111,32±15,70		18,32±9,76	
F/p	84,746**	**<0,001**	83,460**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b<a*** **		**c<b<a*** **	
Sigara Kullanımı				
Evet [a]	123,84±22,70		27,03±12,26	
Bıraktım [b]	118,27 ±18,90		22,29±13,93	
Hayır [c]	118,64 ±22,15		23,02±13,21	
F/p	2,143**	0,119	3,925**	**0,021**
Fark (Bonferroni)	-		-	
Alkol Kullanımı				
Evet [a]	129,18±21,96		29,49±13,17	
Bıraktım [b]	119,42±21,98		25,78±13,10	
Hayır [c]	118,60±21,42		22,95±12,76	

Tablo 4.5. Bireylerin Tıbbi Özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (N=298) (Devamı)

F/p	5,426**	**0,005**	5,941**	**0,003**
Fark (Bonferroni)	**c<a *****		**c<a*****	
Stresli Olma Durumu				
Evet [a]	123,60±21,47		27,04±12,73	
Kısmen [b]	119,40±21,23		24,07±12,79	
Hayır [c]	112,68±23,39		15,98±11,63	
F/p	4,410**	**0,013**	12,635**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<a*****		**c<a; c<b*****	
Egzersiz Yapma Durumu				
Düzenli [a]	155,29±13,51		38,43±10,59	
Ara Sıra [b]	129,15±19,66		30,13±12,53	
Hiç [c]	109,77±16,13		18,48±10,28	
F/p	85,843**	**<0,001**	53,562**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b<a*****		**c<b<a*****	
Uyku Süresi				
1-4 saat [a]	113,13±26,21		19,40±11,55	
5-7 saat [b]	124,56±23,61		27,53±13,41	
8 saat ve üzeri [c]	115,55±16,65		20,41±11,43	
F/p	6,853**	**<0,001**	11,908**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b*****		**c<b*****	
Diyet Programına Uyum				
Her zaman [a]	137,25±20,02		28,94±13,17	
Çoğu zaman [b]	126,39±21,89		26,99±13,59	
Bazen [c]	117,37±20,42		24,01±13,26	
Hiçbir zaman [d]	115,19±22,70		20,25±10,33	
F/p	7,618**	**<0,001**	3,496**	**0,016**
Fark (Bonferroni)	**d<a; c<a*****		**d<a*****	
KAH Hakkında Bilgi Kaynağı				
Sağlık profesyoneli dışı [a]	131,12±25,73		28,90±14,79	
Sağlık profesyoneli [b]	120,62±20,18		25,16±12,83	
Yok [c]	109,17±22,01		15,67±7,91	
F/p	10,343**	**<0,001**	11,612**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b<a*****		**c<a; c<b*****	
Bilgi Düzeyini Yeterli Bulma Durumu				
Evet [a]	131,57±22,31		31,52±13,18	
Kısmen [b]	115,41±18,54		21,58±11,54	
Hayır [c]	110,09±18,31		16,74±8,61	
F/p	29,549**	**<0,001**	37,409**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**b<a; c<a*****		**b<a; c<a*****	
Düzenli Kontrole Gitme Durumu				
Her zaman [a]	137,11±20,67		34,04±10,98	
Çoğu zaman [b]	115,08±16,73		20,53±11,05	
Bazen [c]	103,04±13,76		15,75±10,31	
Hiçbir zaman [d]	106,50±3,53		29±15,55	
F/p	52,581**	**<0,001**	44,445**	**<0,001**
Fark (Bonferroni)	**c<b<a*****		**c<a; b<a*****	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği II, KAHEA-2: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2. * Student t testi. **Varyans Analizi (Anova). ***Post-Hoc Bonferroni Test
Koyu olarak belirtilen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 4.5'te bireylerin tıbbi özellikleri ile SYBDÖ II ve KAHEA-2 puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Tanı süresi açısından incelendiğinde, tanı süresi 1 yıldan az olan bireylerin ölçek puanları 6-10 yıl ve 11 yıldan fazla tanı süresine sahip olanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05).

Ek kronik hastalık varlığı SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarını olumsuz etkilemiş, ek hastalığı olmayanların puanları daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Ailede KAH öyküsü olan bireylerin SYBDÖ II puanları anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Ancak KAHEA-2 puanlarında anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$).

İlaçlarını her zaman düzenli alan bireylerin SYBDÖ II ve KAHEA-2 puan ortalamalarının, ilaçlarını çoğu zaman veya bazen alanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). İlaçlarının etkisini bilen hastaların SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarının, "kısmen bilen" ve "bilmeyen" bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). İlaçlarının yan etkisini bilen hastaların SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarının, "kısmen bilen" ve "bilmeyen" bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Sigara kullanımı incelendiğinde, KAHEA-2 puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak yapılan çoklu karşılaştırma analizlerinde ikili gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, gruplar arasında genel düzeyde bir farklılık bulunduğunu ancak farkın küçük düzeyde olduğu ve belirli bir grup çifti arasında yoğunlaşmadığını göstermektedir. SYBDÖ II puanlarında ise anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Alkol kullanımı ise her iki ölçekte de anlamlı farklılık yaratmış; sigara ve alkol kullanan bireylerin puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Kendini stresli olarak tanımlayan bireylerin her iki ölçekte de puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Düzenli egzersiz yapan bireylerin SYBDÖ II ve KAHEA-2 puan ortalamaları, ara sıra yapan ve hiç yapmayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Uyku süresi açısından, 5-7 saat uyuyanların SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarının, 8 saat ve üzeri uyuyanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Diyet programına uyum incelendiğinde, diyet programına her zaman uyanların SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarının, hiçbir zaman uymayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Sağlık profesyoneli dışındaki kaynaklardan bilgi alan bireylerin SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarının, sağlık profesyonelinden bilgi alan veya hiç bilgi almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Bilgi düzeyini yeterli bulanların SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarının, kısmen yeterli bulan veya yetersiz bulanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

Düzenli kontrole her zaman giden bireylerin SYBDÖ II ve KAHEA-2 puanlarının, çoğu zaman giden ve bazen gidenlere kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4.6. Bireylerin Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2'den Aldıkları Puana Göre Bilgi Düzeyi Sınıflandırılması (N=298)

Bilgi Düzeyi Sınıflandırması	Puan Aralığı	n	%
Kabul Edilebilir	64-47	24	8,1
Zayıf	46-29	85	28,5
Yetersiz	28 ve altı	189	63,4

Tablo 4.6'da bireylerin KAHEA-2'den aldıkları puanlara göre bilgi düzeyi sınıflandırması sunulmaktadır. Çalışmaya katılan toplam 298 bireyin yalnızca %8,1'inin kabul edilebilir düzeyde bilgiye sahip olduğu, %28,5'inin zayıf düzeyde bilgiye sahip olduğu, %63,4'ünün ise yetersiz bilgi düzeyinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4.7. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II İlişkisi

	Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2						
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II		**KAHEA-2 Toplam Puan**	**Tıbbi Durum**	**Risk Faktörleri**	**Egzersiz**	**Beslenme**	**Psikososyal Risk**
	SYBDÖ II Toplam Puan	r=0,665 **p<0,001**	r=0,614 **p<0,001**	r=0,552 **p<0,001**	r=0,614 **p<0,001**	r=0,437 **p<0,001**	r=0,573 **p<0,001**
	Sağlık Sorumluluğu	r=0,549 **p<0,001**	r=0,581 **p<0,001**	r=0,428 **p<0,001**	r=0,476 **p<0,001**	r=0,419 **p<0,001**	r=0,481 **p<0,001**
	Fiziksel Aktivite	r=0,696 **p<0,001**	r=0,615 **p<0,001**	r=0,557 **p<0,001**	r=0,745 **p<0,001**	r=0,346 **p<0,001**	r=0,587 **p<0,001**
	Beslenme	r=0,481 **p<0,001**	r=0,373 **p<0,001**	r=0,474 **p<0,001**	r=0,411 **p<0,001**	r=0,301 **p<0,001**	r=0,408 **p<0,001**
	Manevi Gelişim	r=0,531 **p<0,001**	r=0,517 **p<0,001**	r=0,444 **p<0,001**	r=0,452 **p<0,001**	r=0,429 p<0,001	r=0,429 **p<0,001**
	Kişiler Arası İlişkiler	r=0,557 **p<0,001**	r=0,506 **p<0,001**	r=0,465 **p<0,001**	r=0,500 p<0,001	r=0,376 **p<0,001**	r=0,485 **p<0,001**
	Stres Yönetimi	r=0,461 **p<0,001**	r=0,420 **p<0,001**	r=0,364 **p<0,001**	r=0,417 **p<0,001**	r=0,280 **p<0,001**	r=0,443 **p<0,001**

KAHEA-2: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2, SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II. Pearson Korelasyon testi
Kullanılmıştır. Koyu belirtilenler istatiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.7'de, bireylerin KAHEA-2 alt boyutları ile SYBDÖ II alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, SYBDÖ II toplam puanı ile KAHEA-2 toplam puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,665; p<0,001). Bu sonuç, bireylerin bilgi düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da olumlu yönde geliştiğini göstermektedir.

KAHEA-2 toplam puanı ile SYBDÖ II alt boyutları arasındaki en yüksek ilişki, fiziksel aktivite (r=0,696; p<0,001) alt boyutunda; en düşük ilişki ise stres yönetimi (r=0,461; p<0,001) alt boyutunda saptanmıştır. KAHEA-2 alt boyutları ile SYBDÖ II toplam puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde; tıbbi durum (r=0,614; p<0,001) ve egzersiz (r=0,614; p<0,001) alt boyutlarının güçlü, risk faktörleri alt boyutunun ise orta düzeyde (r=0,552; p<0,001) pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir.

KAHEA-2 beslenme alt boyutu ile SYBDÖ II beslenme alt boyutu arasındaki korelasyon düşük düzeyde (r=0,301; p<0,001) olmakla birlikte anlamlıdır. Psikososyal risk alt boyutu ile SYBDÖ II toplam puanı arasında ise orta düzeyde ve anlamlı bir pozitif ilişki (r=0,573; p<0,001) bulunmuştur.

Bu bulgular, KAH eğitiminin bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tüm boyutlarıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu ve özellikle fiziksel aktivite, tıbbi durum bilgisi ve egzersiz boyutlarında daha güçlü ilişkiler bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ile Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Arasındaki İlişkinin Regresyon Analizi

Bağımsız Değişkenler	**β**	**SH**	**St. β**	**t**	**p**	**%95 Güven Aralığı**	
						Min	**Max**
Sabit	-12,353	3,852		-3,207	**0,001**	-19,934	-4,773
Sağlık Sorumluluğu	0,120	0,220	0,041	0,548	0,584	-0,312	0,553
Fiziksel Aktivite	1,345	0,143	0,527	9,374	**<0,001**	1,063	1,627
Beslenme	0,305	0,189	0,084	1,616	0,107	-0,067	0,677
Manevi Gelişim	0,304	0,217	0,109	1,402	0,162	-0,123	0,732
Kişiler Arası İlişkiler	0,243	0,199	0,092	1,223	0,222	-0,148	0,635
Stres Yönetimi	-0,130	0,234	-0,034	-0,556	0,578	-0,591	0,330
R^2:0,523; F=53,110							
Bağımlı Değişken: KAHEA-2 Toplam Puanı; β: Regresyon Katsayısı St. β: Standardize Regresyon Katsayısı R^2: Belirleyicilik katsayısı.							
Sabit	91,940	2,5455		36,119	**<0,001**	86,930	96,950
Tıbbi durum	1,487	0,320	0,283	4,644	**<0,001**	0,857	2,117
Risk faktörleri	0,855	0,417	0,126	2,050	**0,041**	0,034	1,676
Egzersiz	0,736	0,309	0,170	2,378	**0,018**	0,127	1,344
Beslenme	0,477	0,312	0,079	1,531	0,127	-0,136	1,090
Psikososyal Risk	1,010	0,345	0,180	2,930	**0,004**	0,332	1,688
R^2:0,486; F=55,143							
Bağımlı Değişken: SYBDÖ II Toplam Puanı; β: Regresyon Katsayısı St. β: Standardize Regresyon Katsayısı R^2: Belirleyicilik katsayısı.							

Tablo 4.8'de, KAHEA-2 ile SYBDÖ II arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizi sonuçları verilmiştir. KAHEA-2 toplam puanı ile SYBDÖ II alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizinin sonucunda, modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (R^2=0,523; F=53,110; p<0,001). Bu sonuç, SYBDÖ II alt boyutlarının KAHEA-2 toplam puanındaki varyansın %52,3'ünü açıkladığını göstermektedir.

Alt boyutlar incelendiğinde, fiziksel aktivite değişkeni, KAHEA-2 toplam puanının anlamlı bir yordayıcısı olarak bulunmuştur (B=1,345; β =0,527; t=9,374; p<0,001). Bu bulgu, bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri arttıkça bilgi düzeylerinin de anlamlı şekilde yükseldiğini göstermektedir.

