T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALARININ HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ

İbrahim Halil SATICI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Derya TÜLÜCE

ŞANLIURFA
2022

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KORONER ARTER HASTALARININ HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ

İbrahim Halil SATICI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Derya TÜLÜCE

Bu tez herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA
2022

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, tezimin her aşamasında rahatlıkla ulaşıp danıştığım, deneyimleri ile bana yol gösteren, tüm içtenliği ile beni destekleyen hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Derya TÜLÜCE'ye,

Tez savunma sınavında jüri üyeliğini kabul eden ve değerli katkılarını sunan hocalarıma,

Eğitimim süresince bana destek olan tüm Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün değerli öğretim üyeleri ve elemanlarına,

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışma boyunca bana destek veren ve motive eden Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüm Gülay ÇARDAK'a ve değerli meslektaşlarım Mehmet Ali AKKUŞ ve Recep MURATOĞLU'na,

Çalışma ve eğitim hayatım boyunca sevgi, sabır ve hoşgörüyle koşulsuz yanımda olan anneme, babama ve sevgili eşim Çiçek SATICI'ya,

Tezimin uygulamasına katılan hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İbrahim Halil SATICI

2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR ii
İÇİNDEKİLER iii
TABLOLAR DİZİNİ v
SİMGELER VE KISALTMALAR vi
ÖZET vii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ 1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Koroner Arter Hastalığı 3
2.1.1. Tanım 3
2.1.2. Epidemiyoloji 3
2.1.3. Risk Faktörleri 3
2.1.4. Fizyopatolojisi 4
2.1.5. Sınıflandırılması 4
2.1.6. Belirti-Bulgular 6
2.1.7. Tanı 6
2.1.8. Tedavi 6
2.1.9. Koroner Arter Hastalıklarında Hemşirenin Rolü 8
2.2. Koroner Arter Hastalığı ve Hasta Eğitimi 9
2.3. Koroner Arter Hastalığı ve Yaşam Kalitesi 10
3. GEREÇ VE YÖNTEM 13
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 13
3.4. Araştırmanın Değişkenleri 14
3.5. Verilerin Toplanması 14
3.6. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması 16
3.7. İstatistiksel Analiz 16

3.8. Araştırmanın Etik Yönü 16
3.9. Araştırmanın sınırlılıkları 17
4. BULGULAR 18
5. TARTIŞMA 34
5.1. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi 2 ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması 34
5.2. Hastaların Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması 38
5.3. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ile Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması 41
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 42
6.1. Sonuçlar 42
6.2. Öneriler 44
7. KAYNAKLAR 45
8. EKLER
KİŞİSEL BİLGİ FORMU
KORONER ARTER HASTALIĞI EĞİTİM ANKETİ 2
KARDİYAK SAĞLIK PROFİLİ ÖLÇEĞİ (TÜRKÇE VERSİYONU
HARRAN ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL İZNİ
ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ANKET ÇALIŞMA İZNİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (BGOF)
KORONER ARTER HASTALARI EĞİTİM ANKETİ-2 KULLANIM İZNİ
KARDİYAK SAĞLIK PROFİLİ TÜRKÇE ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ
ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ
İNTİHAL RAPORU
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1. Kanada Kardiyovasküler Cemiyetinin Anjina Ciddiyetinin Sınıflandırması .. 5

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı 18

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı..... 20

Tablo 4.3. Hastaların Eşlik Eden Kronik Hastalık Durumu ve Kalp-Damar Cerrahi Girişimi Geçirme Durumunun Dağılımı 21

Tablo 4.4. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2' nin alt boyutları ve puan ortancalarının dağılımı 22

Tablo 4.5. Hastaların Anketten Aldıkları Puana Göre Bilgi Düzeyi Sınıflandırılması .. 23

Tablo 4.6. Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği'nin Alt Boyutları Ve Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 24

Tablo 4.7. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleriyle Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 27

Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Hastalık Özellikleriyle Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği Ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……...31

Tablo 4.9. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Alt Boyutlarıyla Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması…….....33

SİMGELER VE KISALTMALAR

ADP	Adenozin Difosfat
AKS	Akut Koroner Sendrom
AMI	Akut Miyokard İnfarktüsü
ATP	Adenozin Trifosfat
KABG	Koroner Arter By-Pass Greft
CK	Kreatinin Kinaz
CK-MB	Kreatin kinaz- MB İzoenzimi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektrokardiyografi
EKO	Ekokardiyografi
HMG CoA	Hidroksi-metil Glutaril Koenzim A
KAH	Koroner Arter Hastalığı
LDL	Low Density Lipoprotein
MI	Miyokard İnfarktüsü
NSTEMI	ST segment yükselmesiz miyokard enfarktüsü
PKG	Perkütan Koroner Girişim
PTCA	Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti
SPSS	Statistical Package for Social Science
SD	Standart Deviation
STEMI	ST Segment Yükselmeli Miyokard Infarktüsü
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

KORONER ARTER HASTALARININ HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİ

İbrahim Halil SATICI

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bu araştırma koroner arter hastalığı olan bireylerin bilgi düzeylerini ve yaşam kalitesi seviyesini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, Kasım 2021–Nisan 2022 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, son 6 ayda koroner arter hastalığı tanısı alan 236 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 ve kardiyak sağlık profili ölçeği kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortanca, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Veriler, normal dağılıma uygun olduğu durumlarda student t testi, pearson korelasyon ve ANOVA testi ile normal dağılıma uygun olmadığı durumlarda Mann Whitney U testi, spearman korelasyon ve Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Verilerin anlamlılık değer $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli yazılı izinler alınmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 59.00±11.42 olarak bulunmuştur. Hastaların %62.3'ünün erkek, %97'sinin evli, %43.6'sının okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Hastaların koroner arter hastalığı tanı yılı ortalaması 4.60±3.97 olarak bulunmuştur. Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'den alınan toplam puan ortalamaları 25.71±12.49 olarak bulunmuştur. Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'den alınan toplam puana göre hastaların %49.2'sinin bilgi düzeyi "Yetersiz", %44.5'inin "Zayıf", %5.9'unun "Kabul edilebilir" seviyede olduğu belirlenmiştir. Sadece bir hastanın bilgi düzeyi iyi olarak bulunmuştur. Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'nin beslenme alt boyutunda 7.77±4.88 ile en yüksek, psikososyal risk alt boyutunda 2.20±2.73 ile en düşük ortalamaya sahip olduğu belirlenmiştir. Kardiyak sağlık profili ölçeğinin göğüs ağrısı sınıflandırılmasında hastaların %28.4'ünün göğüs ağrısı seviyesi

“sınıf II” düzeyindedir. Hastaların kardiyak sağlık profili ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları 679.88±245.89 olarak bulunmuştur. Kardiyak sağlık profili ölçeği alt boyutlarından fiziksel özellikler 185.42±66.57 ile en yüksek, sosyal özellikler 151.69±79.22 ile en düşük puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastalığı ile ilgili bilgi düzeyi yetersiz ve yaşam kalitesi düzeyi orta olarak bulunmuştur. Koroner arter hastalığı olan hastaların bilgi düzeyleri ve dolayısıyla yaşam kalitesi düzeylerinin arttırılması için eğitim programları düzenlenmeli; düzenlenen eğitim programlarının hastaların eğitim, kültür, sağlığı algılama şekli, konuşma dili ve maddi olanakları göz önünde bulundurularak yapılması önerilmektedir.
Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, yaşam kalitesi, hasta eğitimi, hemşirelik

ABSTRACT

THE LEVEL OF KNOWLEDGE RELATED TO THE DISEASE AND QUALITY OF LIFE AMONG CORONARY ARTERY PATIENTS

İbrahim Halil SATICI

Department of Nursing, Master's Thesis

This study was conducted with descriptive design to determine the level of knowledge and quality of life of individuals suffering from coronary artery disease. The study was conducted with 236 patients who applied to the cardiology outpatient clinic of Şanlıurfa Training and Research Hospital between November 2021 and April 2022, met the inclusion criteria, and were diagnosed with coronary artery disease in the last 6 months. The data of the study were collected through face-to-face interview method using personal information form, coronary artery disease education questionnaire-II and cardiac health profile scale. Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22.0 program was used to evaluate the data. Number, percentage, median, mean, and standard deviation were used as descriptive statistics in data analysis. The data were analyzed using Student's t test, pearson's correlation and ANOVA test when it was suitable for normal distribution, and with Mann Whitney U test, spearman's correlation and Kruskal Wallis test when it was not suitable for normal distribution. The significance value of the data was accepted as $p<0.05$. Necessary written permissions were obtained to conduct the study. It was determined that the mean age of the patients was 59.00±11.42. 62.3% of the patients were male, 97% were married, and 43.6% were illiterate. The patients' mean duration of diagnosis for coronary artery disease was 4.60±3.97 years. The patients' total mean score for the coronary artery disease education questionnaire-II was 25.71±12.49. According to the total score obtained from the coronary artery disease education questionnaire-II, it was determined that 49.2% of the patients had an "insufficient" knowledge level, 44.5% "Poor", and 5.9% "Acceptable". Knowledge level of only one patient was good. While the patients obtained the highest mean score (7.77±4.88) from the nutrition subscale of the coronary artery disease education questionnaire-II, they obtained the lowest mean score (2.20±2.73) from its psychosocial risk subscale. In the chest pain classification of the cardiac health profile scale, the chest pain level of 28.4%

of the patients was the "class II". Total mean score of the patients for the cardiac health profile scale was 679.88±245.89. Among the subscales of the cardiac health profile scale, the patients obtained the highest mean score (185.42±66.57) from physical characteristics; whereas, they obtained the lowest mean score (151.69±79.22) from social characteristics. It was found that the level of knowledge of the participants about coronary artery disease was insufficient and their level of quality of life was moderate. It is recommended to organize education programs based on the education, culture, perception of health, spoken language in order to elevate their knowledge level and thus their level of quality of life.

Keywords: Coronary artery disease, quality of life, patient education, nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Koroner arter hastalığı (KAH); kardiyovasküler sistem hastalıkları arasında en sık görülen hastalıktır. Bu hastalık miyokardı besleyen koroner arterlerde kan akımının azalması veya kesilmesi ile ortaya çıkmaktadır. En sık nedeni aterosklerozdur ve klinik olarak kararlı anjina pektoris, kararsız anjina pektoris ve miyokard infarktüsü (Mİ) şeklinde ortaya çıkmaktadır (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre tüm dünyada 2019 yılında 55.4 milyon ölüm gerçekleşmiş olup bunun %16'sından iskemik kalp hastalıkları sorumludur (3). Ülkemizde ise 2019 yılında meydana gelen ölümlerin %36.8'inin dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklandığı bilinmektedir (4). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 26 yıllık verilerine göre Türkiye'de tüm ölümlerin %42'sinden KAH sorumludur (5).

