

Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Şekli Davranışları ve Etkileyen Faktörler

Healthy Lifestyle Behaviours of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty Patients and the Affecting Factors

Melek Yeşil Bayülgen¹, Meral Altıok²

¹Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa.

²Mersin Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Mersin.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTKA) uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı ve uygulandı.

Yöntemler: Çalışma 01 Ekim 2013- 30 Ocak 2014 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine başvuran araştırma kriterlerini sağlayan en az üç ay önce PTKA uygulanan 100 hastada gerçekleştirildi. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, ortalama, standart sapma, Student-t testi, tek yönlü varyans analizi, Levene testi, Scheffe testi ve Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatistik anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Araştırmada bireylerin %60'ının erkek, %82'sinin en az bir kronik hastalığı olduğu, %52'sine sadece bir kez PTKA uygulandığı ve yaş ortalamalarının 59 ± 11.1 olduğu saptandı. Araştırmada SYBDÖ II toplam puan ortalamasının 136.55 ± 25.30 ve KARRİF-BD puan ortalamasının 20.98 ± 4.10 orta düzeyin üstünde olduğu belirlendi. Araştırmada PTKA uygulanan hastaların KARRİF-BD, SYBDÖ II toplam, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu alt ölçek puanları orta düzeyin üzerindeyken, fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları orta düzeyin altında olduğu belirlendi.

Sonuç: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeğinin fiziksel aktivite ve stres yönetimi boyutu hariç tüm boyutları ve KARRİF-BD ölçeği puan ortalamalarının ortanın üzerinde olması hem sağlıklı yaşam şekli davranışlarının hem de risk faktörleri bilgi düzeyinin istendik düzeye yakın olduğunun bir göstergesi olabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda PTKA uygulanan hastaların eğitiminde fiziksel aktivite ve stres yönetimi konularının öncelikle ele alınması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti; Sağlıklı Yaşam Şekli; Risk Faktörleri.

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine if Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) patients have a healthy lifestyle behaviour and the factors that affect it.

Methods: The study was conducted with 100 patients who visited the cardiology outpatient clinics of one university hospital between September 1, 2013 and January 30, 2014. All of them had undergone a PTCA at least three months before and met the criteria for inclusion. The data were collected using a personal information form, the Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL) Scale, and the Healthy Lifestyle Behaviour Scale II (HLSBS II). The data were analyzed using percentages, standard deviations, the Student-t test, one-way variance analysis, the Levene test, the Scheffe test and Spearman's correlation coefficient. The threshold for statistical significance was $p < 0.05$.

Results: Of the participants, 60% were male, 82% had at least one chronic disease and 52% had undergone PCI only once. Their mean age was 59 ± 11.1 . Their HLSBS II total score average was 136.55 ± 25.30 , their CARRF-KL score average was 20.98 ± 4.10 , both of which were higher than average. The CARRF-KL and HLSBS II total scores of the patients along with their scores on the subscales of nutrition, spiritual development, interpersonal relationships, and health responsibility were higher than average, while their scores on the subscales of physical activity and stress management were lower than average.

Conclusion: The higher score averages on all subscales of the HLSBS II, except for the subscales of physical activity and stress management and on the CARRF-KL Scale suggest that both the healthy life style behaviour and the risk factors knowledge level of the patients were close to the desired level. Based on these results, it is recommended that physical activity and stress management be addressed first in the education of the patients who undergo PTCA.

Keywords: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty; Healthy Lifestyle; Risk Factors.

Geliş tarihi: 27.04.2016 Kabul tarihi: 28.08.2017

Sorumlu Yazar: Melek Yeşil Bayülgen

Yazışma adresi: Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Efor Ünitesi 63020 Şanlıurfa – Türkiye

E-posta: melek.yesil@hotmail.com

GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) günümüzde tedavideki ilerlemelere rağmen ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Hastaların önemli bir kısmında belirti vermeden Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) ya da ani kardiyak ölüm görülmektedir.^[1,2]

Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association-AHA) 2014 verilerine göre gelişmiş batı ülkelerinde 35-74 yaş arası erkeklerde görülen KVH mortalite oranı; ABD'de 235.5 /100.000, Rusya'da 1173.3 /100.000 ve Almanya'da 197.1 /100.000 iken, 35-74 yaş arası kadınlarda ise bu oran; ABD'de 117.1 /100.000, Rusya'da 466.0 /100.000 ve Almanya'da 80.2 /100.000 olarak belirtilmektedir.^[1] TEKHARF 2012 verilerine göre ülkemizde yılda yaklaşık olarak 420.000 koroner arter hastalığı meydana gelmektedir. Bunların 120.000'i koroner arter hastalığı (KAH) bilinen hastalarda hastalık tekrarı, 180.000'i yeni Akut Koroner Sendrom (AKS) tanısı, 120.000'i tanımlanamamış ve yeni koroner arter hastalığıdır. AKS'a bağlı olarak ortaya çıkan yaklaşık 95.000 ölüm (%32) gerçekleşmekte ve bu oran Avrupa oranlarından daha yüksektir.^[3] Bu oranlar, KAH'nın birey ve toplum sağlığı için önemini vurgulamakta ve yaygın olarak görülen hastalık grubu olduğunu göstermektedir.

Kardiyovasküler hastalıkların yaygınlığı; ileri yaş, erkek cinsiyet, ailede KAH öyküsü, obezite, sigara, stres, fiziksel hareketsizlik, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (low density lipoprotein-LDL-K) yüksekliği, trigliserid yüksekliği, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (high density lipoprotein- HDL-K) düşüklüğü, hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), ve yağlı diyet gibi risk faktörlerine bağlı olarak giderek artmaktadır.^[1,4,5]

Koroner arter hastalıklarının tedavisinde iki amaç vardır. Birincisi, miyokart infarktüsü ve ölümü engelleyerek yaşam süresini uzatmak, ikincisi ise iskemi sıklığını ve şiddetini azaltarak yaşam kalitesini iyileştirmektir.^[6,7]

Tedavi olarak girişimsel tedavi, farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler (yaşam şekli değişiklikleri) kullanılmaktadır. Koroner arter hastalığında farmakolojik tedavinin amacı, trombolitik olayların gelişimini ve ilerlemesini önlemektir.^[8,9] Girişimsel tedaviler, Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTKA),

intrakoroner stent yerleştirilmesi, aterektomi, lazer anjiyoplasti, brakiterapi ve Koroner Arter By-Pass Greft (CABG) yöntemleri olarak belirtilmektedir.^[10,11] Koroner arter hastalarının yaklaşık 1/3'ü Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTKA) girişimleri ile tedavi edilmektedir.^[2] PTKA girişimleri, CABG'e kıyasla daha az invazif olması, hastanede kalış süresinin kısa ve morbiditesinin düşük olması gibi nedenlerden dolayı daha fazla tercih edilmektedir.^[12] Ancak teknolojik gelişmelere rağmen, plak materyali uzaklaştırılmadığı için olguların %30-50'sinde ilk altı ayda PTKA yapılan bölgede tekrar tıkanma olasılığı görülmektedir. Damar çapının dar olması, darlık boyunun uzun olması, diyabetes mellitus, hiperlipidemi, sigara kullanımı, uygulanan dilatasyonun yetersiz olması gibi nedenlerden kaynaklı oluşabilecek tekrar tıkanma olasılığı artmaktadır.^[11-13] Koroner arter hastalığı risk faktörleri ile tdamarın tekrar tıkanmasının gelişiminde etkili olan faktörler benzerlik göstermektedir. PTKA sonrası bu risklerin gelişimini azaltmada, farmakolojik tedavinin yanı sıra yaşam şekli değişikliğinin çok önemli bir yeri vardır.

Yaşam şekli değişiklikleri, bireylerde sağlıklı yaşam şekli davranışlarının gelişmesini sağlayarak kardiyovasküler hastalık tekrarı ve hastalığa bağlı ölüm oranlarını azaltmaktadır.^[7,13] Fakat işlem sonrası hastalarda tedavi edilmişlik hissi yaşam şekli değişikliklerine uyuma engel olabilmektedir. Bu yüzden belirtilen risk faktörlerini kontrol altına almaya yönelik, yaşam şekli değişiklikleri olan; sigaranın bırakılması, fazla kilolardan kurtulma, doymuş yağlardan fakir, dengeli bir diyet ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi konularda hastalar daha fazla düzeyde bilgilendirilmelidir.^[12,14,15]

Bireylerdeki kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinin varlığı ya da sağlıklı yaşam şekli davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılmış, fakat kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ile sağlıklı yaşam şekli davranışları arasındaki ilişkiyle ilgili yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Hemşirelerin, kardiyovasküler hastalıkların gelişiminin önlenmesinde, kardiyovasküler hastalıklar açısından riskli bireylerde hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesinde, bireylere eğitim verme ve sağlıklı yaşam şekli davranışı alışkanlıkları kazandırmada ve bireylerin tedaviye uyumunu sağlamada önemli sorumlulukları vardır. Bu nedenle bireylerin kardiyovasküler hastalık risk faktörlerine yönelik bilgilerinin sağlıklı yaşam