Sağlık sorumluluğu (p=0,584), beslenme (p=0,107), manevi gelişim (p=0,162), kişiler arası ilişkiler (p=0,222) ve stres yönetimi (p=0,578) değişkenlerinin ise KAHEA-2 toplam puanı üzerinde anlamlı bir yordama etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Sonuç olarak, regresyon analizi bulguları fiziksel aktivitenin, koroner arter hastalığına ilişkin bilgi düzeyini en güçlü şekilde etkileyen faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışları alt boyutlarının ise bilgi düzeyini anlamlı düzeyde yordamadığı görülmüştür. Bu durum, özellikle fiziksel aktiviteyi destekleyen eğitim ve müdahalelerin, bireylerin koroner arter hastalığına ilişkin bilgi düzeylerini artırmada kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

SYBDÖ II toplam puanı ile KAHEA-2 alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan regresyon analizi sonucunda model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (R^2=0,486; F=55,143; p<0,001). Bu sonuç, KAHEA-2 alt boyutlarının SYBDÖ II toplam puanındaki varyansın %48,6'sını açıkladığını göstermektedir.

Alt boyutlar incelendiğinde; tıbbi durum değişkeni, SYBDÖ II toplam puanının anlamlı bir yordayıcısıdır (B=1,487; β =0,283; t=4,644; p<0,001). Bu bulgu, bireylerin tıbbi durumlarına ilişkin bilgi düzeyleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da anlamlı düzeyde geliştiğini göstermektedir.

Egzersiz alt boyutu da SYBDÖ II toplam puanını anlamlı şekilde yordayan bir faktör olarak bulunmuştur (B=0,736; β =0,170; t=2,378; p=0,018). Bu sonuç, egzersize yönelik bilgi düzeyinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının artmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Psikososyal risk değişkeni de anlamlı bir yordayıcıdır (B=1,010; β =0,180; t=2,930; p=0,004). Bu bulgu, psikososyal risklere yönelik bilginin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını desteklediğini ortaya koymaktadır.

Buna karşın, risk faktörleri (p=0,041) zayıf düzeyde bir katkı göstermekte olup, beslenme (p=0,127) değişkeninin SYBDÖ II toplam puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Koroner arter hastalıklarının önlenmesinde ya da hastalık geliştikten sonraki süreçte, kardiyak risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve daha olumlu bir prognoz sağlanabilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle bireylerin, kendi sağlık durumlarının ve risk etkenlerinin bilincinde olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmada, KAH olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile hastalığa ilişkin bilgi düzeyleri incelenmiş ve sonuçlar literatürle karşılaştırılmıştır. Çalışma bulguları; KAH olan bireylerde hastalığa ilişkin bilgi düzeyinin düşük; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ise orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Çalışma bulguları hem tanıtıcı hem de tıbbi özelliklerin bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bilgi düzeylerini anlamlı biçimde etkilediğini göstermektedir.

5.1. KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİ İLE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 60,99±9,17 yıl olarak saptanmıştır. Benzer şekilde Chen ve arkadaşlarının (2018) KAH olan bireylerde yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını 60,84±11,75 yıl; Topallar ve Büyükdemirci'nin (2025) KAH olan bireylerde yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını 61,1±12,9 yıl, Sivrikaya ve Erdem (2018) ise koroner yoğun bakım hastalarında yaptıkları çalışmada 60,78±11,35 yıl olarak bildirmiştir (57,72,73). Çalışmalarla karşılaştırıldığında KAH olan bireylerin yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Bu bulgu, koroner arter hastalığının özellikle ileri yaşlarda daha sık ortaya çıktığını desteklemektedir (23,74,75).

Çalışmamıza katılan bireylerin cinsiyeti incelendiğinde %56,7'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, erkeklerde KAH riskinin kadınlara göre daha fazla

olduğunu bildiren epidemiyolojik verilerle uyumludur (57,76). Bunun nedeni, östrojenin kadınlarda lipid profili üzerinde olumlu ve koruyucu bir etkide bulunması olabilir. Bu nedenle menopoz sonrasında kadınlarda kardiyovasküler hastalıklara bağlı mortalite oranlarının belirgin şekilde yükseldiği çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (77–79).

Çalışmamıza katılan bireylerin BKİ ortalaması 27,21±3,32 olarak bulunmuş olup, fazla kilolu kategorisinde yer almaktadır (80). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2020) akut koroner sendrom tanısı alan bireylerle yaptıkları araştırmada, beden kitle indeksi ortalamasının fazla kilolu düzeyinde olduğunu bildirmiştir (81). Gür ve Sunal (2019) KAH olan bireylerde yaptıkları çalışmada bireylerin çoğunluğu (%46,9) fazla kilolu olduğunu, Persil Özkan ve arkadaşları (2019) ise KAH olan bireylerde yaptıkları çalışmada bireylerin %54,72'sinin fazla kilolu olduğunu bildirmişlerdir (58,82). Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada SYBDÖ II'nin toplam puan ortalaması 120,72±21,91 olarak bulunmuştur. Aynı ölçek kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; Öztürk ve Karakuşlu'nun (2023) koroner anjiyografi olan bireylerle yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalaması 127,29±23,17; Gür ve Sunal'ın (2019) KAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalaması 131,36±26,71; Küçükberber ve arkadaşlarının (2011) kalp hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalamasını 127,45±20,51; Savaşan ve arkadaşlarının (2013) KAH olan bireylerde yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalaması 128±22; Persil Özkan ve arkadaşlarının (2019) kardiyovasküler hastalık tanısı almış bireylerde yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalaması 132,75±3,37; Dirimeşe ve arkadaşlarının (2016) KAH olan bireylerde yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalaması 123,56±24,54 olarak bulunmuştur (58,82–86). Kuru ve Piyal'ın (2012) KAH olan bireylerde yaptıkları çalışmada ise ölçek puan ortalamaları 153,22±22,31 ile yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir (87). Bu sonuçlar, çalışmamızdaki SYBDÖ II puan ortalamalarının benzer çalışmalardan elde edilen sonuçlardan daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda, SYBDÖ II'nin alt boyutları ve puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde, en yüksek ortalama puanın manevi gelişim alt boyutunda (24,50±4,68), en düşük ortalama puanın ise fiziksel aktivite alt boyutunda olduğu (13,12±5,12) saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer şekilde, birçok çalışmada SYBDÖ II'nin alt boyutlarından manevi gelişimden en yüksek, fiziksel aktiviteden ise en düşük puan ortalamalarının alındığı bildirilmiştir (84,86–90).

Manevi gelişim alt boyutunun yüksek puan ortalaması, bireylerin yaşamlarına anlam katma ve içsel huzur bulma süreçlerinin güçlü olduğunu düşündürmektedir (91). Literatürde, manevi iyilik halinin KAH olan bireylerde yaşam kalitesini artırdığı ve psikolojik semptomları azalttığı belirtilmektedir (92,93). Manevi gelişim, bireylerin stresle başa çıkma ve sağlık davranışlarını sürdürme becerilerini destekleyerek kronik hastalık yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır (94).

Çalışmamızda fiziksel aktivite alt boyutunun düşük bulunması, bireylerin yetersiz düzeyde aktif olduğunu ve bunun sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir. Er ve arkadaşlarının (2020) KAH olan bireylerde yaptığı bir çalışmada, KAH sonrası bireylerin fiziksel aktiviteden kaçındığını bildirmişlerdir (95). Oysa güncel kılavuzlar, haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta egzersiz önermekte ve düzenli aktivitenin kan basıncı, lipid profili, kilo kontrolü ve diyabet yönetimi üzerinden kardiyovasküler riski anlamlı şekilde azalttığını vurgulamaktadır (96–99).

Bu çalışmada, bireylerin tanıtıcı ve tıbbi özellikleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları karşılaştırılmış ve anlamlı bulunan bulgular değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan kadın bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, erkek bireylere göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Konuyla ilgili yapılan çalışmaların çoğunda, bizim çalışmamızdan farklı olarak, erkeklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha iyi düzeyde bulunmuştur (58,82,85,87). Bu çalışmalardan farklı olarak, Terzi ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında ise kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bizim çalışmamızın sonucuyla paralellik gösterecek şekilde, daha iyi düzeyde bulunmuştur (100). Kadınların aile içindeki bakım rollerini üstlenmeleri, annelik ve eş olma gibi sorumluluklar; onların sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi edinme, önleyici

sağlık davranışlarına ilgi duyma ve bu yönde adımlar atma motivasyonunu artırabilmektedir (101). Çalışmalarda, kadınların evde muhtaç bireylere bakım verdikleri durumlarda, sağlıkla ilişkili davranışlarda daha aktif ve koruyucu yaklaşımlarda daha bilinçli oldukları gösterilmiştir (102–105). Çalışmamızda kadın bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erkeklere kıyasla daha iyi düzeyde çıkması, toplumsal cinsiyet rolleriyle uyumludur.

Çalışmamızda, medeni durumu evli olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bekar olanlara göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Evlilikle birlikte sağlanan duygusal, maddi ve manevi destek; hastaların yaşam kalitesini artırarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu gelişmelere yol açtığı düşünülebilir (84). Küçükberber ve arkadaşlarının (2011) kalp hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışma, çalışmamızın sonuçlarıyla benzerdir (85). Aksine, Gür ve Sunal'ın (2019) KAH olan bireylerle yaptığı çalışmasında ise bekarların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha iyi düzeyde bulunmuştur (58).

Çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu durum, eğitim düzeyinin bireylerin sağlıkla ilgili farkındalık, bilgiye erişim ve bilinçli karar verme süreçlerini olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir. Eğitimli bireyler genellikle sağlık riskleri konusunda daha duyarlıdır; beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi gibi konularda bilimsel bilgilere ulaşma ve bu bilgileri günlük yaşamlarına uyarlama konusunda daha yetkindir. Konuyla ilgili literatürde benzer şekilde eğitim seviyesinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği görülmüştür (82,85–87). Hipertansiyon ve kalp yetersizliği olan bireylerde yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyinin sağlıklı yaşam davranışlarına uyumu etkilediği görülmektedir; eğitim seviyesi yükseldikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha iyi düzeye geldiği bildirilmektedir (106,107). Alcan ve arkadaşları (2017) koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi arttıkça bireylerin bilişsel yetilerinin ve kavrama kapasitelerinin de geliştiğini, bu sayede yaşam biçimi değişikliklerinin önemini daha iyi kavrayarak sağlıklı yaşam davranışlarını uygulama konusunda daha başarılı olduklarını bildirmişlerdir (88).

Çalışmamızda, çalışan ve ekonomik olarak geliri giderinden fazla olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, diğerlerine göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Alcan ve arkadaşlarının (2017) koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren bireylerle yaptıkları çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur (88). Küçükberber ve arkadaşlarının (2011) kalp hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmasında da ifade edildiği gibi, gelir arttıkça bireylerin sağlıklarına önem vermesi, egzersiz alışkanlığı kazanması ve ihtiyaç halinde uzman yardımı alması kolaylaşmakta, bunun sonucunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yerleşmesi desteklenmektedir (85).

Çalışmamızda yurt dışı ve şehirde yaşayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları diğerlerine göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Wang ve arkadaşlarının (2017) KAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar görülmüştür (108). Şehirde yaşayan bireyler, sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerden faydalanma açısından daha avantajlıdır. Ayrıca, sağlığı geliştirmeye yönelik programlara katılma imkânları da kırsal alanlara göre daha fazladır.

Çalışmamızda tanı süresi 1 yıldan az olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha iyi düzeyde bulunmuştur ve tanı süresi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kötüleştiği gözlemlenmiştir. Kuru ve arkadaşlarının (2012) KAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada da tanı süresi 2 yıldan az olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha iyi bulunmuş olup, çalışmamızın sonuçlarıyla benzerdir (87). Sürenin uzamasıyla birlikte bireylerin hastalığa ve risklere karşı hassasiyetlerinin azaldığı düşünülebilir.

Çalışmamızda hastalığı ile ilgili bilgi almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları almayanlara göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Bilgi sahibi olan bireyler, hastalığın riskleri, yönetimi ve korunma yolları hakkında daha bilinçli kararlar alabilir; beslenme, egzersiz, ilaç kullanımı ve stres yönetimi gibi sağlıklı yaşam alışkanlıklarını uygulama konusunda daha motive olabilirler. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır (15,87).

Çalışmada birinci dereceden akrabasında KAH olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları olmayanlara göre daha iyi düzeyde bulunmuştur. Gür ve Sunal'ın

(2019) KAH olan bireylerle yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar olduğu görülmüştür (58). Birinci derece akrabasında KAH olan bireyler, hastalığın risklerini daha yakından gözlemlemiş olduğu ve bu deneyimin onların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına daha fazla önem vermesine teşvik ettiği düşünülebilir.