Koroner arter hastalığının yönetilmesinde, hemşire hastanın, ailenin ve toplumun fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlardaki yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlamaktadır. Hastalığın etkili yönetimi, hemşire-hasta işbirliğinin daha iyi sonuçlara ulaşması açısından önemlidir (6,7). Koroner arter hastalığı, bireyin yaşamına çeşitli kısıtlamalar getirmekte ve bireyin sağlığını bedensel, ruhsal ve çevreye uyum yönünden olumsuz etkilemektedir (8). Etkili hasta eğitimi ile bu olumsuz etkiler azaltılmakta, bireylerin hastalık uyumu arttırılmakta, sağlıklı yaşam davranışları geliştirilmekte ve risk faktörleri azaltılmaktadır. Bununla birlikte, hasta eğitimi, fiziksel fonksiyonlarda iyileşmeye, depresif belirtilerde azalmaya, tedavi uyumunda artmaya ve yaşam kalitesi seviyesinde yükselmeye katkı sağlamaktadır (9–12).

Yaşam kalitesinin arttırılması ve semptomların azaltılması amacıyla koroner arter hastalığı olan bireylere yönelik kardiyak rehabilitasyon programlarının yaygınlaştırılması önem arz etmektedir. Kardiyak rehabilitasyon programlarıyla hastalara beslenme, sigara bırakma, kilo yönetimi, kan basıncı, lipid ve diyabet yönetimi, egzersiz ve psikososyal yönetim gibi konularda hastalara eğitimler verilerek yaşam kalitesinin arttırılması hedeflenir (13,14). Koroner arter hastalığı olan bireylerde hastalığa ilişkin bilgi düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin de artttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (14,15).

Koroner arter hastalığına bağlı gelişen semptomlar hastaların yaşam tarzında değişikliklere yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (6). Yaşam kalitesi; fiziksel sınırlılıklar, bağımsızlığın azalması, umutsuzluk, uyku kalitesinin bozulması, cinsel sorunlar, çalışma hayatında zorlanma, psikososyal ve ekonomik sorunlar gibi faktörlerden etkilenmektedir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve öz-bakımını yerine getirmede zorlanması veya bağımlı olması yaşam kalitesini düşürmektedir (16,17). Hastanın yaşam kalitesinin belirlenmesi ile hastanın sorunlarına yönelik eğitim programları düzenlenerek sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmakta, hastalığa ilişkin farkındalık oluşturulmakta ve tedaviye uyumu arttırılmaktadır (7).

Literatürde KAH olan hastaların hastalık bilgisi ile yaşam kalitesini değerlendiren çalışma sayısı sınırlıdır. KAH olan hastaların yaşam kalitesini ve hastalık bilgi düzeylerini ayrı ayrı ölçen çalışmalara göre hastaların yaşam kalitesi ve hastalık bilgi düzeyi düşük seviyededir (9,16–22). Hastalığın yönetilmesi ve komplikasyonların azaltılması için hastaların bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi seviyesinin ölçülmesi gereklidir (7,12). Ayrıca araştırmanın yapıldığı Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine yılda yaklaşık 20 bin başvuru olmaktadır. Bu bilgiler ışığında, KAH'na yönelik bilgi düzeyinin düşük olması, hastaneye başvuru oranının yüksek olması ve hastaneye başvuran hastaların bilgi düzeyinin düşük olduğunun gözlenmesi, KAH tanısı alan hastalarda bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyinin de düşük olabileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle, bu araştırma Şanlıurfa ilinde KAH olan hastaların hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi seviyesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın soruları:

1. Koroner arter hastalarının hastalığa ilişkin bilgi düzeyleri nasıldır?
2. Koroner arter hastalarının yaşam kalitesi düzeyleri nasıldır?
3. Koroner arter hastalarının hastalığa ilişkin bilgi düzeyleri ile yaşam kalitesi düzeyi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı

2.1.1. Tanım

Koroner arter hastalığı (KAH); koroner arterlerde başta aterosklerotik plak birikimi olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı kan akımının azalması veya tamamen kesilmesiyle miyokard dokusunun yeterince beslenememesi sonucu ortaya çıkan patolojik bir durumdur. Yavaş ve sinsi ilerler ve belirtiler çoğunlukla hastalığın ileri evresinde ortaya çıkar (2).

2.1.2. Epidemiyoloji

Kardiyovasküler hastalıklar, ülkemizde ve dünyada yüksek morbidite ve mortalite sebebiyle önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye istatistik kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre Türkiye'deki tüm ölümlerin %36.8'i dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir (4). TEKHARF'in 2017 yılında yayınladığı rapora göre, Türkiye'de 1990-2016 yılları arasında koroner arter hastalığı açık ara farkla tüm ölümlerin toplam %42'sinden sorumludur (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019 Global Raporuna göre ise 2019 yılında iskemik kalp hastalığı, dünyada tüm ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır (3).

2.1.3. Risk Faktörleri

KAH'ın meydana gelmesinde ateroskleroz gelişimi önemli rol oynamaktadır. Hastalığın risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri; sigara, alkol, stres, obezite, sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivitedir. Farmakolojik tedaviyle birlikte hipertansiyon, diyabet, insülin direnci, metabolik sendrom ve lipid bozuklukları kontrol altına alınabilecek risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir. Değiştirilemeyen risk faktörleri ise yaş, cinsiyet ve genetik faktörlerdir. Aynı zamanda homosistein, trombotik risk, lipoprotein (a) ve enflamatuar faktörler ise yeni tanımlanan risk faktörleri olarak belirlenmiştir (1,23–28).