şekli davranışlarına yansiyıp yansımadığının belirlenmesi, hasta eğitimi ve danışmanlığın verilmesinde yol gösterici olacaktır. Bu araştırma, PTKA uygulanan hastalarda sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Hasta Grubu: Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve en az 3 ay önce PTKA uygulanan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme; Ekim 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında bu üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniklerine başvuran en az 3 ay önce PTKA uygulanan, 18 yaş ve üstü, koroner arter by-pass greft ameliyatı uygulanmayan, fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanacak formları cevaplamaya uygun, iletişim sorunu olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü bireyler dahil edildi. Toplamda 117 hastaya ulaşıldı. Fakat dokuz hasta çalışmaya katılmayı reddettiği ve sekiz hasta ise anket sorularını eksik doldurduğu için araştırmaya dahil edilmedi. Bu çalışma için belirlenen sürede 100 hastaya ulaşılabildi ve değerlendirildi. Araştırmanın uygunluğu ve yapılabilmesi için çalışma yapılan üniversitenin etik kurulundan etik izin, araştırmanın yürütülebilmesi için ise üniversite hastanesinden yazılı izin alındı. Araştırma örneklemini oluşturan bireylere araştırmanın amacı ve bilgilerin gizliliği hakkında bilgi verildi ve yazılı onamları alındı.

Veri toplama araçları: Araştırmanın verileri; Kişisel Bilgi Formu, Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak toplandı.

Kişisel bilgi formu: Bu form PTKA uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışlarını etkileyebileceği düşünülen sorulardan oluştu: sosyo-demografik özelliklere ilişkin 10 soru; sağlık hikâyesi, işlem sonrası yaşamına yönelik bilgi ve davranışlarına ilişkin 7 soru; PTKA girişimine ilişkin 4 soru olmak üzere toplam 21 soru.^[11,16,17]

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD): Erişkinlerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyini ölçmede kullanılan KARRİF-BD Ölçeği, Arıkan ve ark (2009) tarafından geliştirilmiştir.^[18] Ölçekte ilk dört madde KVH'ların özellikleri, korunulabilirliği ve yaş faktörü ile ilgili

iken, 15 madde risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25, 27, 28. maddeler), 9 madde de (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde katılımcılara sunulmakta ve katılımcıların bu ifadeleri "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklinde yanıtlamaları istenmektedir. Her doğru yanıt 1 puan verilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28 olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II): Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için Walker ve ark (1999) tarafından geliştirilmiştir.^[16] Ölçek, 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçeğin Türkiye'de geçerliği ve güvenilirliği 1997'de Esin^[16], 1998'de Akça ve 2008'de ise Bahar ve ark.^[19] tarafından yapılmıştır. Bizim çalışmamızda Bahar ve ark (2008)'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı ölçek kullanıldı.^[19] Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir.

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi: Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler, ortalama, standart sapma, student-t testi, tek yönlü varyans analizi (one Way ANOVA), Levene testi, post hoc testlerden Scheffe testi ve sürekli ölçümler arasındaki ilişki için Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı. İstatistik olarak p<0.05 değer anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmada Etik: Çalışmaya başlamadan önce Etik Kurul ve kurum izinleri alındı. Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalındı.

BULGULAR

Bireylerin yaş ortalaması; 59±11.1 olup, %60'ı erkek, %39'u okuryazar/ilköğretim mezunu ve %85'i evlidir. PTKA uygulanan bireylerin %82'sinin en az

bir kronik hastalığının olduğu, bunların %60'ında HT ve %35'inde DM olduğu, %75'inin kilolu ve üstü olduğu, %83'ünün düzenli ilaç kullandığı, %56'sının düzenli sağlık kontrollerine gitmediği,