5.2. KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİ İLE HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan bireylerin en yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu alan ‘‘Beslenme’’, en düşük bilgi düzeyine sahip olduğu alan ise ‘‘Psikososyal Risk’’ alanıdır. Literatür incelendiğinde, KAHEA-2 ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunduğu ve bu çalışmalarda elde edilen sonuçların bizim bulgularımızla benzer olduğu görülmüştür. Santos ve arkadaşlarının (2019) KAHEA-2’nin Brezilya’ya uyarlanarak geçerlilik çalışmasının yapıldığı araştırmada, en yüksek bilgi düzeyinin “Egzersiz” alt boyutuna ait olduğu, en düşük bilgi düzeyinin ise “Psikososyal Risk” alt boyutuna ait olduğu görülmüştür (109). Bálint ve arkadaşlarının (2025) KAH olan bireylerle yaptığı çalışmada, bireylerin “Egzersiz’’ alanında bilgi düzeyi en yüksekken; en düşük bilgi düzeyi ‘‘Beslenme’’ alanında bulunmuştur (110). Chen ve arkadaşlarının (2018) Çin’de yaptıkları çalışmada, KAH olan bireylerin “Tıbbi Durum” ve “Egzersiz” alt boyutlarında bilgi düzeylerinin daha yüksek, “Risk Faktörleri” alt boyutunda ise daha düşük olduğu saptanmıştır (73). Yang ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada en yüksek bilgi düzeyi beslenme alt boyutundan alınmıştır (111).

Çalışmamızda, KAHEA-2’den alınan toplam puana göre bilgi düzeyi “yetersiz” olarak bulunmuştur. Konuyla ilgili literatür incelendiğinde, Chen ve arkadaşlarının (2018) KAHEA-2’nin Çince versiyonunu geçerlilik açısından inceledikleri çalışmada, bireylerin bilgi düzeyinin “kabul edilebilir” düzeyde olduğu bulunmuştur (73). Akbulut’un (2018) çalışmasında, koroner arter hastalığı eğitim anketinin Türkçe versiyonu geçerlilik açısından incelenmiş ve bireylerin bilgi düzeyini “İyi” olarak değerlendirilmiştir (69). Bu çalışmanın bulguları, bireylerin

KAH ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olmasının; bireylerin genel olarak düşük eğitim ve gelir seviyelerine sahip olmalarına bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada, bireylerin tanıtıcı ve tıbbi özellikleri ile KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır ve anlamlı bulunan bulgular değerlendirilmiştir. Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, kadınların KAH'a ilişkin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur ama aralarında istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. De Mole Ghisi ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada erkeklerin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuş olup, istatiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (112). Benzer sonuçlar Yang ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da görülmüştür (111).

Çalışmamızda medeni durumu evli olan bireylerin KAH'a ilişkin bilgi düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Çalışmalar incelendiğinde medeni durum istatistiksel olarak bir farklılık yaratmamıştır (111,113). Farklı olarak, Çürük ve arkadaşları (2018) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerle yaptıkları çalışmalarında evli olan bireylerin, kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri hakkında daha bilgili olduklarını bildirmiştir (114).

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça, KAH'a ilişkin bilgi düzeyinin arttığı gözlenmektedir. Konuyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da, eğitim düzeyinin bilgi düzeyini artırdığı görülmüştür (109,111,112,114,115). Eğitim düzeyi ve okuryazarlık arttıkça, bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirme konusunda daha fazla bilgiye ulaşmaya çalıştıkları, araştırma yapmaya yöneldikleri, mevcut sağlık durumlarını sürdürmede daha bilinçli davrandıkları ve yaşam tarzlarına daha özen gösterdikleri söylenebilir.

Çalışmamızda, tam gün çalışan bireylerin KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri, yarım gün çalışan ve hiç çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ve literatürle uyumludur (113,116). Çalışan bireylerin sosyal çevre ve kaynaklara erişimle KAH konusunda daha bilgili oldukları, çalışmayanlarda ise ekonomik ve sosyal kısıtlılıkların bilgi düzeyini düşürdüğü düşünülebilir.

Çalışmamızda gelir durumu iyi olan bireylerin KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri daha yüksektir. Konuyla ilgili çalışmalara bakıldığında, çalışmamızın literatürle

benzer sonuçlara sahip olduğu görülmektedir (109,111,112,115). Bu durum gelir durumu iyi olan bireylerin daha fazla imkana sahip olmaları, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanmaları, bilgi düzeylerinin yüksekliği ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda Yurt dışı ve şehirde yaşayanların KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri en yüksekken, ilçe ve kasaba gibi yerlerde yaşayan bireylerin bilgi düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Yang ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada da, kırsal kesimde yaşayan bireylerin KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri daha düşük bulunmuştur (111). Bunun sebebi, kırsal kesimde yaşayan bireylerin eğitim şartlarına bağlı olarak okuryazarlık oranının daha düşük olması düşünülebilir.

Çalışmamızda, birinci dereceden akrabasında KAH öyküsü olan ve olmayanların KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Literatüre bakıldığında ise, sonuçlar benzerdir. Coşkun (2024), sağlıklı bireylerle KAH risk faktörleri üzerine yaptığı çalışmada, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yaratmamıştır (117). Uçar ve Arslan'ın (2017), sağlıklı bireylerle KAH risk faktörleri üzerine yaptıkları çalışmada da, ailede kardiyovasküler hastalık varlığının puan ortalamasında anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür (118).

Çalışmamızda tanı süresi 1 yıldan az olanlarda KAH'a ilişkin bilgi düzeyi en yüksek olarak bulunmuştur. Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde, De Mole Ghisi ve arkadaşları (2018) yaptığı çalışmada tanı süresinin bilgi düzeyini anlamlı düzeyde etkilemediğini bildirmiştir (112). Benzer sonuçlar, Yang ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da görülmüştür (111). Çalışmamızda anlamlı çıkmasının nedeni, bireylerin tanı aldığı ilk yılda bilgi düzeyleri düşük olduğu için araştırma ve öğrenme isteklerinin yüksek olmasıyla ilgili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, ek kronik hastalığı olmayanların KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Farklı olarak, Yang ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada ek kronik hastalık sayısı arttıkça KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri de artmaktadır (111). Uçar ve Arslan'ın (2017) sağlıklı bireylerle KAH risk faktörleri üzerine yaptıkları çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ama kronik hastalık sayısının artması anlamlı bir

fark oluşturmamıştır (118). Bizim çalışmamızda, KAH'a ilişkin bilgi düzeyinin başka bir kronik hastalığı olmayanlarda daha yüksek bulunması, bireyin tek bir hastalığa odaklanıp hakkında daha çok şey öğrenebilmesiyle ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda, KAH hakkında bilgi almayanların KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında ise, Çürük ve arkadaşları (2018) kardiyovasküler hastalığı olan birey ve yakınlarında yaptığı çalışmada bilgi alma durumunun bilgi düzeyini etkilemediğini bildirmiştir (114).

5.3. KORONER ARTER HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI İLE BİLGİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLŞKİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, KAH'a ilişkin bilgi düzeyinin, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede önemli bir belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Bireylerin bilgi düzeyi yükseldikçe hem genel yaşam biçimi hem de alt boyutlarda daha sağlıklı davranışlar sergiledikleri anlaşılmaktadır. KAH'dan korunmanın en etkili yolu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışının kazanılabilmesi ve kalıcı olarak sürdürülebilmesi için ise bireyin risk faktörleri ve hastalığa dair bilgisinin olması gerekir (9).

Çalışmamızda, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri arasında en yüksek ilişki ‘‘Fiziksel Aktivite’’ alt boyutunda, en düşük ilişki ise ‘‘Stres Yönetimi’’ alt boyutunda saptanmıştır. KAH olan bireylerde egzersiz/aktivite konusundaki bilgilenmenin, davranış değişikliğini başlatma ve sürdürme yönünde güçlü bir motivasyon kaynağı olduğu literatürde sıkça vurgulanmaktadır (119,120). Bu bağlamda egzersizin KAH olan bireylerde primer ve sekonder korunmada merkezi bir rolü olduğu ve rehberlerin düzenli fiziksel aktiviteyi açıkça desteklediği unutulmamalıdır (119,120). Stres yönetimi alanında ilişkinin düşük çıkması, bilginin tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Stresle başa çıkma süreci; bireysel özellikler, sosyal destek ve psikososyal müdahalelerden etkilenmektedir. Bu nedenle sadece bilgilendirme değil, gevşeme teknikleri, grup

çalışmaları ve psikoeğitim gibi uygulamalı yöntemlerin de eğitim programlarına eklenmesi önemlidir (121,122).

Çalışmadaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile KAH'a ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ''Tıbbi Durum'' ve ''Egzersiz'' alt boyutlarının güçlü, ''Risk Faktörleri'' alt boyutunun ise orta düzeyde pozitif ilişkili olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bálint ve Slezáková (2025) KAH olan bireylerde ikincil korunma bilgisini değerlendirdikleri çalışmada, bireylerin tıbbi durum ve egzersiz ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek çıktığını, risk faktörleriyle ilgili bilgi düzeyinin daha düşük çıktığını bildirmiştir (110). Jalal ve Noorbhai (2022) KAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada egzersiz süresiyle bilgi düzeyi arasında pozitif korelasyon saptamış ve daha aktif hastalarda bilgi skorlarını daha yüksek bulmuştur (123). Bu bulgular, egzersiz ve hastalık yönetimi bilgisi yüksek olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha etkin bir şekilde uyguladıklarını göstermektedir. Egzersiz hakkında bilgi sahibi olmak, bireylerin fiziksel aktivitenin önemini kavramasını, düzenli egzersiz yapma motivasyonlarını artırmasını ve hastalık yönetiminde daha bilinçli davranmalarını sağlamaktadır. Dolayısıyla bilgi düzeyinin artması, egzersiz alışkanlıklarının gelişmesine doğrudan katkıda bulunmaktadır.

Tıbbi durum alt boyutu, hastalığın semptomları, tedavi süreci ve klinik izlemlerle ilgili bilgi edinimini kolaylaştırır; egzersiz alt boyutu ise bireyin günlük yaşamında uygulama olanağı bulduğu bir alan olduğu için bu tür bilginin pekiştirilmesi daha muhtemeldir. Öte yandan risk faktörleri konusu, hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, sigara gibi çok sayıda bileşeni içerdiğinden hem kavranması hem de davranışa dönüşmesi yönünden daha karmaşık olabilir. Bu da bilgi-davranış ilişkilerinin "Risk Faktörleri" alt boyutunda orta düzeyde kalmasına neden olmuş olabilir. Açıkgöz ve Taşkın Yılmaz (2025) KAH olan bireylerle yaptıkları çalışmada, risk faktörleri bilgisinin genel bilgi düzeyiyle ve sağlık algısıyla anlamlı ilişkilerini saptamış; ancak bu alt boyutta bilginin davranışa dönüşümünün diğer alt boyutlara kıyasla daha sınırlı olabileceğini vurgulamıştır (124).

Çalışmamızda KAHEA-2 beslenme alt boyutu ile SYBDÖ II beslenme alt boyutu arasındaki korelasyon, düşük düzeyde olmakla birlikte anlamlı bulunmuştur.

Bu bulgu, beslenme bilgisi ile diyet uygulamaları arasındaki ilişkinin çalışmamızda düşük düzeyde olduğunu ve bireylerin beslenme bilgilerine sahip olmalarının, sağlıklı diyet uygulamalarına yansımasının her zaman mümkün olmadığını göstermektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, benzer sonuçlar olduğu elde edilmiştir. O'Leary ve arkadaşlarının (2025) yaptığı kapsamlı derleme, üniversite öğrencileri arasında beslenme bilgisi ile diyet uygulamaları arasındaki ilişkinin genellikle zayıf-orta düzeyde olduğunu bildirmiştir (125). Janiczak ve arkadaşları (2022) yaptıkları derlemede genel popülasyonda beslenme bilgisi ile diyet uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemişler ve zayıf bir ilişki olduğunu bildirmiştir. Zychowicz ve Plichta (2022) üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada benzer sonucu elde etmişlerdir (126).

Çalışmamızda, KAHEA-2 Psikososyal risk alt boyutu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında orta düzeyde ve anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur. Bu bulgu, psikososyal faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde önemli bir etkisi olduğunu ortaya koymaktadır. Bireylerin psikososyal risk düzeylerinin arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını da olumlu yönde geliştirdiğini göstermektedir. Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde, çalışmamıza paralel sonuçlar bulunmuştur (127–129).

Bu çalışmada elde edilen bulgular, KAH'a ilişkin bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bulgulara göre, fiziksel aktivite davranışı bilgi düzeyini anlamlı biçimde yordamakta ve bu değişken modelin açıklayıcılığında en güçlü etkiye sahip olmaktadır. Bu durum, fiziksel olarak daha aktif bireylerin hastalık hakkında daha bilinçli olduklarını ve sağlıkla ilgili bilgilerini yaşamlarına daha kolay aktarabildiklerini düşündürmektedir. Güncel çalışmalar da düzenli fiziksel aktivitenin hem bilgi düzeyini hem de kalp sağlığını geliştirdiğini göstermektedir (130).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yordayan bilgi alt boyutları incelendiğinde, tıbbi durum, egzersiz ve psikososyal risk bilgisi anlamlı yordayıcılar olarak öne çıkmıştır. Bu bulgu, bireylerin hastalık, fiziksel aktivite ve stres yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinin sağlık davranışlarını doğrudan ve olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (131).