2.1.4. Fizyopatolojisi

KAH kroniktir ve çoğunlukla ilerleyicidir (2). KAH'a neden olan başlıca faktör aterosklerozdur. Ateroskleroz, koroner arterlerde lipit hücrelerinin birikimi sonucu damar lümenini daraltarak normal kan akımını engelleyen patolojik bir süreçtir(27). Aterosklerotik arterler esneklik özelliklerini büyük ölçüde kaybetmiştir. Damar duvarındaki hasarlı alanlar nedeniyle damar kolayca rüptür olabilmektedir. Koroner arter duvarında oluşan plaklar çoğunlukla kan akımına doğru büyüyerek kan akımını engellemektedir. Kan akımının kesilmesiyle kalp hücreleri; hipoksi, ATP eksikliği, asidoz, oksidatif stres ve sitokin uyarımı gibi faktörlerden kaynaklı olarak ölür. İlk 30-45 saniyeden sonra diyastolik ve sistolik disfonksiyon başlar ve bunu elektrokardiyografik (EKG) değişikliklerin ortaya çıkması izler. İlk nekrotik hücreler, 30 ila 40 dakikalık akış yoksunluğundan sonra görülür; daha sonra hücreler katlanarak ölür. altı saat içinde girişimsel veya farmakolojik yöntemlerle reperfüzyon sağlanamazsa, perfüze olmayan miyokardın neredeyse tamamı nekrozdan etkilenir (29–31).

2.1.5. Sınıflandırılması

KAH anjina pektoris ve miyokard infarktüsü olmak iki grupta sınıflandırılmaktadır.

Anjina Pektoris

Angina pektoris, koroner arter hastalığından kaynaklanan göğüs ağrısı veya rahatsızlığını tanımlamak için kullanılan bir terimdir(27). Egzersiz veya stresle miyokardın artan oksijen ihtiyacı koroner kan akımı ile karşılanamamakta ve göğüste geçici sıkıntı hissi meydana gelmektedir. Anjina pektoris koroner arterlerde en az %50-70 daralma olduğunda ortaya çıkmaktadır. Koroner arterin lümen çapındaki daralma sayısı ve uzunluğu anjina pektorisin ciddiyetini belirlemektedir (29,30).

Kanada Kardiyovasküler Cemiyeti' nin anjina sınıflama sistemiyle hastanın klinik durumu belirlenebilmektedir. Bu sınıflandırma sistemi fiziksel aktivitenin hangi seviyesinde semptomların ortaya çıktığını belirlemekte ve anjinanın derecelendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (32).

Tablo 2.1. Kanada Kardiyovasküler Cemiyetinin Anjina Ciddiyetinin Sınıflandırması

Kanada Kardiyovasküler Cemiyetinin Anjina Ciddiyetinin Sınıflandırması	
Sınıf I	Olağan aktiviteler anginaya yol açmaz
Sınıf II	Olağan aktivitede hafifçe kısıtlanma
Sınıf III	Olağan aktivitede belirgin kısıtlanma
Sınıf IV	İstirahatte angına

Anjina pektoris'te semptomların ciddiyetine göre iki sınıfa ayrılır

-**Kararlı anjina pektoris:** Stabil anjina, kronik stabil anjina, klasik anjina veya efor anjina olarak da bilinmektedir. Genellikle öngörülebilir paroksismal substernal ağrıyı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Ağrı, fiziksel eforla veya duygusal stresle ortaya çıkmakta, ortalama 1-3 dakika sürmekte, dinlenme veya nitrogliserin ile hafiflemektedir (27,30).

-Kararsız anjina pektoris: Kararsız anjina pektoris enfarktüs öncesi anjina olarak da adlandırılmaktadır. Genellikle istirahat halindeyken ortaya çıkan kardiyak göğüs ağrısını ifade etmektedir. Kararsız anjina pektorisin göğüs ağrısı yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Kararsız anjina bir akut koroner sendrom (AKS) türüdür ve acil tedavi gerektirmektedir. Akut miyokard infarktüsü (AMI)'ne, kardiyak aritmilere veya ani kardiyak ölüme neden olmaktadır (27,30).

Miyokard İnfarktüsü (MI):

Uzun süreli iskemiye bağlı miyokard hücrelerinin nekrozu olarak tanımlanmaktadır. Mİ tanısı myokardiyal nekroza eşlik eden kardiyak troponin artışı ile kesinleşmektedir. Miyokardiyal nekroz kalp ileti bozukluklarına da neden olmaktadır. EKG'deki değişikliğe göre ikiMI tipi vardır. Bunlar; ST segment yükselmesi olan miyokard enfarktüsü (STEMI) ve ST segment yükselmesi olmayan miyokard enfarktüsü NSTEMI'dir(29,30).

2.1.6. Belirti-Bulgular

KAH'ın en yaygın belirtisi anjina veya göğüs ağrısıdır. Bu belirti plakların arter duvarlarında birikimi sonucu ortaya çıkar. Çünkü kalp kasına giden kan akımı azalmış veya engellenmiştir. Ağrı çoğu kez retrosternal bölgede başlayıp her iki hemitoraksa, özellikle sol kol olmak üzere her iki kola, çeneye ve sırta yayılabilir. Bazen de göğüs, epigastrium, sırt veya kolda başlayıp göğüs ortasına yayılabilir. KAH'ın diğer belirtileri ise nefes darlığı, halsizlik, baş dönmesi, mide bulantısı, soğuk terleme ve kollara yansıyan ağrıdır (2,33,34).