çoğunluğun sigara ve alkol kullanmadığı saptandı. Aynı zamanda bireylerin, %52'sinin sadece PTKA uygulandığı ve %51'inin planlı olarak işleme alındığı tespit edildi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikleri

| Sosyo-Demografik ve Klinik Özellikler | n | % |
|----------------------------------------|---------|------|
| Yaş Ortalaması (Ort±SS)* | 59±11.1 | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 40 | 40.0 |
| Erkek | 60 | 60.0 |
| Eğitim Düzeyi | | |
| Okuryazar Değil | 11 | 11.0 |
| Okuryazar/ İlköğretim mezunu | 39 | 39.0 |
| Ortaokul/Lise mezunu | 21 | 21.0 |
| Yüksekokul ve Üstü mezunu | 29 | 29.0 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 85 | 85.0 |
| Bekar | 15 | 15.0 |
| Beden Kitle İndeksi | | |
| Zayıf + Normal | 25 | 25.0 |
| Kilolu | 45 | 45.0 |
| Obez | 18 | 18.0 |
| Morbid obez | 12 | 12.0 |
| Kronik hastalığın varlığı | | |
| Var | 82 | 82.0 |
| Yok | 18 | 18.0 |
| Kronik Hastalıklar** | | |
| HT | 60 | 60.0 |
| DM | 35 | 35.0 |
| Kalp Yetmezliği | 26 | 26.0 |
| Kronik obstrüktif akciğer hastalığı | 7 | 7.0 |
| Düzenli İlaç kullanımı | | |
| Evet | 83 | 83.0 |
| Hayır | 17 | 17.0 |
| Düzenli sağlık kontrolüne gitme | | |
| Evet | 44 | 44.0 |
| Hayır | 56 | 56.0 |
| Sigara kullanımı | | |
| Evet | 24 | 24.0 |
| Hayır | 76 | 76.0 |
| Alkol kullanımı | | |
| Evet | 22 | 22.0 |
| Hayır | 78 | 78.0 |
| Girişim Tipi | | |
| Sadece PTKA | 52 | 52.0 |
| PTKA ve Stent | 48 | 48.0 |
| Girişim Uygulanma Şekli | | |
| Planlanmış PTKA | 51 | 51.0 |
| Acil PTKA | 49 | 49.0 |

*Ort±SS: Ortalama Standart Sapma ** Katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların SYBDÖ II toplam ve alt gruplarının ve KARRİF-BD ölçeğinin puan dağılımları verilmiştir (Tablo 2). En yüksek puan Kİ puanı alt ölçeğinden (27.54 ± 5.32), en düşük puan ise FA puanı (15.03 ± 4.94) alt ölçeğinden alınmıştır. Bireylerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması 136.55 ± 25.30 ve KARRİF-BD puan ortalaması 20.98 ± 4.10 'dir. Araştırmaya katılan

bireylerin fiziksel aktivite puanı ve stres yönetimi puanı alt ölçek boyutlarından orta düzeyin altında puan aldıkları, kişilerarası ilişkiler puanı, sağlık sorumluluğu puanı, beslenme puanı, manevi gelişim puanı alt ölçek boyutlarından, SYBDÖ II toplam ve KARRİF-BD Ölçeği puan dağılımından ise orta düzeyin üzerinde puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 2. Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II'nin Toplam ve Alt Gruplarının ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğinin Puan Dağılımları

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puanları

| Alt Boyutları | n | Ort±SS |
|-----------------------------|----|--------------|
| Sağlık Sorumluluğu (SS) | 9 | 23.81±5.38 |
| Fiziksel Aktivite (FA) | 8 | 15.03±4.94 |
| Beslenme (B) | 9 | 22.90±5.06 |
| Manevi Gelişim (MG) | 9 | 26.69±5.11 |
| Kişilerarası ilişkiler (Kİ) | 9 | 27.54±5.32 |
| Stres Yönetimi (SY) | 8 | 20.58±4.83 |
| SYBDÖII Toplam | 52 | 136.55±25.30 |
| KARRİF-BD | 28 | 20.98±4.10 |

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ölçeği puanı ile SYBDÖ II ölçeği toplamı ve bu ölçeğin alt boyutları arasında bir ilişki bulunamazken ($p > 0.05$) KARRİF-BD puanı azaldıkça kişiler arası ilişkiler puanının arttığı ve aralarında negatif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bunlara ilaveten beden kitle indeksi (BKİ) azaldıkça manevi gelişim puanının arttığı ve aralarında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu, yaşın artmasıyla stres yönetimi puanının arttığı ve aralarında pozitif yönde ve zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 3).