Tıbbi durum bilgisi, bireyin hastalığını tanıma, belirtileri fark etme ve tedavi sürecine aktif katılımını destekleyerek öz bakım ve tedaviye uyum davranışlarını güçlendirmektedir. Egzersiz bilgisi, fiziksel aktivitenin yalnızca önerilen bir davranış değil, kardiyovasküler sağlığın korunmasında temel bir unsur olduğunu kavramayı sağlar. Bu farkındalık, bireylerin düzenli egzersiz alışkanlığı geliştirme motivasyonlarını artırabilir (132–135).

Psikososyal risk bilgisi ise, stresle başa çıkma, sosyal destek arayışı ve duygusal farkındalık gibi faktörleri içermesi bakımından, bireyin sağlıklı yaşam biçimini sürdürme sürecine psikolojik bir dayanıklılık kazandırmaktadır. Nitekim literatürde de, tıbbi farkındalık ve öz yönetim bilgisinin artmasının, yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmede önemli bir belirleyici olduğu bildirilmektedir(136,137).

Bu sonuçlar, sağlık eğitimlerinin yalnızca bilgi aktarımına değil, bireyin kendi hastalığını anlamasına ve davranış değişikliğini içselleştirmesine odaklanması gerektiğini göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Koroner arter hastalığına sahip bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve hastalığa ilişkin bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

✓ Tanıtıcı özelliklerin hem SYBDÖ II hem de KAHEA-2 puanları üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Özellikle eğitim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu ve aile yapısının bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve hastalığa yönelik bilgi düzeylerini anlamlı biçimde etkilediği saptanmıştır.

✓ Tıbbi özellikler açısından değerlendirildiğinde, en sık görülen tanı koroner bypass operasyonu (%61,4) iken ek kronik hastalık sıklığı oldukça yüksek bulunmuş (%90,3), hipertansiyon (%43,6) ve hiperlipidemi (%43,2) en yaygın ek hastalıklar olmuştur.

✓ Tanı süresinin kısa olması, ek kronik hastalık bulunmaması, düzenli ilaç kullanımı ve ilaçların etkileriyle yan etkilerine ilişkin bilgi düzeyinin yüksekliği, ölçek puanlarını olumlu yönde etkilemiştir. Ayrıca, düzenli egzersiz yapan; uyku düzeni 5–7 saat olan, diyet programına uyan ve düzenli kontrole giden bireylerin hem sağlıklı yaşam davranışlarının hem de bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

✓ SYBDÖ II toplam puanı 120,72±21,91; KAHEA-2 toplam puanı ise 24,54±13,09 olarak bulunmuştur. Bu bulgu, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde, hastalığa ilişkin bilgi düzeylerinin ise düşük düzeyde olduğunu göstermektedir.

✓ Bireylerin yalnızca %8,1'inin kabul edilebilir bilgi düzeyine sahip olduğu, %63,4'ünün ise yetersiz bilgi düzeyinde bulunduğu görülmüştür. Bu sonuç, KAH olan bireylerde ciddi bir bilgi eksikliği olduğunu ortaya koymaktadır.

✓ SYBDÖ II alt boyutlarında en yüksek puan manevi gelişimden, en düşük puan fiziksel aktiviteden alınmıştır. KAHEA-2 alt boyutlarında ise en yüksek puan beslenme, en düşük puan psikososyal risk alt boyutunda saptanmıştır.

✓ Ölçek alt boyutları değerlendirildiğinde, en güçlü ilişkinin fiziksel aktivite ve egzersiz boyutlarında ortaya çıktığı; bunun da bilgi düzeyinin artışıyla yaşam biçimi davranışlarının gelişimini desteklediği görülmüştür.

✓ Korelasyon analizleri, bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki olduğunu göstermiştir ($r=0,665$; $p<0,001$). Özellikle fiziksel aktivite, tıbbi durum bilgisi ve egzersiz alt boyutlarında güçlü ilişkiler saptanmıştır.

✓ Regresyon analizleri, fiziksel aktivitenin KAHEA-2 toplam puanının en güçlü yordayıcısı olduğunu; SYBDÖ II toplam puanını ise tıbbi durum, egzersiz ve psikososyal risk bilgisi alt boyutlarının anlamlı şekilde etkilediğini ortaya koymuştur.

✓ Genel olarak, bireylerin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, ancak bilgi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı biçimde geliştiği sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. ÖNERİLER

✓ Çalışma bulguları doğrultusunda, KAH olan bireylere yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde özellikle fiziksel aktivite, egzersiz, tıbbi durum bilgisi ve psikososyal risklerin yönetimi konularına öncelik verilmesi önerilmektedir.

✓ Sağlık profesyonellerinin bireylere düzenli ilaç kullanımı, sağlıklı beslenme ve diyet programına uyum gibi konularda daha etkili rehberlik yapmaları önem taşımaktadır. Bireylerin düzenli aralıklarla izlenmesi ve hatırlatma sistemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

✓ Bilgi kaynaklarının çeşitlendirilmesi, sadece sağlık personeline değil, farklı iletişim araçlarına da dayalı eğitim programlarının geliştirilmesi, bireylerin bilgi düzeylerini artırmada faydalı olabilir.

✓ Eğitim müdahalelerinin, bireylerin tanıtıcı özellikleri dikkate alınarak kişiselleştirilmesi, öğrenmenin kalıcılığını ve davranış değişikliğini güçlendirecektir.

✓ Fiziksel aktivite, bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını en güçlü yordayan faktör olduğundan, bireylere kişiselleştirilmiş egzersiz programları önerilmeli ve düzenli olarak takip edilmelidir.

✓ Egzersiz konusunda hekim, hemşire ve fizyoterapist iş birliğiyle multidisipliner yaklaşımlar geliştirilmelidir.

✓ Psikososyal risklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkisi olduğu göz önünde bulundurularak, bireylere stres yönetimi, psikolojik danışmanlık ve sosyal destek programları sağlanmalıdır.

✓ KAH olan bireylerin bilgi ve yaşam tarzı davranışlarını geliştirmeye yönelik ulusal rehberler oluşturulmalı, hastanelerde Bireyeğitim birimleri yaygınlaştırılmalıdır.

✓ Halk sağlığı düzeyinde, toplum temelli eğitim kampanyaları ve farkındalık programları uygulanmalıdır.

✓ Sonuç olarak, fiziksel aktiviteyi ve sağlıklı yaşam davranışlarını teşvik eden, hasta merkezli eğitim ve müdahalelerin artırılması; bireylerin hem bilgi düzeyini yükseltecek hem de yaşam kalitelerini anlamlı biçimde geliştirecektir.

7. KAYNAKÇA

1. Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., *et al.* (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal, 41*(3), 407–477.

2. WHO. (2021). *The top 10 causes of death* [Fact sheet]. World Health Organization. Erişim tarihi: 26 Haziran 2025, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

3. Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2023* [Bülten]. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim tarihi: 22 Haziran 2025, https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709

4. Altan Onat, G., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel-Ünaltuna, N., Kaya, A. ve diğerleri. (2017). Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. Tekharf, 2017.

5. Doğru, B. V. (2019). Koroner arter hastalıkları ve bakım yönetimi. In *İç hastalıkları hemşireliği* (ss. 83–100). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.

6. Abaci, A. (2009). The current status of cardiovascular risk factors in Turkey. *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology, 39*(Suppl. 4), 1–5.

7. Malakar, A. K., Choudhury, D., Halder, B., Paul, P., Uddin, A., & Chakraborty, S. (2019). A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics. *Journal of Cellular Physiology, 234*, 16812–16823.

8. Kanejima, Y., Shimogai, T., Kitamura, M., Ishihara, K., & Izawa, K. P. (2022). Impact of health literacy in patients with cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling, 105*(7), 1793–1800. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34862114/

9. Karakoç Kumsar, A., & Taşkın Yılmaz, F. (2017). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*.

10. Fathnezhad-Kazemi, A., & Hajian, S. (2019). Factors influencing the adoption of health promoting behaviors in overweight pregnant women: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 19*(1), 1–11.

https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2199-5

11. Couture-Wilhelmy, L., Chaubet, P., & Gadais, T. (2021). Winning conditions for the adoption and maintenance of long-term healthy lifestyles according to physical activity students. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(21), 11057. https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11057/htm

12. Yang, M., Ta, N., Bai, X., Wei, C., Sun, C., & Han, C. (2023). The effectiveness of personalized nursing on quality of life in cardiovascular disease patients: A systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2023,* 4689732. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9870693/

13. Gaudel, P., Neupane, S., Koivisto, A. M., Kaunonen, M., & Rantanen, A. (2022). Effects of intervention on lifestyle changes among coronary artery disease patients: A 6-month follow-up study. *Nursing Open, 9*(4), 2024. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9190674/

14. Türkmen, E., Badır, A., & Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: Primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3*(4).

15. Kurçer, A., & Öa. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11*(1), 107–113.

16. Alkan Kayhan, S., & Nural, N. (2024). The effect of web-based education delivered as part of cardiac rehabilitation on healthy lifestyle behaviors and quality of life in patients with coronary artery disease in Turkey: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling, 119.* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38029578

17. World Health Organization. *Cardiovascular diseases (CVDs).* (Fact sheet). Erişim Tarihi: 19 Temmuz 2025, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)

18. Libby, P., & Theroux, P. (2005). Pathophysiology of coronary artery disease. *Circulation, 111*(25), 3481–3488. https://doi.org/10.1161/cırculatıonaha.105.537878

19. Shahjehan, R., Sharma, S., & Bhutta, B. S. (2024,). *Coronary artery disease.* In *Mistake-based learning in cardiology: Avoiding medical errors* (pp. 94–119). National Center for Biotechnology Information (NCBI).

20. Sarebanhassanabadi, M., Mirjalili, S. R., Marques-Vidal, P., Kraemer, A., & Namayandeh, S. M. (2024). Coronary artery disease incidence, risk factors, awareness, and medication utilization in a 10-year cohort study. *BMC Cardiovascular Disorders, 24*(1), 1–11.

21. Tanrıverdi, B., Savaş Tetik, Ş., & Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı. (2017). Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal, 21*(1), 1–9.

22. Nakahara, T., Dweck, M. R., Narula, N., Pisapia, D., Narula, J., & Strauss, H. W. (2017). Coronary artery calcification: From mechanism to molecular imaging. *JACC: Cardiovascular Imaging, 10*(5), 582–593. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28473100/

23. Brown, J. C., Gerhardt, T. E., & Kwon, E. (2023). *Risk factors for coronary artery disease.* In *Risk factors in coronary artery disease* (pp. 1–219). National Center for Biotechnology Information (NCBI). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/

24. Adisasmito, W., Amir, V., Atin, A., Megraini, A., & Kusuma, D. (2020). Geographic and socioeconomic disparity in cardiovascular risk factors in Indonesia: Analysis of the basic health research 2018. *BMC Public Health, 20*(1). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32586296/

25. Sanchis-Gomar, F., Perez-Quiilis, C., Leischik, R., & Lucia, A. (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Annals of Translational Medicine, 4*(13), 256. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4958723/

26. Maas, A., & Appelman, Y. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal, 18*(12), 598. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3018605/

27. Harris, K., Peters, SA., & Woodward, M. (2023). Sex hormones and risk of coronary artery disease in women. *Australian Prescriber, 46*(1), 3–4. https://australianprescriber.tg.org.au/articles/sex-hormones-and-risk-of-coronary-artery-disease-in-women.html

28. Bachmann, J. M., Willis, B. L., Ayers, C. R., Khera, A., & Berry, J. D. (2012). Association between family history and coronary heart disease death across long-term follow-up in men: The Cooper Center Longitudinal Study. *Circulation, 125*(25), 3092–3098. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3631594/

29. Hajar, R. (2017). Risk factors for coronary artery disease: Historical perspectives. *Heart Views, 18*(3), 109. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5686931/

30. Volgman, A. S., Palaniappan, L. S., Aggarwal, N. T., Gupta, M., Khandelwal, A., Krishnan, A. V., et al. (2018). Atherosclerotic cardiovascular disease in South Asians in the United States: Epidemiology, risk factors, and treatments: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation, 138*(1), e1–e34. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29794080/

31. Rodriguez, C. J., Allison, M., Daviglus, M. L., Isasi, C. R., Keller, C., Leira, E. C., et al. (2014). Status of cardiovascular disease and stroke in Hispanics/Latinos in the United States: A science advisory from the American Heart Association. *Circulation, 130*(7), 593–625. https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000000071?download=true

32. Carnethon, M. R., Pu, J., Howard, G., Albert, M. A., Anderson, C. A. M., Bertoni, A. G., et al. (2017). Cardiovascular health in African Americans: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation, 136*(21), e393–e423. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29061565/

33. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., et al. (2015). Heart disease and stroke statistics—2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation, 131*(4), e29–e39. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25520374/

34. Cavero-Redondo, I., Peleteiro, B., Álvarez-Bueno, C., Rodriguez-Artalejo, F., Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Glycated haemoglobin A1c as a risk factor of cardiovascular outcomes and all-cause mortality in diabetic and non-diabetic populations: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open, 7*(7). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28760792/

35. Ades, P. A., & Savage, P. D. (2017). Obesity in coronary heart disease: An unaddressed behavioral risk factor. *Preventive Medicine, 104*, 117. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5640469/

36. Ndumele, C. E., Matsushita, K., Lazo, M., Bello, N., Blumenthal, R. S., Gerstenblith, G., et al. (2016). Obesity and subtypes of incident cardiovascular disease. *Journal of the American Heart Association, 5*(8). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27468925/

37. Hackshaw, A., Morris, J. K., Boniface, S., Tang, J. L., & Milenković, D. (2018). Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: Meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ, 360*.