2.1.7. Tanı

Koroner arter hastalığının erken tanılanması komplikasyonları önlemede etkilidir. KAH'ta, kapsamlı anemnez hastalığın tanılanmasında ve ayırıcı faktörlerin belirlenmesinde ilk sırada gelmektedir. Anamnezde ağrı önemli bir belirtidir. Ağrının şiddeti, yeri, süresi, tarzı, sıklığı, arttıran ve azaltan etmenler tanılamada önemlidir. Fizik muayenede ise, nabız sayısı, ritmi, dolgunluğu, kapiller geri dolum, kan basıncı, solunum sayısı, plazma glikoz düzeyi tanıyı kolaylaştırmaktadır. Plazma glikoz düzeyi koroner arter hastalığının akut durumunda ortaya çıkmaktadır. Plazma glukoz düzeyinin geçici yükselmesi ile karakterizedir ve bozulmuş metabolik durumu göstermektedir. Artmış sitokin salınımı, protein yıkımı ve insülin direnci dahil olmak üzere inflamatuvar ve metabolik yanıtlar nedeni ile ortaya çıkmaktadır (2,27,34,35). Fizik muayene ve anamnez dışındaki diğer tanı yöntemleri; çeşitli biyokimya testleri (özellikle troponin I, CK ve CK-MB), Elektrokardiografi (EKG), Ekokardiogram (EKO), egzersiz stres testi, akciğer filmi, nükleer görüntüleme yöntemleri ve koroner anjiografi'dir (2,34).

2.1.8. Tedavi

Koroner arter hastalığının tanılanması ile farmakolojik tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri ile hastalık süreci kontrol altına alınabilir ve hastalık sürecinin gerilemesi sağlanabilir(2). Koroner arter hastalığının tedavisinde öncelikli olan risk faktörlerini azaltmaktır. Risk faktörlerinin azaltılması şöyle sıralanabilir:

❖Sigaranın bırakılması,

❖Kolesterolün düşürülmesi,

❖Yüksek tansiyonun kontrol altına alınması,
❖Diyabetli hastalarda kan şekerinin yönetilmesi,
❖Yağ ve tuzdan kısıtlı diyet,
❖Alkolün azaltılması,
❖Fazla kiloların verilmesi ve
❖Düzenli egzersiz yapılması'dır (36).

Koroner arter hastalığının farmakolojik tedavisinde; semptom ve iskemi tedavisinde nitratlar, beta-blokerler, kalisyum kanal blokerleri, antitrombosit ajanlar ve statinler kullanılırken, kararlı angina pektoris tedavisinde Ranolozin, Nicorandil, İvabradin, Trimetazidin, Molsidomin kullanılmaktadır (2,37–39).

KAH tedavisinde farmakolojik tedavi ile birlikte girişimsel işlemlerde yapılmaktadır. Bunlar koroner arterlere balon anjioplasti, stent yerleştirilmesi veya koroner arter bypass greftleme işlemleridir (36).

Balon veya Stent Uygulaması

Koroner anjiyografi görüntülemesi sonucunda arterlerde darlık veya tıkanıklık tanılanırsa bu durumu düzeltmek için; öncelikle balon anjioplasti ile arter dilate edilerek ile darlık olan alan açılır. Bu işlemin yapılmasına rağmen bir süre sonra damarlarda tekrar daralma olabilir. Sonrasında tekrardan darlık oluşması riskini azaltmak için stent takılması işlemi yapılır. Ayrıca balon dilatasyon işlemine bağlı damarda oluşabilecek bazı sorunları engellemek için de stent işlemi yapılır (2,37).

Koroner Arter Bypass Greft

Koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatları medikal tedavinin ve perkutan koroner girişimlerin (PKG) başarız olması durumunda tercih edilen bir cerrahi girişimdir. KABG dünyada yaygın olarak yapılan ameliyatlar arasındadır. KAH için etkili ve güvenilir tedavi seçenekleri arasındadır. KABG cerrahisi ile ateroskleroz nedeniyle daralan veya tıkanan koroner arterlerin ven veya arter greft kullanılarak kalbin yeniden oksijenlenmesi sağlanır (36,40).

Koroner arter bypass endikasyonları şu şekildedir:
1. Anginanın tıbbi veya invazif tedavi ile giderilmesinde başarısızlık

2. Kararsız angina
3. Sol ana koroner hastalığı
4. Sol ventrikül fonksiyonları bozulmuş semptomatik 3 damar hastaları
5. Postinfarktüs angina
6. Kardiyojenik şokla beraber akut miyokard infarktüsü
7. Anjiyoplastide akut tıkanma
8. KABG ameliyatı sonrası semptomların tekrarlaması (2).

2.1.9. Koroner Arter Hastalıklarında Hemşirenin Rolü

Küresel sağlık problemlerinde ilk sırada yer alan kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir (41). Hastalık belirtisi ve bulguları olmayan hastalara yönelik yapılan girişimler hastalığın önlenmesinde, hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalığın ilerlemesini durduran ve iyileşmesini sağlayan girişimler hastalığın tedavisinde etkili olmaktadır (41,42). Hastalığın önlenmesinde, hemşire, hastalık riski yüksek olan bireylere yönelik değiştirilebilir risk faktörlerini ortadan kaldırarak ya da risk faktörlerine yönelik bilgilendirme yaparak hastalığın oluşmasını önlemekte veya geciktirmektedir. Aynı zamanda, hastalığın erken dönemde tespiti ve tedaviye yönlendirme rollerini üstlenmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde hemşirenin; toplumda farkındalık yaratma, bireyleri eğitme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma (sigara ve alkolün bırakılması, sağlıklı beslenme, egzersiz, manevi gelişim, stres yönetimi), kan basıncını kontrol altında tutma, lipid değerlerinin takibi, kilo kontrolünün sağlanması, diyabeti (varsa) kontrol altında tutma ve hastaların tedaviye uyumunu sağlama şeklinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır (41,42). Bu sorumlulukları yerine getirirken, KAH olan hastalardan kapsamlı bir şekilde anamnez almakta ve yaptığı gözlem, fizik muayene ve tanı testleri sonucunda hastanın ihtiyacına yönelik hemşirelik tanılarını öncelik sırasına göre belirlemektedir. Hemşirelik tanılarının amaçlarını saptamakta, uygun hemşirelik girişimlerinde bulunmakta, sonrasında amaçlarına ulaşılıp ulaşılmadığının değerlendirmesini yapmaktadır (43).