Çoklu regresyon analizine göre; araştırmaya katılan bireylerin sağlık önerilerine uyumu arttıkça sağlıklı yaşam şekli davranışları ölçeği toplam puanı, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetim puanlarının arttığı, alkol kullanımı arttıkça sağlık sorumluluğu, sağlıklı yaşam şekli davranışları ve kişilerarası ilişkiler puanının

azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4). Ayrıca düzenli ilaç kullanan bireylerin sağlık sorumluluğu puanı artmakta, ilçede yaşayanların ise kişilerarası ilişkiler puanı azalmaktadır.

TARTIŞMA

Yaş ve cinsiyet, KAH için en önemli risk faktörlerindedir. Koroner kalp hastalığı insidansı ve prevalansı yaşla paralel olarak artar. Aterosklerozun erken lezyonlarının çocukluk çağında ortaya çıkmasına rağmen koroner kalp hastalığı ölüm riski ileri dönemlerde daha fazladır. Erkeklerde hastalığın daha fazla görülmesinin nedeni; erkeklerin kadınlara göre daha fazla sigara kullanması ve kadınlardaki östrojen hormonunun hastalığa karşı koruyucu etkisinin olmasıdır.^[20,21] Araştırmamızda PTKA uygulanan hastaların çoğunluğunun erkek olduğu ve yaş ortalamalarının 59 ± 11.1 olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar araştırmamızı desteklemektedir.^[17,22,23]

Tablo 3. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Toplam ve Alt Grupları ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Puan Dağılımlarının Birbirleriyle Korelasyonu

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--------------------------|-------|-------|-------|----------------|----------------|---------------|-------|-------|-------|-------|------|----|
| 1.Sağlık Sorumluluğu | | | | | | | | | | | | |
| 2.Fiziksel Aktivite | .443* | | | | | | | | | | | |
| 3. Beslenme | .545* | .531* | | | | | | | | | | |
| 4.Manevi Gelişim | .631* | .544* | .593* | | | | | | | | | |
| 5.Kişilerarası İlişkiler | .703* | .399* | .644* | .797* | | | | | | | | |
| 6.Stres Yönetimi | .601* | .637* | .594* | .763* | .755* | | | | | | | |
| 7.SYBDÖ II Toplam* | .783* | .708* | .768* | .882* | .881* | .871* | | | | | | |
| 8. KARRİF-BD# | -.128 | -.020 | -.130 | -.004 | -.218** | -.077 | -.101 | | | | | |
| 9.Yaş | .151 | .005 | .155 | .132 | .180 | .205** | .159 | -.158 | | | | |
| 10.BKİ++ | .048 | -.167 | -.070 | -.200** | -.019 | -.194 | -.134 | -.035 | -.230 | | | |
| 11.İşlem sayısı | .190 | -.032 | .144 | .173 | .175 | .188 | .162 | -.084 | .330 | -.100 | | |
| 12.İşlem zaman | .086 | .180 | .069 | .061 | -.002 | .038 | .087 | .000 | .114 | .091 | .193 | |

+SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; ++BKİ: Beden Kitle İndeksi

#KARRİF-BD: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi

* p<0,01; **p<0,05

Beden kitle indeksinin yüksekliğinde vücutta aşırı yağ birikimi ve depolanması, damarsal yapıyı bozulmakta ve sonuçta KAH için bir risk faktörü oluşturmaktadır. BKİ 25-30 kg/m² olması fazla kilolu olmanın, 30-40 kg/m² olması ise obezitenin göstergesi olarak kabul edilmektedir.^[24] Araştırmamızda hastaların çoğunluğunun 25-29,9 kg/m² arasında ve fazla kilolu olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmanın sonuçları da araştırmamızı desteklemektedir. Bu çalışmaya göre ülkemiz nüfusunun %68.7'si obez veya fazla kilolu olarak sınıflandırılmaktadır.^[25] Obezitenin önlenmesi ve tedavi edilmesi, obez kişilerin daha kaliteli bir yaşam seviyesine ulaşması için sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi ve sürdürülmesi gereklidir.

Hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklar ateroskleroz oluşumu ve KAH'nın gelişiminde bir risk faktörüdür. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması II'de (2010) hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32.3, erkeklerde %30.9 tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada diyabet prevalansı %16,5 olup ülkemizde 6,5 milyon diyabetli kişi bulunmuştur.^[25] 1998'de yapılan TURDEP-I çalışmasıyla kıyaslandığında, ülkemizde diyabet ve bozulmuş glikoz toleransı sıklığı sırasıyla %90 ve %207'lik bir artış göstermiştir. Bizim çalışmamızda hastaların %82'sinde kronik hastalığın olduğu bunların %60'ında HT ve %35'inde DM tespit edildi.