38. Khoramdad, M., Vahedian-Azimi, A., Karimi, L., Rahimi-Bashar, F., Amini, H., & Sahebkar, A. (2020). Association between passive smoking and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *IUBMB Life, 72*(4), 677–686. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31833635/

39. Yang, Y., Liu, D. C., Wang, Q. M., Long, Q. Q., Zhao, S., Zhang, Z., et al. (2016). Alcohol consumption and risk of coronary artery disease: A dose-response meta-analysis of prospective studies. *Nutrition, 32*(6), 637–644. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26916878/

40. Bruning, R. S., & Sturek, M. (2015). Benefits of exercise training on coronary blood flow in coronary artery disease patients. *Progress in Cardiovascular Diseases, 57*(5), 443–453. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25446554/

41. Won HH. (2023) Angina Pectoris: Types and Its Diagnosis. Angiol Open Access. 11:317

42. Campeau L. Grading of angina pectoris. Circulation. 1976;54:522–523.

43. Kumar Singh, A., & Kumar Jat, R. (2022). Myocardial infarction. *Himalayan Journal of Health Sciences, 16*, 16–32. http://www.hjhs.co.in/index.php/hjhs/article/view/116

44. Güner, S. G., & Nural, N. (2020). Koroner arter hastalığı: Etiyoloji ve patogenez. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine - Nursing - Special Topics, 6*(1), 1–6. https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-koroner-arter-hastaligi-etiyoloji-ve-patogenez-90709.html

45. Türk Kardiyoloji Derneği. (2021). *Stabil koroner arter hastalığı tanı ve tedavi kılavuzu* (Türk Kardiyoloji Derneği Uzman Görüş Raporu, 2021/1). Türk Kardiyoloji Derneği Yayınları.

46. Devon, H. A., Mirzaei, S., & Zègre-Hemsey, J. (2020). Typical and atypical symptoms of acute coronary syndrome: Time to retire the terms? *Journal of the American Heart Association, 9*(7). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32208828/

47. Neumann, F. J., Sechtem, U., Banning, A. P., Bonaros, N., Bueno, H., Bugiardini, R., et al. (2020). 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal, 41*(3), 407–477. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz425

48. InformedHealth.org. (2022). *Coronary artery disease: Learn more – Medication for the long-term treatment of coronary artery disease.* Institute

for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK355311/

49. Türk Kardiyoloji Derneği. *Perkütan koroner girişimler (koroner balon ve stent tedavisi) hakkında sık sorulan sorular.* Türk Kardiyoloji Derneği. Erişim Tarihi: 19 Temmuz 2025. https://tkd.org.tr/menu/153/perkutan-koroner-girisimler-koroner-balon-ve-stent-tedavisi-hakkinda-sik-sorul

50. Tekin, G., & Tekin, A. (2015). Current medical treatment of stable coronary artery disease. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 24*(4), 592–613. https://doi.org/10.17827/aktd.91590

51. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (n.d.). *Coronary artery bypass grafting – What is coronary artery bypass grafting?* National Institutes of Health (NIH). https://www.nhlbi.nih.gov/health/coronary-artery-bypass-grafting

52. Özcan, C. (2016). Akut koroner sendromlarda tanı ve risk sınıflaması. *Genel Tıp Dergisi, 26*(Ek sayı 1), 1–6.

53. Kothe, E. (2013). Lifestyle, healthy. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1158–1160). Springer.

54. Ellis, L., Hoskin, A. W., & Ratnasingam, M. (2018). Personality and behavioral factors. In *Handbook of social status correlates* (pp. 75–118).

55. Al-Zaru, I. M., Shahour, G., Masha'al, D., & Hayajneh, A. A. (2022). Depression and adherence to healthy lifestyle behaviors among patients with coronary artery diseases in Jordan. *Heliyon, 8*(7). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35800254/

56. Yang, Y. L., Leu, H. B., Yin, W. H., Tseng, W. K., Wu, Y. W., Lin, T. H., Yeh, H. I., Chang, K. C., Wang, J. H., Wu, C. C., & Chen, J. W. (2021). Adherence to healthy lifestyle improved clinical outcomes in coronary artery disease patients after coronary intervention. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*, *84*(6), 596–605. https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000536

57. Topallar, B., & Büyükdemirci, E. (2025). Analysing quality of life and health literacy level of individuals with coronary artery disease. *Bulletin of Cardiovascular Academy, 3*(1), 31–38.

58. Gür, G., & Sunal, N. (2019). Determination of health perception and healthy lifestyle behaviors in patients with coronary artery disease. Archives of Health Science and Research. https://doi.org/10.17681/hsp.420313

59. Shi, W., Ghisi, G. L. M., Hyun, K., Zhang, L., & Gallagher, R. (2021). Patient education interventions for health behaviour change in adults diagnosed with coronary heart disease: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, *77*(2), 1043–1050. https://doi.org/10.1111/jan.14656

60. De Melo Ghisi, G. L., Grace, S. L., Thomas, S., Evans, M. F., Sawula, H., & Oh, P. (2014). Healthcare providers' awareness of the information needs of their cardiac rehabilitation patients throughout the program continuum. *Patient education and counseling*, *95*(1), 143–150. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.020

61. İnangil, D., & Şendir, M. (2014). Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(2).

62. Nurmeksela, A., Pihlainen, V., Kettunen, T., Laukkanen, J., & Peltokoski, J. (2021). Nurse-led counseling for coronary artery disease patients: A 1-year follow-up study. *Nursing & Health Sciences*, *23*(3), 678–687. https://www.researchgate.net/publication/351602785_Nurse-led_counseling_for_coronary_artery_disease_patients_A_1-year_follow-up_study

63. Zhang, P., Xing, F. M., Li, C. Z., Wang, F. L., & Zhang, X. L. (2018). Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, *27*(5-6), 969–979. https://doi.org/10.1111/jocn.14064

64. Lee, W. L., Chinna, K., Bulgiba, A., Abdullah, K. L., Abidin, I. Z., & Höfer, S. (2016). Test–retest reliability of HeartQoL and its comparability to the MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire. *Quality of Life Research, 25*(2), 351–357.

65. Ghisi, G. L. M., Chaves, G. S. D. S., Britto, R. R., & Oh, P. (2018). Health literacy and coronary artery disease: A systematic review. *Patient education and counseling*, *101*(2), 177–184. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.002

66. Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research, 36*(2), 76–81.

67. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *C.U. Hemsirelik Yuksekokulu Dergisi, 12*(1),1-13.

68. Ghisi, G. L. de M., Grace, S. L., Thomas, S., Evans, M. F., & Oh, P. (2015). Development and psychometric validation of the second version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II). *Patient Education and Counseling*, *98*(3), 378–383. https://www.researchgate.net/publication/269283672_Development_and_psychometric_validation_of_the_second_version_of_the_Coronary_Artery_Disease_Education_Questionnaire_CADE-Q_II

69. Akbulut, E., & Bayrak Kahraman, B. (2021). Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. KVHD, 12(27), 26-35. https://doi.org/10.5543/khd.2021.60362.

70. Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, *38*(1), 52–54.

71. Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences (2nd. Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

72. Karaca Sivrikaya, S., & Erdem, G. (2018). Koroner yoğun bakım hastalarının hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, *12*(3), 186–192.

73. Chen, Z., Geng, J., Wang, M., Hu, L., de Melo Ghisi, G. L., & Yu, H. (2018). The Chinese version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire-II (CADEQ-II): translation and validation. *Patient preference and adherence*, *12*, 1587–1596. https://doi.org/10.2147/PPA.S176639

74. Fadah, K., Hechanova, A., & Mukherjee, D. (2022). Epidemiology, Pathophysiology, and Management of Coronary Artery Disease in the Elderly. *The International journal of angiology : official publication of the International College of Angiology, Inc*, *31*(4), 244–250. https://doi.org/10.1055/s-0042-1751234

75. Duggan, J. P., Peters, A. S., Trachiotis, G. D., & Antevil, J. L. (2022). Epidemiology of coronary artery disease. *Surgical Clinics of North America*, *102*(3), 499–516. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003961092200007X

76. Mosca, L., Barrett-Connor, E., & Wenger, N. K. (2011). Sex/gender differences in cardiovascular disease prevention: What a difference a decade makes. *Circulation*, *124*(19), 2145–2154. https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.968792

77. Aryan, L., Younessi, D., Zargari, M., Banerjee, S., Agopian, J., Rahman, S., Borna, R., Ruffenach, G., Umar, S., & Eghbali, M. (2020). The Role of Estrogen Receptors in Cardiovascular Disease. *International journal of molecular sciences*, *21*(12), 4314. https://doi.org/10.3390/ijms21124314

78. Dülek, H., Vural, Z. T., & Gönenç, İ. (2019). Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, *46*(3), 449–459.

79. Xiang, D., Liu, Y., Zhou, S., Zhou, E., & Wang, Y. (2021). Protective Effects of Estrogen on Cardiovascular Disease Mediated by Oxidative Stress. *Oxidative medicine and cellular longevity*, *2021*, 5523516. https://doi.org/10.1155/2021/5523516

80. World Health Organization (WHO). (2023). *Obesity and overweight*. Erişim tarihi: 12 Eylül 2025, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

81. Kaynar Şimşek, A., & Ecevit Alpar, Ş. (2020). Determination of risk factors in patients with acute coronary syndrome. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, *11*(25), 82–89.

82. Persil Özkan, Ö., Büyükünal, S. K., Yiğit, Z., İnci, Y. (2019). Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(1), 22-31. https://doi.org/10.26559/mersinsbd.407399

83. Karakuşlu, M., ve Öztürk, Ş. (2023). Koroner anjiyografi uygulanan hastaların depresyon düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. SBÜ Hemşirelik Dergisi, 5(2), 99-106. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.1235789

84. Savaşan, A., Ayten, M., & Ergene, O. (2023). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve umutsuzluk. *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, *14*(1), 00–00.

85. Dirimeşe, E., Demir Korkmaz, F., & Okgün Alcan, A. (2016). Koroner arter bypass greft cerrahisi öncesi hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5*(2), 56–61.

86. Küçükberber, N., Özdilli, K., & Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11*, 619–626.

87. Kuru, N., & Balcı, P. (2012). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine başvuran koroner arter hastalığı tanılı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 11*, 287–298.

88. Alcan, A. O., Korkmaz, F. D., & Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 25*(1), 45–51.

89. Pehlivan, Z., Ada, E. N., & Öztaş, G. (2017). Ev Kadınlarının Sosyal Görünüş Kaygıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Spor Bilimleri Dergisi, 28(1), 11-23. https://doi.org/10.17644/sbd.337990

90. Karaman, M. E., & Kırtepe, A. (2017). Investigation of healthy life style behaviors of women who are in gym for recreational purpose. *The Online Journal of Recreation and Sport, 6*(3), 37–54. https://www.researchgate.net/publication/318769273_ınvestıgatıon_of_health_lıfe_style_behavıors_of_women_who_are_ın_gym_for_recreatıonal_purpose

91. Siregar, R., Sinaga, T. R., Simamora, M., & Simaremare, D. S. (2025). The relationship between spirituality and quality of life of patients with coronary heart disease. *Jurnal Mutiara Ners*, *8*(1), 23–28. https://doi.org/10.51544/jmn.v8i1.5783

92. Abedini, F., Mokhtari Nouri, J., & Moradian, S. T. (2024). Spirituality, a Neglected Dimension in Improving the Lifestyle of Coronary Artery Patients by Nurses: A Scoping Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *29*(4), 381–388. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_3_23

93. Heshmati, R., Jafari, E., Salimi Kandeh, T., & Caltabiano, M. L. (2021). Associations of Spiritual Well-Being and Hope with Health Anxiety Severity in Patients with Advanced Coronary Artery Disease. *Medicina (Kaunas, Lithuania), 57*(10), 1066. https://doi.org/10.3390/medicina57101066

94. Alnamrouti, E. A., Malak, M. Z., & Shehadeh, A. (2025). Psychological well-being, spiritual well-being, and health-related quality of life among patients with coronary artery disease in Jordan. *Journal of health psychology*, https://doi.org/10.1177/13591053251339293