Dünya sağlık örgütünün raporuna göre kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin %75'inden fazlası yaşam tarzı değişikliğiyle önlenebilmektedir. Hemşirenin rol ve sorumlulukları, küresel çapta bir sağlık sorunu olan kardiyovasküler

hastalıkların önlenmesinde ve toplumda yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasında önemli katkılar sağlamaktadır (44). Nurmeksela ve ark. (45) yaptığı bir çalışmada hemşire danışmanlığı alan KAH hastalarının kolesterol ve trigliserit düzeylerinde iyileşme, kilolu hastaların bel çevrelerinde azalma ve fiziksel aktivitelerinde artış olduğunu belirtilmiştir. Zhang ve ark. (46) KAH olan çinli hastalarla yaptığı bir çalışmada, hemşire liderliğindeki bakım programının, hastalar arasında sağlığı geliştirici davranışları, fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini uygulama becerisini arttırdığı tespit edilmiştir.

2.2. Koroner Arter Hastalığı ve Hasta Eğitimi

Kaliteli bir yaşam ve sağlık bakımının temel basamağı hasta eğitimidir (47). Hasta eğitimiyle hastada davranış değişikliğinin gerçekleşmesi hedeflenmektedir. Eğitim sürecinin aşamaları, hemşirelik sürecinin aşamalarıyla bütünleşmiştir (47,48). Böylece hasta eğitimi; hasta ve hasta yakınlarının sağlıkla ilgili becerilerini geliştirme, bilgi sağlama, özümseme ve davranışa dönüştürme süreci olarak tanımlanmaktadır (48).

Hasta eğitiminin önemi; etkili bir hasta eğitimiyle;

- Hastaların otonomileri artmakta ve kendi hastalıklarını iyi yönetmektedirler.
- Hastaneye yatış sayısında ve süresinde azalma olmaktadır.
- Hastalar daha erken taburcu olmaktadır.
- Tekrar hastaneye başvurularda azalma olmaktadır.
- Hastalık komplikasyonlarında azalma olmaktadır.
- Bireylerin yaşam kalitesinde artış gözlemlenmektedir.
- Sağlık giderlerinin maliyetinde azalma görülmektedir.
- Tedaviye uyum daha kolay olmaktadır.
- Morbidite ve mortalite oranlarında azalma meydana gelmektedir.
- Sağlık okuryazarlığı artmakta ve sağlığı geliştirici davranışlar gelişmektedir (49,50).

Hemşirelik mesleği, hasta/sağlıklı birey, aile ve toplumun sağlık problemlerinin çözümüne odaklanmış ve Florence Nightingale'den günümüze toplumun sağlığını sürdürmede ve geliştirmede sorumluluk almıştır. Günümüz sağlık problemlerine çözüm bulunması ancak hemşirelerin etkin bir eğitimci olmalarıyla mümkündür. Çünkü hemşire bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal boyutları ve

çevresiyle ele alarak bütüncül olarak değerlendirir. Hemşireler sağlıklı/hasta bireylerle sürekli etkileşim içinde olan profesyonel bir gruptur (47).

Hemşirenin en önemli rollerinden biri eğitici rolüdür (51). Eğitici rolü kapsamında, hastanın öz bakımını sürdürmesini sağlamak, bireyi komplikasyonlardan korumak, hastalığa optimum düzeyde adaptasyonunu sağlamak, hastalık ve tedavisiyle ilgili karar alma yeteneğini geliştirmek ve sağlıklı davranış değişikliğinin kazandırmak hedeflanmektedir (49).

Hemşire aynı zamanda hasta bakım kalitesinin artması ve hasta eğitiminin başarıya ulaşması için hastanın aile üyeleriyle işbirliği yaparak hasta eğitimine dâhil olmasını sağlar (49). Hemşireler tarafından verilen hasta eğitimiyle koroner arter hastalığı olan bireylerin, kan basıncının ve kolesterol seviyesinin düştüğü, beslenme alışkanlığında değişiklik olduğu, fiziksel aktivitelerini arttığı, hastalıklarını daha iyi bildikleri ve yönetme stratejilerinin geliştiği bilinmektedir (10,52,53). Yıldız ve Kaşıkçı'nın (54) yaptığı bir çalışmada KAH hastalarına verilen eğitimin, hastalarda öz bakım gücünü ve genel yaşam kalitesini iyileştirdiği saptamıştır. Saki ve ark. (55) KAH'lı hastalarda, tedavi rejimine uyumda hasta merkezli eğitimin etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, hasta merkezli eğitim programının hastalarda diyet, aktivite örüntüsü ve ilaç tedavisi olmak üzere üç boyutta tedavi rejimine uyumu artırdığını tespit etmiştir.

2.3. Koroner Arter Hastalığı ve Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; "Kişinin, içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi kapsamında, kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle beraber, yaşamdaki durumu ile ilgili bireysel algısı" olarak tanımlamaktadır (56).

Yaşam kalitesi kavramı sağlık uygulamalarında "sağlıkla ilgili yaşam kalitesi" olarak ifade edilmektedir. Bütüncül olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi yaşam kalitesinin alt bileşeni olarak kabul edilmektedir (57). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise genellikle "sağlığın fiziksel, sosyal, emosyonel, mental ve fonksiyonel alanlarını ele alan çok boyutlu bir kavram" olarak tanımlanmaktadır (16).

Kronik hastalıklar fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinin bozulmasına neden olduğu için kişilerin yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (58,59).