Tablo.4. Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| Değişkenler | Beta | Standart Sapma | t | p | Güven Aralığı |
|--------------------------------------------------------|-------|----------------|------|-------------|------------------|
| Sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı | | | | | |
| Yaşanılan yer | -11.5 | 6.0 | -1.9 | 0.05 | (-23.5) - (0.4) |
| Alkol kullanımı | -16.3 | 5.6 | -2.8 | 0.00 | (-27.6) - (-5.1) |
| Düzenli ilaç kullanımı | -10.2 | 6.2 | -1.6 | 0.10 | (-22.7) - (2.2) |
| Sağlık önerilerine uyum | -11.7 | 4.5 | -2.5 | 0.01 | (-20.7) - (-2.7) |
| Sağlık sorumluluğu puanı | | | | | |
| Sigara kullanımı | -1.3 | 1.2 | -1.0 | 0.28 | (-23.5) - (1.1) |
| Alkol kullanımı | -3.2 | 1.2 | -2.5 | 0.01 | (-20.7) - (-0.7) |
| Düzenli ilaç kullanımı | -3.0 | 1.3 | -2.2 | 0.02 | (-22.7) - (-0.3) |
| Fiziksel aktivite puanı | | | | | |
| Sağlık önerilerine uyum | -1.9 | 0.9 | -2.0 | 0.04 | (-3.9) - (-0.3) |
| Beslenme Puanı | | | | | |
| Alkol kullanımı | -4.7 | 1.1 | -4.2 | 0.00 | (-7.0) - (-2.5) |
| Manevi Gelişim Puanı | | | | | |
| Yaşanılan yer | -2.3 | 1.2 | -1.8 | 0.07 | (-4.8) - (0.1) |
| BKI | -0.0 | 0.0 | -0.8 | 0.39 | (-0.0) - (-0.0) |
| Sağlık önerilerine uyum | -2.6 | 0.9 | -2.7 | 0.00 | (-4.5) - (-0.7) |
| Alkol kullanımı | -2.1 | 1.1 | -1.8 | 0.07 | (-4.5) - (0.1) |
| Düzenli ilaç kullanımı | -1.7 | 1.3 | -1.3 | 0.19 | (-4.3) - (-0.8) |
| Stres Yönetimi Puanı | | | | | |
| Yaş | 0.0 | 0.0 | 1.6 | 0.10 | (-23.5) - (0.0) |
| Alkol kullanımı | -2.2 | 1.1 | -1.9 | 0.05 | (-4.2) - (-0.5) |
| Sağlık önerilerine uyum | -2.3 | 0.9 | -2.5 | 0.01 | (-0.0) - (-0.1) |
| Kişilerarası İlişkiler Puanı | | | | | |
| Yaşanılan yer | -3.1 | 1.2 | -2.5 | 0.01 | (-5.6) - (-0.6) |
| Alkol kullanımı | -3.4 | 1.2 | -2.8 | 0.00 | (-5.9) - (-1.0) |
| Sağlık önerilerine uyum | -2.3 | 0.9 | -2.4 | 0.01 | (-4.2) - (-0.4) |
| Düzenli ilaç kullanımı | -2.0 | 1.2 | -1.5 | 0.12 | (-4,5) - (0,5) |
| KARRİF-BD puanı | -0.0 | 0.1 | -0.6 | 0.50 | (-0.3) - (0.1) |

Kronik hastalıkların kontrolünde; yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetiyle, bireylerin kilo vermesi, fiziksel aktivite düzeyinin artırılması, lipit düzeyinin azaltılması, alkol ve tuz kullanımının azaltılması gibi yaşam şekli değişiklikleri konularında bilgi verilebilir. Irmak ve Fesci (2005) yaptıkları çalışmada; hipertansiyonlu hastalara önce yaşam şekli değişiklikleri ve ilaç kullanımı hakkında eğitim verilmiş ve 6 ay sonrasında hastaların diyet programına uyumunda artış olduğu, düzenli egzersiz yapan hasta oranında artış olduğu, ilaç tedavisine uyumun arttığı belirlenmiştir.^[13]