95. Er, T., Kurçer, M. A., & Erdoğan, Z. (2020). Koroner arter hastalarında fiziksel ve cinsel aktiviteden kaçınma davranışını etkileyen faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, *5*(2). https://doi.org/10.35232/estudamhsd.681952

96. Webber B. J. (2025). Physical Activity for Cardiovascular Risk Factor Reduction. *American journal of lifestyle medicine*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/15598276251363115

97. Kazemi, A., Soltani, S., Aune, D., Hosseini, E., Mokhtari, Z., Hassanzadeh, Z., *et al.* (2024). Leisure-time and occupational physical activity and risk of cardiovascular disease incidence: A systematic review and dose–response meta-analysis of prospective cohort studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, *21*(1), 1–15. https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-024-01593-8

98. Wahid, A., Manek, N., Nichols, M., Kelly, P., Foster, C., Webster, P., *et al.* (2016). Quantifying the association between physical activity and cardiovascular disease and diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*, *5*(9). https://doi.org/10.1161/JAHA.115.002495

99. Winzer, E. B., Woitek, F., & Linke, A. (2018). Physical activity in the prevention and treatment of coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association, 7*(4). https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007725

100. Terzi, Ö., Yenerçağ, F. N. T., Özdemir, Ş., & Yenerçağ, M. (2021). Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Medical Journal of Ankara Training and Research Hospital*, *54*(1), 78–83. https://dergipark.org.tr/en/pub/aeahtd/issue/62045/772001

101. Eryiğit Günler, O. (2023). Toplumsal cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 22*(3), 736–752.

102. Grzywacz, J. G., Stoller, E. P., Brewer-Lowry, A. N., Bell, R. A., Quandt, S. A., & Arcury, T. A. (2012). Gender and health lifestyle: an in-depth exploration of self-care activities in later life. *Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education*, *39*(3), 332–340. https://doi.org/10.1177/1090198111405195

103. Deeks, A., Lombard, C., Michelmore, J., & Teede, H. (2009). The effects of gender and age on health-related behaviors. *BMC Public Health*, *9*(1), 213. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-213

104. Hibbard, J. H., & Pope, C. R. (1987). Women's roles, interest in health and health behavior. *Women & health*, *12*(2), 67–84. https://doi.org/10.1300/J013v12n02_05

105. Kim, A., & Woo, K. (2022). Gender differences in the relationship between informal caregiving and subjective health: The mediating role of health promoting behaviors. *BMC Public Health, 22*(1), 1–14. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-12612-3

106. Kılınç, G., Yıldız, E., & Kavak, F. (2016). The relationship between healthy lifestyle behaviors and hopelessness in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, 7*(13), 114–126.

107. Akgün Şahin, Z., & Biçer, N. (2015). Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *MN Kardiyoloji, 22*(4), 180–185.

108. Wang C, Li W, Yin L, Bo J, Peng Y, Wang Y, et al. (2017) Comparison of healthy lifestyle behaviors among individuals with and without cardiovascular diseases from urban and rural areas in China: A cross-sectional study. PLoS ONE 12(8): e0181981. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181981

109. Santos, R. Z. D., Ghisi, G. L. M., Bonin, C. D. B., Chaves, G., Haase, C. M., Britto, R. R., & Benetti, M. (2019). Validation of the Brazilian Version of CADE-Q II to Assess Knowledge of Coronary Artery Disease Patients. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, *112*(1), 78–84. https://doi.org/10.5935/abc.20180244

110. Bálint, G., & Slezáková, Z. (2025). Evaluation of Secondary Prevention Knowledge in Patients with Coronary Artery Disease. *Medicina (Kaunas, Lithuania), 61*(4), 693. https://doi.org/10.3390/medicina61040693

111. Yang, L., Luo, S., Yang, S., de Melo Ghisi, G. L., Yan, X., & Tian, M. (2021). Validation of the Chinese version of the coronary artery disease education questionnaire – short version: A tool to evaluate knowledge of cardiac rehabilitation components. *Global Heart, 16*(1).

112. Ghisi, G. L. M., Chaves, G. S. S., Loures, J. B., Bonfim, G. M., & Britto, R. (2018). Validation of the Brazilian-Portuguese Version of a Short Questionnaire to Assess Knowledge in Cardiovascular Disease Patients (CADE-Q SV). *Arquivos brasileiros de cardiologia*, *111*(6), 841–849. https://doi.org/10.5935/abc.20180169

113. Kırağ, N., & Çalışkan, G. (2020). Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. *Medical Sciences (NWSAMS), 15*(1), 1–11. http://dx.doi.org/10.12739/NWSA.2020.15.1.1B0085

114. Çürük, G. N., Bayındır, S. K., & Oğuzhan, A. (2018). Kardiyovasküler hastalığı olan hasta ve hasta yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi, 27(1), 40-47.

115. Ghisi, G. L. M., Sandison, N., & Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient education and counseling*, *99*(3), 443–447. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.002

116. Deniz Akan, D., Dedeli Çaydam, Ö., & Çınar Pakyüz, S. (2020). Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences,* 240–248.

117. Coşkun, S. (2024). Yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlar arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 15*(36), 8–16.

118. Uçar, A., & Arslan, S. (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi. KVHD, 8(17), 121-130. https://doi.org/10.5543/khd.2017.36035.

119. Arnett, D. K., Blumenthal, R. S., Albert, M. A., Buroker, A. B., Goldberger, Z. D., Hahn, E. J., et al. (2019). 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: Executive summary: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology, 74*(10), 1376–1414. https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.009

120. Visseren, F. L. J., Mach, F., Smulders, Y. M., Carballo, D., Koskinas, K. C., Bäck, M., et al. (2021). 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European Heart Journal, 42*(34), 3227–3337.* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34458905/

121. Shi, Y., & Lan, J. (2021). Effect of stress management training in cardiac rehabilitation among coronary artery disease: a systematic review and meta-analysis. *Reviews in cardiovascular medicine*, *22*(4), 1491–1501. https://doi.org/10.31083/j.rcm2204153

122. Allison, T. G. (1996). Identification and treatment of psychosocial risk factors for coronary artery disease. *Mayo Clinic Proceedings, 71*(8), 817–819.* https://www.mayoclinicproceedings.org/action/showFullText?pii=S0025619611648490

123. Jalal, A. H., & Noorbhai, H. (2022). Knowledge of cardiovascular disease risk and exercise duration among asymptomatic sedentary male individuals participating in Islamic prayer (Salaah). *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation, 14*(1), 1–9.

124. Açıkgöz, D., & Taşkın Yılmaz, F. (2025). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin ve Sağlık Algısının Tedaviye Uyum İle İlişkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 7(2), 105-112. https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.1636048

125. O'Leary, M., Mooney, E., & McCloat, A. (2025). The Relationship Between Nutrition Knowledge and Dietary Intake of University Students: A Scoping Review. *Dietetics*, *4*(2), 16. https://doi.org/10.3390/dietetics4020016

126. Jezewska-Zychowicz, M., & Plichta, M. (2022). Diet Quality, Dieting, Attitudes and Nutrition Knowledge: Their Relationship in Polish Young Adults-A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, *19*(11), 6533. https://doi.org/10.3390/ijerph19116533

127. Yang, K., Xue, C., Xu, L., Wang, J., Xie, X., Zhou, W., et al. (2025). The role of social and psychological factors in shaping health behaviors among rural adolescents: A cross-sectional study. *Scientific Reports, 15*(1), 1–10. https://www.nature.com/articles/s41598-025-09314-2

128. Shi, Y., Fu, L., Li, S., Jiang, K., Shi, Z., Sharma, M., et al. (2024). Psychosocial profiles influencing healthy dietary behaviors among adolescents in Shandong Province, China: A cross-sectional study. *Frontiers in Nutrition, 11*, 1418950.

129. Öztaş, H. G., & Taş, F. (2025). Stress and healthy lifestyle behaviors in high-risk pregnancies: A correlational study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*(1),1–10. https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-025-07925-1

130. Shi, W., Ghisi, G. L. M., Zhang, L., Hyun, K., Pakosh, M., & Gallagher, R. (2022). A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of patient education for secondary prevention in patients with coronary heart disease: Impact on psychological outcomes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *21*(7), 643–654. https://dx.doi.org/10.1093/eurjcn/zvac001

131. Zhang, W., Jia, H., Li, Y., Xu, Z., Chen, J., Zhu, Y., et al. (2025). Knowledge, attitudes, and practices of coronary heart disease patients towards cardiac

rehabilitation: A cross-sectional study. *Medicine, 104*(36), e44375. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12419429/

132. Magi, C. E., El Aoufy, K., Amato, C., Bambi, S., Rasero, L., Vellone, E., et al. (2025). The relationship between health literacy and self-care in cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 24*(Supplement_1). https://dx.doi.org/10.1093/eurjcn/zvaf122.046

133. Ramadan, A., Aboeldahab, H., Bashir, M. N., Belal, M. M., Wageeh, A., Atia, A., et al. (2024). Evaluating knowledge, attitude, and physical activity levels related to cardiovascular disease in Egyptian adults with and without cardiovascular disease: A community-based cross-sectional study. *BMC Public Health, 24*(1), 1–10. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18553-3

134. Golshiri, P., Amini, S., & Najimi, A. (2025). Impact of health literacy educational intervention on improve medication adherence and blood pressure level in patients with ischemic heart disease. *Journal of education and health promotion*, *14*, 300. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1659_23

135. André, N., Grousset, M., & Audiffren, M. (2024). A Behavioral Perspective for Improving Exercise Adherence. *Sports medicine - open*, *10*(1), 56. https://doi.org/10.1186/s40798-024-00714-8

136. Gali, K., Weidner, G., Smits, J. M. A., Beyersmann, J., & Spaderna, H. (2021). Psychosocial Risk and Health Behaviors as Predictors of Clinical Events in Patients Wait-Listed for a New Heart: Results from 7 Years of Follow-Up. *Life*, *11*(12), 1438. https://doi.org/10.3390/life11121438

137. Santosa, A., Rosengren, A., Ramasundarahettige, C., Rangarajan, S., Chifamba, J., Lear, S. A., et al. (2021). Psychosocial risk factors and cardiovascular disease and death in a population-based cohort from 21 low-, middle-, and high-income countries. *JAMA Network Open, 4*(12), e2138920. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2787178

8. EKLER

EK- 1: Hastaların Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

1. Yaşınız…..	**2. Kilonuz…..** **Boyunuz….**
3. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek	**4. Medeni Durumunuz:** ( ) Evli ( ) Bekar
5. Eğitim Durumunuz: ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ve üzeri	**6. Yaşadığınız yer:** ( ) Köy-Kasaba ( ) İlçe ( ) Şehir ( ) Yurt dışı
7. Ekonomik Durumunuz: ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere eşit ( ) Gelir giderden fazla	**8. Çalışma Durumunuz:** ( ) Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat) ( ) Yarım Gün Yada Belli Saatlerde Çalışıyorum ( ) Çalışmıyorum
9.Hane Sosyal Yapınız: ( ) Yalnız yaşıyorum ( ) Eşimle ( ) Eşim Ve Çocuklar ( ) Diğer Aile Üyeleri (Gelin,Torun v.b.)	**10. Klinik Tanınız:** ( ) Anjina Pektoris ( ) MI (Miyokart İnfarktüsü) ( ) Bypass
11.Tanı Süreniz: ( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11 yıldan fazla	**11.Ek kronik hastalığınız var mı?** ( ) Var ( ) Yok
12.Önceki soruya "EVET" yanıtı verdiyseniz kronik hastalığınız nedir? ( ) Diyabet ( ) Hipertansiyon ( ) Hiperlipidemi ( ) Kronik Böbrek Yetmezliği ( ) Koah ( ) Diğer	**13.Ailede KAH Öyküsü Varlığı:** ( ) Var ( ) Yok
14.Sigara Kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım	**15. Alkol Kullanıyor musunuz?** ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bıraktım
16.İlaçlarınızı Düzenli Kullanıyor musunuz? ( ) Her Zaman ( ) Çoğu Zaman ( ) Bazen ( ) Hiçbir Zaman	**17.İlaçlarınızın etkilerini biliyor musunuz?** ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen
18. İlaçlarınızın yan etkilerini biliyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen	**19. Kontrollerinize Düzenli Olarak Gider misiniz?** ( ) Her zaman ( ) Çoğu Zaman ( ) Bazen ( ) Hiçbir Zaman

20.Yaşamınız Stresli olduğunu düşünüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen	**21.Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?** ( ) Hiç egzersiz yapmıyorum ( ) Ara sıra egzersiz yapıyorum ( ) Düzenli egzersiz yapıyorum
22.Günde kaç saat uyuyorsunuz? ( ) 1-4saat ( ) 5-7 saat ( ) 8 saat ve üzeri	**23.Diyet Programınıza Uyuyor musunuz ?** ( ) Her Zaman ( ) Çoğu Zaman ( ) Bazen ( ) Hiçbir zaman
24.Koroner Arter Hastalığı ile ilgili Olarak Kimden Bilgi Aldınız? ( ) Sağlık personeli dışı ( ) Sağlık personeli ( ) Bilgi Almadım	**25. Hastalığınız Hakkındaki Bilgi Düzeyinizi Yeterli Buluyor musunuz?**. ( ) Evet ( ) Hayır

EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.Hiç birzaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa parkederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 3 -Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2

Sağlık durumunuz, tedaviler ve risk faktörleri hakkındaki bilginiz, hastalığınızın yönetiminde önemli bir parçadır. Kalp sorununuzu ya da risk faktörünüzü tedavi ederken bu zamana kadar edindiğiniz bilgiyi öğrenmek istiyoruz.