Koroner arter hastalığı olan kişilerde fiziksel sağlıkta bozulma veya fonksiyon kaybı, ruhsal sağlığın bozulması, fiziksel ve sosyal özerklik kaybı, yaşamdan zevk almada azalma gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır. Bu olumsuz durumlar hastaların yaşam tarzında bozulmalara neden olduğu için yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir (60,61). Aynı zamanda fiziki güç gerektiren uygulamaları yaparken zorlanmaları, öz bakımını yerine getirmede yetersiz kalmaları, günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı olmaları gibi çeşitli kısıtlamalar nedeniyle yaşam kaliteleri azalmaktadır (17,62).

Yaşam kalitesi olumsuz etkilenen koroner arter hastalarında hemşirelik bakımının amacı; hastaya yardımcı olmak, öz bakımı konusunda destek vererek kendi bakımını en kısa sürede üstlenmesini sağlamak ve yaşam doyumunu en üst düzeye çıkarmaktır. Hemşireler koroner arter hastalarında yaşam kalitesini arttırmak için hangi faktörlerin yaşam kalitesini etkilediğini bilmelidirler (16,22). Yaşam kalitesinin arttırılması için hemşirelerin yaptığı bazı uygulamalar şu şekildedir;

- Yaşam kalitesi ölçeklerini kullanarak yaşam kalitesi seviyesinin belirlenmesi
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi
- Değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması
- Koroner arter hastalığında beslenme ve egzersiz eğitiminin planlanması
- Sigara ve alkol kullanımının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri hakkında eğitim verilmesi
- Kanıta dayalı hemşirelik modellerini kullanarak hastaya bakım verilmesi
- Hasta ailesiyle işbirliği yaparak sosyal destek olanaklarının artırılması
- Acil müdahale gerektiren durumlar ve yapılması gerekenler hakkında eğitim verilmesi
- Kullandığı ilacın ismi, dozu, yan etkileri ve besin etkileşimi hakkında eğitim verilmesi
- Uyku kalitesini arttıracak girişimler hakkında bilgilendirilmesi
- Sağlık kontrolleri periyodları bilgisinin verilmesi
- Gelişebilmesi olası olan semptomlar veya komplikasyonla hakkında ve yapılması gerekenler konusunda eğitim verilmesi (16,22,63).

Koroner arter hastalığında yaşam kalitesinin artırılmasında hemşirenin eğitici rolünün önemi vurgulanmaktadır. Koroner arter hastalarının yaşam kalitesinin ölçüldüğü birçok çalışma yapılmış ve hastaların yaşam kalitesi seviyelerinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (10,58,63). Akyıldız ve Ergene'nin (64) yaptığı çalışmada anjina atak sıklığı ve şiddeti yaşam kalitesini düşürdüğü, duygusal, fiziksel ve sosyal yönden hastaları olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Durmaz ve ark. (65) yaptığı çalışmada somut olarak sosyal destek alan hastaların yaşam kalitesinin iyileştiği bulunmuştur.

Ma ve ark. (18) Koroner arter baypas greftleme sonrası korunmasız sol ana koroner arter hastalarıyla WeChat tabanlı yaptıkları eğitim ve rehabilitasyon programının anksiyete ve depresyonun azalmasında, yaşam kalitesinin artmasında etkili bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir. Ra ve ark. (19) kardiyak rehabilitasyon eğitimi uygulanan KAH'lı hastalarda öz bakım programının yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada eğitim programının yaşam kalitesini iyileştirdiği saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Şanlıurfa ilinde koroner arter hastalığı olan hastaların hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi seviyesini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde Kasım 2021–Nisan 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı hastane 01.08.2016 tarihinde kurulmuştur. Toplam 950 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede, 15 yataklı kardiyoloji servisi, 15 yataklı koroner yoğun bakım servisi, bir anjiografi ünitesi, üç kardiyoloji polikliniği, iki elektrokardiyografi odası ve bir efor testi odası bulunmaktadır. Verilerin toplandığı kardiyoloji polikliniği hastanenin 1. katında bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran ve KAH tanısı almış hastalar oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise Kasım 2021–Nisan 2022 tarihleri arasında hastaneye başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 236 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı Ocak 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında Kardiyoloji polikliniğine KAH tanısı ile başvuran toplam 5359 hasta sayısı baz alınarak, %80 güven aralığında, %5 hata sınırında ve $p<0.05$ anlamlılık değerinde 236 hasta olarak hesaplanmıştır. Örneklemin %100'üne ulaşılmıştır.

A- Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olan,
- En az altı aydır KAH tanısı almış olan,
- Tanısını bilen ve sözel olarak ifade edebilen,
- İletişim problemi olmayan,

❖Bilinen psikiyatrik bir hastalığı olmayan,

❖ Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar.

A-Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

❖ Ciddi kronik hastalığı olan (Alzheimer, demans, evre IV KOAH, SVO),

❖ Bilişsel oryantasyonu olmayan,

❖ Ciddi komplikasyonu olan (atrial fibrilasyon, ventriküler taşikardi),

❖ Kendi isteğiyle araştırmadan ayrılma isteği olan hastalar.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri: Kardiyak sağlık profili Türkçe ölçeği'nin toplam ve alt boyut puan ortalamaları, koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 toplam ve alt boyut puan ortalamalarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleridir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 ve kardiyak sağlık profili Türkçe ölçeği kullanılarak elde edildi. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle yaklaşık 30 dakikada toplanmıştır.