Araştırmamızda hastaların düzenli ilaç kullandığı ancak sağlık kontrollerine düzenli gitmediği belirlenmiştir. Durna ve ark. (2000) çalışmasında 0-3 ay içerisinde sağlık kontrolüne giden hastaların, 4-6 ayda ya da şikâyeti oldukça sağlık kontrolüne giden hastalara göre daha iyi olduğu saptanmıştır.^[17] Çalışmamızın sonucu kronik hastalığa sahip olan bireylerin zamanla hastalığı kabullendikten sonra ilaçlarını düzenli kullanmaya başladıklarını ancak sağlık kontrollerini aksattıklarını düşündürmüştür. Bu nedenle hasta eğitimi ve danışmanlığı kapsamında düzenli sağlık kontrolünün önemi özellikle vurgulanmalıdır. Araştırmamızda literatürle uyumlu olarak BKİ'nin azaldıkça manevi gelişim alt ölçek puanının arttığı saptanmıştır. Başarır ve Pakyüz (2015), hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmalarında BKİ'nin azalmamasıyla fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi arasında negatif yönde anlamlı korelasyon saptamıştır.^[26] Bireylerde kilo vermenin benlik saygısını ve beden algısını olumlu etkilediği bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada benlik saygısının BKİ normal olanlara göre, obez olanlarda 1,49 kat ve morbid obez olanlarda 3,31 kat daha düşük olduğu, beden algısının BKİ normal olanlara göre, morbid obez olanlarda 5,48 kat daha düşük olduğu saptanmıştır.^[27]

Araştırmamızda yaşın artmasıyla stres yönetimi puanının arttığı belirlenmiştir. Kuru ve Piyal (2012) 'ın yaptığı çalışma sonuçlarında, yaşın artmasıyla bireylerin stres yönetimi puanlarının da paralel olarak arttığı belirlenmiştir.^[28] Genç yaşta bireylerin daha fazla stresörlere maruz kalması sebebiyle stresle baş etme teknikleri konusunda kendilerine ve aile bireyelerine eğitim ve rehabilitasyon programlarının oluşturulması önerilebilir. Yapılan bir çalışmada bireylerde umutsuzluk düzeyinin azaldıkça stres yönetiminin arttığı bulunmuştur.^[29] Araştırmamızda değişkenler arasında ilişkinin varlığı ve bu ilişkinin gücünü belirlemek için çoklu regresyon analizine

başvurulmuştur. Araştırmamızda alkol kullanmayan bireylerin SYBDÖ toplam puan ortalamaları, sağlık sorumluluğu puanı, beslenme puanı ve kişilerarası ilişkiler alt ölçek puanı ortalamaları alkol kullanan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Başarır ve Pakyüz (2015) hemodiyaliz hastalarında yaptıkları çalışmada alkol kullanmayan hastaların bulguları araştırmamızla uyumludur.^[26] PTKA uygulanan alkol kullanmayan bireylerin diğer bireylere göre kendi sağlığına daha özen gösterdiği, beslenmelerine daha dikkat ettiği ve çevresindekilerle olan iletişimini sürdürdüğü söylenebilir. Araştırmamızda PTKA uygulanan hastalardan düzenli ilaç kullananlarda sağlık sorumluluğu puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip bireylerin, hastalıklarını kabullenip zamanla düzenli ilaç kullandığı ve kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk aldığı, sağlığına daha çok özen gösterdiği söylenebilir.

Araştırmamızda, sağlık önerilerine uyum sağlayan kişilerin SYBDÖ II toplam puan ortalamaları, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Küçükberber'in (2011) kalp hastalarında ve Durna ve ark (2000) PTKA hastalarında yaptıkları çalışmadaki sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermektedir.^[17,22] Araştırmamızda sağlık önerilerine uyum sağlayan bireylerin sağlıklı yaşam şekli davranışlarını puanının yüksek olmasının nedeni; sağlık profesyonellerinin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden yararlanmış olmaları, çeşitli kitap ve dergilerden yararlanmaları, televizyon ve radyo gibi iletişim araçlarından izlenen yararlı programlar ve günümüzde internetten her türlü bilgiye kolay erişim olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; bu araştırmada PTKA girişimi uygulanan hastaların fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları hariç sağlıklı yaşam şekli davranışları ve kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin ortanın üzerinde olduğu tespit edildi.