ANKET HAKKINDA

Bu anketin amacı:

• Hastaların kalp hastalığı ve ilgili faktörler hakkındaki genel bilgisini değerlendirmek ve özel bilgi alanlarını değerlendirmektir. (tıbbi durum, risk faktörleri, egzersiz, beslenme ve psikososyal risk).

Sorular aşağıdaki gibi yapılandırılmıştır:

• Çoktan seçmeli

• Her sorunun 4 muhtemel cevabı/alternatifi vardır.

• Her bir cevabın bir puanı vardır ve son puanların toplamı edinilen bilgi üzerine bizi bir sınıflandırmaya götürür.

ANKETİ DOLDURMA TALİMATLARI

• Sorular bilgi alanlarına göre gruplandırılmaktadır.

• Lütfen yanıtlayabildiğiniz kadar fazla soruyu yanıtlayınız.

• En doğru cevap olarak düşündüğünüz alternatifi kontrol ediniz.

• Eğer cevabı bilmiyorsanız, "Bilmiyorum" ifadesini işaretleyiniz (soruyu boş bırakmayınız).

• Anketi doldurduktan sonra lütfen araştırmacıya geri dönünüz.

Bu anket gizlidir ve katılım tamamen isteğe bağlıdır.

Anketin doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmektedir.

KORONER ARTER HASTALIĞI EĞİTİM ANKETİ-2

Alan: Tıbbi Durum

1. ''Koroner Arter Hastalığı''

A) Yalnızca ileri yaşta oluşan, arterlerde (atardamarlarda) kalsiyum birikiminin neden olduğu kalp arterlerinin (atardamarlarının) hastalığıdır.

B) İleri yaşta kolesterol düzeyi yüksek ya da sigara içen kişilerde oluşan kalp arterlerinin (atardamarlarının) hastalığıdır.

C) Kötü yaşam alışkanlıkları ve genetik faktörlerden etkilenen, arterlerde (atardamarlarda) hasar oluşumunu içeren, genç yaşta sessizce başlayan kalp arterlerinin (atardamarlarının) hastalığıdır.

D) Bilmiyorum.

2.''Anjina'' (rahatsız edici göğüs ağrısı)

A) Kalp kası çok çalıştığında oluşur.

B) Kalp kası çalışmak için yeterince kan ve oksijen almadığında oluşur.

C) Beyin yeterince oksijen almadığında oluşur.

D) Bilmiyorum.

3. Koroner arter hastalığı olan bir bireyde, aşağıdakilerden hangisi anjinanın genel tanımıdır?

A) Yemekten sonra baş ağrısı

B) Dinlenme veya fiziksel aktivite sırasında ortaya çıkan kolda ve/veya sırtta ve/veya boyunda hissedilebilen göğüs ağrısı ya da rahatsızlık

C) Fiziksel aktivite sırasında ortaya çıkan göğüs ağrısı ya da rahatsızlık

D) Bilmiyorum.

4. ''Kalp krizi ''

A) Kalpte bir arter (atardamar) tıkandığında oluşur.

B) Kalp hızı strese yanıt olarak aniden hızlandığında oluşur.

C) Kalp kasına oksijenden zengin kan akımının aniden kesilmesiyle oluşur. Kan akımı hızlıca geri gelmezse, kalp kasının bu alanı ölmeye başlar.

D) Bilmiyorum.

5. Bireyin ilaç tedavisini anlamasına yardım etmeyi sağlayacak en iyi kaynaklar:

A) Doktor (kardiyoloji uzmanı), kardiyak rehabilitasyon ekibi (hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, klinik psikolog ya da psikiyatrist, sosyal hizmetler uzmanı vs.), eczacı ve internette tavsiye edilen kaynaklardır.

B) İnternette okunan kaynaklardır.

C) Doktor ve kardiyak rehabilitasyon ekibidir.

D) Bilmiyorum.

6. Aspirin (ASA) ve Klopidrogel (PlavixTM) gibi ilaçlar önemlidir, çünkü:

A) Kan basıncını düşürürler.

B) Kanı ‘‘sulandırırlar’’

C) Kandaki pıhtılaşmayı sağlayan trombositlerin ‘‘yapışkanlığını’’ azaltarak koroner arterlerde ve eski koroner stentlerde kan akımını kolaylaştırırlar.

D) Bilmiyorum.

7. Atorvastatin (LipitorTM), Rosuvastatin (CrestorTM) veya Simvastatin (ZocorTM) gibi ‘‘statin’’ türü ilaçlar vücutta yararlı etkilerini,

A) Kan akımında LDL (kötü kolesterol) kolesterolü düşürerek gösterir.

B) Karaciğerde LDL (kötü kolesterol) kolesterolün yapımını engelleyerek, kan akımından LDL (kötü kolesterol) kolesterolü düşürerek ve arterlerden plakların atılması için kolesterolü destekleyerek gösterir.

C) Yiyeceklerden kolesterol emilimini azaltarak gösterir.

D) Bilmiyorum.

Alan: Risk Faktörleri

1. Kalp hastalığının değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir?

A) Kan basıncı (tansiyon); sistolik (büyük tansiyon) ve diyastolik (küçük tansiyon), LDL (kötü kolesterol) ve HDL (iyi kolesterol), sigara, pasif içicilik, bel çevresi ve stres

B) Yaş, ailede kalp hastalığı öyküsü, ırk ve cinsiyet

C) Kan basıncı (tansiyon), kolesterol ve sigara

D) Bilmiyorum.

2. Kolesterol düzeyini kontrol etmek için yapılacak uygulamalar:

A) Total kolesterol düzeyini bilmek, vejeteryan olmak (et ya da et ürünlerini yememek) ve yumurta yememek

B) LDL (kötü kolesterol) ve HDL (iyi kolesterol) düzeyini bilmek, kolesterol ilaçlarını reçete edildiği gibi almak, beslenme düzeninde lif tüketimini artırmak ve doymuş yağ (katı yağ) oranını azaltmak ve haftada 5 kez aerobik egzersize katılmak yürüme, koşma (jogging), bisiklet sürme, yüzme, kürek çekme vb.

C) Kolesterol düzeyini bilmek ve kolesterol ilaçlarını reçete edildiği gibi almak

D) Bilmiyorum.

3. Kan basıncını (tansiyonu) kontrol etmek için yapılacak uygulamalar nelerdir?

A) Beslenme düzeninde kalsiyum miktarını artırmak

B) Beslenme düzeninde tuz miktarını azaltmak ve tansiyon ilacı kullanmak

C) Günlük tuz alımını 2 gr'ın altında olacak şekilde azaltmak, egzersiz yapmak, tansiyon ilacını düzenli kullanmak ve gevşeme tekniklerini öğrenmek

D) Bilmiyorum.

4. Bir kardiyovasküler risk faktörünü (tansiyon veya kolesterol gibi) kontrol etmeye yönelik ilk adım nedir?

A) Risk faktörüne sahip olup olmadığını bilmek

B) Risk faktörünün düzeyini bilmek

C) Risk faktörünü kontrol etmek için bir hedef belirlemek veya eylem planı yapmak

D) Bilmiyorum.

5. Diyabet (şeker hastalığı) gelişimini önleyecek uygulamalar nelerdir?

A) Kalp sağlığını koruyucu diyet uygulamak, haftalık 150 dakika aerobik egzersiz yürüme, koşma (jogging), yüzme, bisiklet sürme, kürek çekme vb. ve iki haftada bir ağırlık ve elastik bantlarla direnç egzersizi yapmak

B) Beslenme düzeninde yağ ve karbonhidrat miktarını azaltmak

C) Aile öyküsünde diyabet olan bireylerde mutlaka diyabet gelişir çünkü diyabet önlenebilir bir hastalık değildir.

D) Bilmiyorum.

Alan: Egzersiz

1. Egzersiz önerisinin önemli bileşenleri nelerdir?

A) Hafif bir egzersiz sırasında kaybedilen kalori ve tuzu yerine koymak

B) Egzersizin zorluk derecesi, süresi, sıklığı ve egzersiz tipi

C) Egzersizin zorluk derecesi ve süresi

D) Bilmiyorum.

2. Kalp hastalığı olan bir birey için, egzersiz öncesi kardiyovasküler ısınma (5-10 dk germe ve eklem açıklık egzersizleri) yapmak önemlidir, çünkü:

A) Kardiyovasküler ısınma kalp atım hızını yavaşça yükseltir, kas ağrısını ve anjina gelişme riskini azaltır.

B) Toplam egzersiz süresini artırır.

C) Kardiyovasküler ısınma vücudu egzersize hazırlar.

D)Bilmiyorum.

3. Nabız:

A) El bileğinde başparmak hizasının altında alınır.

B) El bileğinde serçe parmak hizasının altında ya da boyunda âdem elmasının üzerinden alınır.

C) El bileğinde başparmak hizasının altında (radyal arterden) ya da boyunda şah damarından (karotid arterden) alınır.

D) Bilmiyorum.

4. Kış ayında dışarıda güvenli bir şekilde egzersiz yapmak için yapılabilecek üç şey:

A) Hava sıcaklığını ve rüzgar şiddetini kontrol et, kalın giyin

B) Hava sıcaklığını, rüzgar şiddetini kontrol et ve havanın -10 0C'nin altında olmadığından emin ol, 3-4 kat giyin, yürüme hızını hedef kalp atım hızına göre ayarla

C) Hava sıcaklığını ve rüzgar şiddetini kontrol et, havanın -15 0C'nin altında olmadığından emin ol, kalın bir kaban giy ve hava çok soğuk olduğunda koşar adım yürü

D) Bilmiyorum.

5. Direnç egzersizi (ağırlık kaldırma veya elastik bandaj) yapmanın yararları:

A) Güç kazandırır ve kas geliştirilmesini sağlar.

B) Dinlenme anındaki kalp hızını yavaşlatır.

C) Gücü artırır, günlük aktivitelerin yürütülme yeteneğini geliştirir, kan şekerini düzenler ve kasları geliştirir.

D) Bilmiyorum.

6. Eğer birey yürüme egzersizi sırasında göğüste rahatsızlık hissederse:

A) Yürüme hızını artırıp rahatsızlığın geçip geçmediğini kontrol etmelidir.

B) Yavaşlamalı ve egzersizi bitirmelidir.

C) Yürüme hızını yavaşlatmalı, göğsündeki rahatsızlık 1 dakika içerisinde geçmezse egzersizi bitirmelidir. Eğer sonraki 1 dakika içinde de geçmemişse nitro-gliserini reçete edildiği şekilde almalıdır. Eğer ağrı devam ederse yardım istemelidir.

D) Bilmiyorum.

7. Bir kişi doğru seviyede egzersiz yaptığını nasıl anlar?

A) Birey egzersiz yapabilir ve konuşabilir. Efor düzeyi ‘‘biraz zor’’dan fazla değildir. Kalp atım hızı hedef değerdedir.

B) Kalp atım hızı hedef değerdedir.

C) Birey terler ve zor nefes alır. Kalp atım hızı yüksektir.

D) Bilmiyorum.

Alan: Beslenme

1. Besinlerdeki en iyi Omega-3 kaynağı nedir?

A) Keten tohumu

B) Makarna

C) Yağlı balıklar (alabalık, somon gibi)

D) Bilmiyorum.

2. Trans yağlar (hazır gıda besinlerinde, işlenmiş yiyeceklerde bulunan yağlar):

A) Fındık, ceviz ve tohumlar

B) Kısmen hidrojenle doyurulmuş bitkisel yağlar

C) Margarin

D) Bilmiyorum.

3. Beslenme düzenine lif eklemenin en iyi yolu nedir?

A) Salataya fındık, ceviz ve tohum eklemek

B) Meyve suyu içmek

C) Bitkisel proteinler (baklagiller, fasulye, mercimek) yemek

D) Bilmiyorum.

4. Aşağıdakilerden hangisinde en fazla tuz vardır?

A) Ekmek

B) Dondurulmuş yiyecekler

C) Meyveler ve sebzeler

D) Bilmiyorum.

5. Aşağıdaki besin bileşenlerinden hangisi tansiyonu düşürmeye yardımcı olur?

A) Kırmızı et, beyaz et (kümes hayvanı eti), balık

B) Sebze ve meyve

C) Sebze ve meyve, tam tahıllar, az yağlı süt ürünleri, fındık ve ceviz

D) Bilmiyorum.

6. Gıda etiketlerini okurken, ilk olarak neye bakılmalıdır?

A) Yağ içeriği

B) Marka

C) Porsiyon miktarı

D) Bilmiyorum.