Bu sonuçlar doğrultusunda Bireylerin olumlu davranışlarının desteklenmesi, olumsuz yaşam şekli davranışlarının olumlu yönde düzeltilmesinde motivasyonu artırıcı eğitim programlarının oluşturulması, PTKA uygulanan hastaların eğitiminde fiziksel aktivite ve stres yönetimi konularının öncelikle ele alınması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2015 Update: A Report From The American Heart Association. *Circulation* 2015;131(4):e29-322.
<https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000152>
2. O'Rourke RA, Fuster Vi Alexander RW. Akut Koroner Sendrom ve patogenezi. O'Rourke RA, Fuster Vi Alexander RW, editörler. Hurst Kalp Hastalıkları El Kitabı. 12. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2012. p. 276-285.
3. Onat A, Yüksel, M, Köroğlu M, Gümrükçüoğlu A, Aydın M, Çakmak A. ve ark. TEKHARF 2012: Genel Ve Koroner Mortalite İle Metabolik Sendrom Prevalansı Eğilimleri. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2013;41(5):373-378.
<http://dx.doi.org/10.5543/tkda.2013.15853>
4. Türk Kardiyoloji Derneği. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu, 2002. Erişim Adresi: www.tkd.org.tr/kilavuz/k11.htm Erişim Tarihi: 25.08.2017.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarının Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı Yayın No:812, 2010. Erişim Adresi: http://beslenme.gov.tr/content/files/news/kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf Erişim Tarihi:25.08.2017
6. İldızlı M, Kayıkçıoğlu M, Yavuzgil O, Hasdemir C, Gürgün C, Kültürsay H. Koroner Arter Hastalığında Güncel Tedavi Yaklaşımlarını Ne Düzeyde Geliştirebiliyoruz? *Türk Kardiyol Dern Arş* 2004;32(8):542-549.
7. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011;19(3):135-144.
8. Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, ve ark. ST Segment Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavi Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2008;36(1):90-152.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehm161>
9. Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Blönmstrom-Lunqvist C, Borger MA, ve ark. ST-segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran Hastaların Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2013;41(3):1-51.
<http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehs215>
10. Libby P. Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. *Circulation* 2001;104:365-372.
<https://doi.org/10.1161/01.CIR.104.3.365>
11. Colombo A, Stankovic G. Girişimsel Tedavi Yöntemleri. Kozan Ö, Yıldırım AB, editör. Girişimsel Kardiyoloji. 1.Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri Ltd Şti.:2010. p.151-160.
12. Davidson PM, Salamonson Y, Rolley J, Everett B, Fernandez R, Andrew S, et al. Perception of Cardiovascular Risk Following A Percutaneous Coronary Intervention: A Cross Sectional Study. *Int J Nurs Stud.* 2011;48(8):973-978.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.01.012>
13. Irmak Z, Fesci H. Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 12(1):84-96.
14. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *J Psychosom Res* 2005; 58(5):403-415.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.010>
15. Uzun M. Kardiyak Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi Ve Egzersiz. *Anadolu Kardiyol Derg* 2007; 7: 298-304.
16. Esin MN. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni* 1999; 12(45):87-96.
17. Durna Z, Enç N, Can G. PTCA Uygulanan Hastalarda Kardiyak Risk Faktörlerinin ve Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni* 2000; 12(46).
18. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009; 37(1):35-40.
19. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısıl A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2008; 12(1).
20. Yıldırım A. Postmenopozal Hormon Replasman (Yerine Koyma) Tedavisi ve Kardiyovasküler Sistem. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2010;38(1).

21. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut Koroner Sendrom Kliniği ile Başvuran Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. Van Tıp Dergisi 2011;18(3):147-154.
22. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Derg 2011;11:619-26.
23. Badıllıoğlu O, Ünal Toğrul B, Uçku ŞR. İzmir, Güzelbahçe'de Koroner Kalp Hastalığı Beş Yıllık İnsidansı ve Risk Faktörleri İle İlişkisi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2015;9(3):129-132. <http://dx.doi.org/10.20518/tjph.173058>
24. Catapano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, ve ark. Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2017. Erişim: <http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ESC/ESC-Dislipidemi-2016.pdf> Erişim Tarihi: 25.08.2017. <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw272>
25. Satman İ, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S, Tütüncü Y, Çolak N ve ark. TURDEP-II Sonuçları. 2011. Erişim: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP-II_2011.pdf Erişim Tarihi: 25.08.2017
26. Başarır S, Çınar Pakyüz S. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015;19-30.
27. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2015;19(3):122-128. <http://dx.doi.org/10.15511/tahd.15.02122>
28. Kuru N, Piyal B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull 2012;11(3):287-298. <http://dx.doi.org/10.5455/pmb.1-1310111881>
29. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.5505/phd.2013.07279>