7. Erişkin bireyler kaç porsiyon meyve ve sebze tüketmelidir?

A) Günde 7-10 porsiyon

B) Günde 5 porsiyon

C) Mümkün olduğunca çok

D) Bilmiyorum.

Alan: Psikososyal Risk

1. Aşağıdakilerden hangisi etkili stres yönetim tekniğidir?

A) Derin nefes alma

B) İletişimden kaçınma

C) Meditasyon yapma (zihni boşaltma, rahatlatma), sosyal ilişkiler kurma, progresif kas gevşeme ve germe egzersizi yapma, derin nefes alma

D) Bilmiyorum.

2. Hangi stres tipleri artmış kalp krizi riski ile ilgilidir?

A) Kronik stres, önemli yaşam olayları, uyku düzensizliği ve sıkıntı hissi

B) Evde veya işte kronik stres ve depresif hissetme

C) Kontrol edemediğinizi hissettiğiniz stresler

D) Bilmiyorum.

3. Aşağıdakilerden hangisi depresyona bağlı kalp hastalığı riskinizi azaltmadaki en iyi seçeneği tanımlar?

A) Antidepresan (depresyon tedavisinde kullanılan ilaç) almak ve egzersiz programını uygulamak depresyon riskinizi azaltır.

B) Egzersiz yapmak, kendine iyi bakmak ve gerekli ise ilaç kullanmak depresyon riskinizi azaltır.

C) Depresyona bağlı kalp krizi riski azaltılamaz.

D) Bilmiyorum.

4. ‘‘Uyku apnesi’’nin (uykuda solunum durması) fark edilmesi önemlidir, çünkü:

A) Uzun dönem akciğer hastalığına neden olur.

B) Yüksek tansiyon, anormal kalp ritmi (aritmiler) ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra kalp krizi riskini artırır.

C) Daha fazla kalp sorunlarına neden olur.

D) Bilmiyorum.

5. Aşağıdakilerden hangisi ‘’Kronik stres’’i en iyi tanımlar?

A) Yaşamın bir alanında sürekli devam eden stresli olaylardır.

B) Evde ya da iş yaşamında huzursuz, endişeli veya uykusuz hissetmenize neden olan olaylardır.

C) Kişinin kontrolü dışındaki streslerdir.

D) Bilmiyorum.

EK-4: BADEK/ EPK İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 08.11.2023-298923

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Öğrenci İşleri Birimi

Sayı : E-62602371-799--298923 08.11.2023
Konu : Araştırma İzni (Yüksek Lisans Program Öğrencisi Süheyla KARAKAYA)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 03.11.2023 tarihli Araştırma İzni (Yüksek Lisans Program Öğrencisi Süheyla KARAKAYA) konulu ve E-50687469-799-228359683 sayılı yazı.

Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü sorumluluğunda sürdürülen Lisansüstü Eğitim Öğretim faaliyetleri kapsamında; İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Süheyla KARAKAYA hakkında Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından gönderilen ilgi yazının Ek'te gönderildiği hususunda;
Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof. Dr. Onur GENÇ
Enstitü Müdürü

Ek:İlgi Yazı (1 Sayfa)

Dağıtım:
Gereği:
Gsbe İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığına
Bilgi:
Gülhane Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına

Evrak Tarih ve Sayısı: 07.11.2023-296591

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-50687469-799-228359683 03.11.2023
Konu : Araştırma İzni (Yüksek Lisans Program Öğrencisi Süheyla KARAKAYA)

GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

"Koroner Arter Hastalığına Sahip Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Hastalığa ilişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde uygulama talebiniz Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Bilimsel Araştırma Değerlendirme Kurulu(BADEK)'nun 01.11.2023 tarih ve 18 no'lu toplantısında görüşülerek kabul edilmiştir.

Klinik Araştırmalar Yönetmeliğinin 23. maddesine istinaden etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanabilir. Aynı Yönetmeliğin 1. Bendi uyarınca araştırmanın bütçesinin karşılanmasından araştırmacılar sorumludur.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Hanefi Cem GÜL
Başhekim

EK-5 : Araştırma Projesi Değerlendirme Raporu

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 46418926 27.02.2024
Konu : Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Kararları

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TOPLANTI TARİHİ : 27.02.2024
TOPLANTI SAATİ : 13:30 (toplantı online yapılmıştır)
TOPLANTI NO : 2024/02
PROJE/ KARAR NO : 2024-68 (Değerlendirilme Tarihi: 27.02.2024)

Üniversitemiz Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Yüksek Lisans Öğrencisi Süheyla KARAKAYA'nın yardımcı araştırmacı olduğu, 2024/68 kayıt numaralı, **"Koroner Arter Hastalığına Sahip Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi"** başlıklı yüksek lisans tezi proje önerisi, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur. Rica ederim.

Sıra No	Unvanı ve Adı/Soyadı	Kuruldaki Görevi	İmza
1	Prof. Dr. Ahmet COŞAR	Başkan	
2	Prof. Dr. Alper GÖZÜBÜYÜK	Başkan Yardımcısı	
3	Prof. Dr. Selahattin BEDİR	Üye	
4	Prof. Dr. Levent KENAR	Üye	
5	Prof. Dr. Ali Kağan COŞKUN	Üye	
6	Prof. Dr. Hüseyin Levent YAMANEL	Üye	
7	Prof. Dr. Fulya TOKSOY TOPÇU	Üye	
8	Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ	Üye	
9	Prof. Dr. Dilek YILDIZ	Üye	
10	Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU	Üye	
11	Prof. Dr. Mehmet Erhan YUMUŞAK	Üye	
12	Prof. Dr. Umut BEYLİK	Üye	
13	Prof. Dr. Onur ERDEM	Üye	
14	Doç. Dr. Serkan PEKÇETİN	Üye	
15	Doç. Dr. Asiye Çiğdem ŞİMŞEK	Üye	
16	Doç. Dr. Sait YEŞİLLİK	Üye	
17	Doç. Dr. Nezehat Özgül ÜNLÜER	Üye	
18	Doç. Dr. Eray Serdar YURDAKUL	Üye	

EK-6: ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ

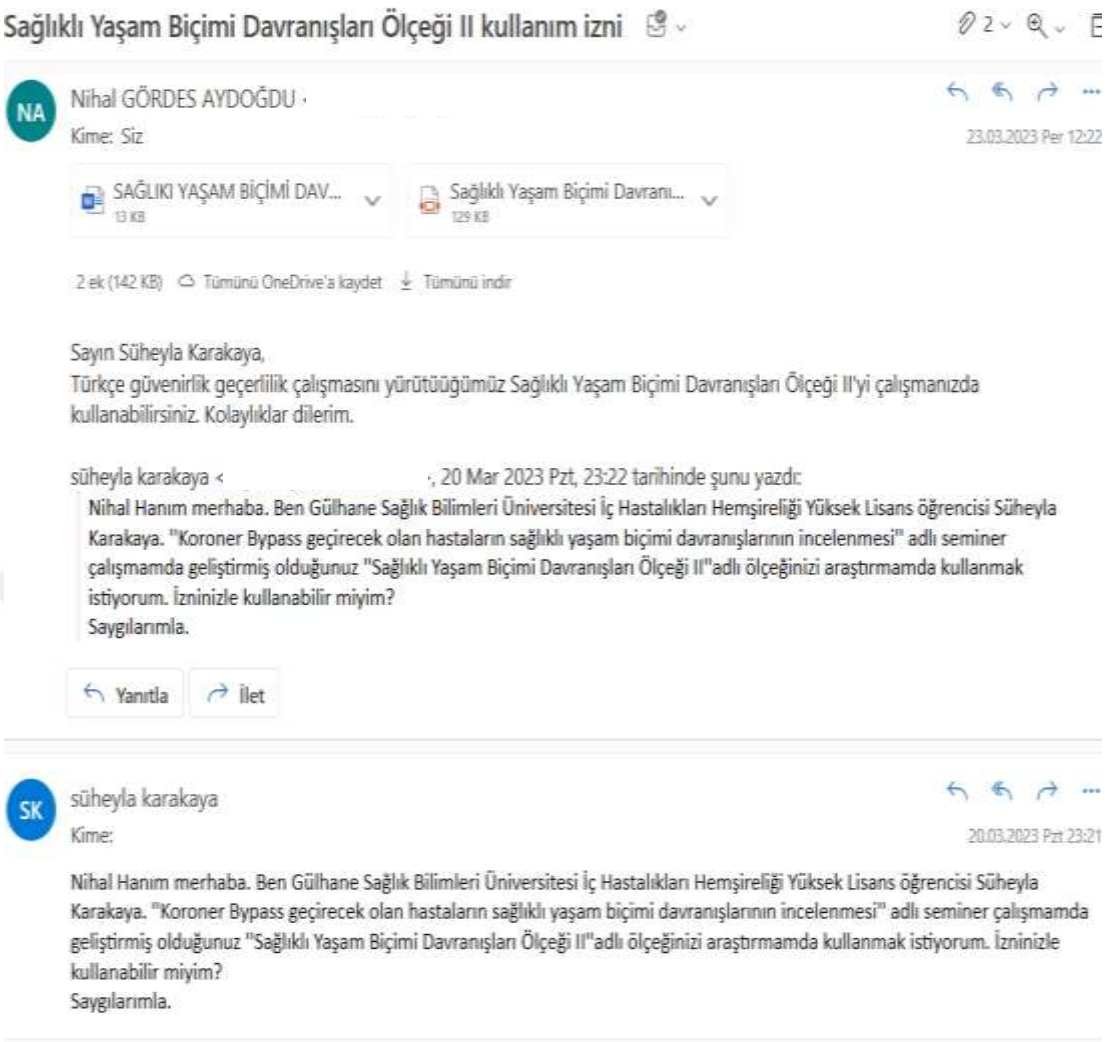
Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2:

B

Kime: Siz

Merhaba Süheyla Hanım,
söz konusu anketi kullanabilirsiniz tabi, tez çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.

2023-08-02 23:07, süheyla karakaya yazmış:
> Sayın Hocam; Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını
> yaptığınız '' Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi -2''
> isimli anketinizi
> ''Koroner Arter Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi
> Davranışlarının ve Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeylerinin
> İncelenmesi'' isimli yüksek lisans tezi çalışmamda kullanmak
> istiyorum. İzninizle Kullanabilir miyim?
>
> Saygılarımla...
>
> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane İç Hastalıkları
> Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi SÜHEYLA KARAKAYA



Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanım izni

NA

Nihal GÖRDES AYDOĞDU

Kime: Siz

23.03.2023 Per 12:22

SAĞLIKI YAŞAM BİÇİMİ DAV... 13 KB

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranı... 129 KB

2 ek (142 KB) Tümünü OneDrive'a kaydet Tümünü indir

Sayın Süheyla Karakaya,
Türkçe güvenirlik geçerlilik çalışmasını yürütüğümüz Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi çalışmanızda kullanabilirsiniz. Kolaylıklar dilerim.

süheyla karakaya < , 20 Mar 2023 Pzt, 23:22 tarihinde şunu yazdı:

Nihal Hanım merhaba. Ben Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Süheyla Karakaya. "Koroner Bypass geçirecek olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi" adlı seminer çalışmamda geliştirmiş olduğunuz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II"adlı ölçeğinizi araştırmamda kullanmak istiyorum. İzninizle kullanabilir miyim?
Saygılarımla.

Yanıtla İlet

SK

süheyla karakaya

Kime:

20.03.2023 Pzt 23:21

Nihal Hanım merhaba. Ben Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Süheyla Karakaya. "Koroner Bypass geçirecek olan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi" adlı seminer çalışmamda geliştirmiş olduğunuz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II"adlı ölçeğinizi araştırmamda kullanmak istiyorum. İzninizle kullanabilir miyim?
Saygılarımla.

EK-7: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Koroner Arter Hastalığına Sahip Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi

Sorumlu Araştırıcının Adı: Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ

Diğer Araştırıcıların Adı: Yük. Lis. Öğr. Süheyla KARAKAYA

"**Koroner Arter Hastalığına Sahip Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalığa İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi'**'isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni kalp ve damar cerrahi servisinde yatıyor olmanız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında, Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

-Çalışma; koroner arter hastalığı olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve hastalığa ilişkin bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılacaktır.

-Çalışmaya siz de dahil olmak üzere, gönüllü bireyler katılmaktadır. Araştırma için planlanan gönüllü birey sayısı 272'dir.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Araştırmayla ilgili gerekli açıklamalar yapılacak ve yazılı onamınız istenecektir. Onam formunu imzaladıktan sonra araştırmacılar tarafından sizlere tanıtıcı ve tıbbi özelliklerinizi içeren bir form, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2, Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 uygulanacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Araştırmanın beklenen herhangi bir riski yoktur.

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Bu çalışmaya verdiğiniz değerli katkılar sonucunda koroner arter hastalığının yönetiminde bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğrenip, hayatına uygulaması hedeflenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmacı kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Ankara SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, sorumlu araştırmacı Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ ve yardımcı araştırmacılar Yük. Lis. Öğr Süheyla KARAKAYA tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verildi.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

Imza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

I-BİREYSEL BİLGİLER

Adı-Soyadı : Süheyla KARAKAYA