- **Hasta Bilgi Formu:** Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan form iki bölümden oluşmaktadır (66–68). Birinci bölümde hastanın sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sosyal güvence), ikinci bölümde ise tıbbi durumu (tanısı, tanı süresi, başka bir kronik hastalığın varlığı, ailede kalp-damar hastalığı öyküsü, daha önce cerrahi girişim varlığı, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, eğitim aldığı sağlık personeli, sigara alkol durumu, diyet ve egzersiz bilgisi) ile ilgili bilgiler yer almaktadır (EK I).

- Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2: Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2, Ghisi ve arkadaşları tarafından 2009 yılında koroner arter hastalarında kardiyak rehabilitasyon programının temel bileşenlerinden biri olan hasta eğitiminin önemi

konusunda farkındalık oluşturmak ve koroner arter hastalarının hastalık ile ilgili bilgi düzeylerini tanımlama ve değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Ghisi ve arkadaşları tarafından 2015 yılında tekrar revize edilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Ülkemizde ise geçerlik güvenirlik çalışması sayın Akbulut ve Bayrak Kahraman tarafından 2018 yılında yapılmıştır. Toplam 31 madde ve beş alt boyuta sahip bir ankettir. Anketin alt boyutları; tıbbı durum, risk faktörleri, beslenme, egzersiz ve psikososyal risktir. Anketin değerlendirilme şekli puan derecelendirmesidir. Maddelerdeki her cevap bir bilgi düzeyini göstermektedir. Derecelendirme "Tam bilgi: 3 puan'', "Yetersiz bilgi: 1 puan'', "Yanlış bilgi: 0 puan'' ve "Eksik bilgi: 0 puan'' olarak değerlendirilmektedir. Ankette sorular çoktan seçmelidir. Her sorunun dört olası cevabı bulunmaktadır. Verilen seçeneklerden yalnız bir tanesi doğrudur. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2'nin değerlendirilmesinde anketten alınan toplam puana ve her bir alt boyuttan alınan toplam puana bakılmaktadır. Ankette Tıbbi durum alt boyutundan alınacak en yüksek puan 21, en düşük puan 0'dır. Risk faktörleri alt boyutundan alınacak en yüksek puan 15, en düşük puan 0'dır. Egzersiz alt boyutundan alınacak en yüksek puan 21, en düşük puan 0'dır. Beslenme alt boyutundan alınacak en yüksek puan 21, en düşük puan 0'dır. Psikososyal risk faktörleri alt boyutundan alınacak en yüksek puan 15, en düşük puan 0'dır. Anketin tamamı için en yüksek puan 93'tür. Hastaların bilgi düzeyleri 93-83 arası "Mükemmel'', 82-65 arası "İyi'', 64-47 arası "Kabul edilebilir'', 46-29 arası "Zayıf'', 28 ve altı "Yetersiz'' olarak değerlendirilmektedir. Anketten bireyin yüksek puan alması koroner arter hastalığıyla ilgili bilgi seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir (12,69).(EK II). Bu araştırmada koroner arter hastalığı eğitim anketi 2'nin toplam puanının cronbach alfa katsayısı 0.827 olarak bulunmuştur.

- Kardiyak Sağlık Profili Türkçe Ölçeği: Kardiyak sağlık profili ölçeği kardiyovasküler hastalığı olan hastaların yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla Peter Währborg tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde ise geçerlik güvenirlik çalışması sayın Duğan ve Bektaş tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği üç kısımdan oluşmaktadır: Birinci kısımda anjina pektoris seviyesi değerlendirilmektedir. Ölçekte ikinci kısımda 16 madde ve 4 alt boyut vardır. Alt boyutları bilişsel fonksiyon (1, 2, 3, 4), duygusal özellikler (5, 6, 7, 8), sosyal özellikler (9, 10, 11, 12) ve fiziksel özellikler (13, 14, 15, 16) oluşturur. Üçüncü kısım tedavi girişimi ile ilgili iki sorudan

oluşmaktadır (17, 18). Ölçekte vizüel analog skala ile değerlendirme yapılmakta, toplam ölçek puanı 100 üzerinden hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın düşük olması sağlık durumunun iyi olduğunu göstermektedir. Kardiyak sağlık profili ölçeğinin genel Cronbach alfa katsayısı 0.85, alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri 0.62-0.76 arasında bulunmuştur (7,70) (EK III). Bu araştırmada kardiyak sağlık profili ölçeğinin toplam puanının cronbach alfa katsayısı 0.927 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması 8 Kasım 2021-19 Kasım 2021 tarihleri arasında, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan, KAH tanısı almış 30 birey ile yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında kişisel bilgi formunda yer alan sorularda anlaşılmayan herhangi bir soru olmadığından ya da güncellenmeye ihtiyaç duyulmadığından sorularda değişikliğe gidilmemiştir.

3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortanca, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla Kolmogorov Smirnov normallik testi kullanılmıştır. Veriler, normal dağılıma uygun olduğu durumlarda student t testi, pearson korelasyon, Anova testi ve normal dağılıma uygun olmadığı durumlarda Mann Whitney U testi, spearman korelasyon ve Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir. Verilerin anlamlılık değer $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Harran Üniversitesi Etik Kurulundan (18.10.2021 tarihli ve HRÜ/21.18.22 sayılı oturum) (EK IV) ve Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğünden (03.11.2021 tarihli ve 77121 sayılı) (EK V) gerekli yazılı izinler alınmıştır.

Araştırmanın uygulanacağı Kardiyoloji Polikliniği çalışanlarına çalışma hakkında bilgi verildi. Araştırma kriterlerine uyan hastalara araştırma ile ilgili amaç, uygulama

şekli, bilgilerinin gizli tutulacağı ve başka bir araştırmada kullanılmayacağı konularında bilgi verildi ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formuna imzaları alındı (EK VI). Araştırmada kullanılan Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Kardiyak Sağlık Profili Türkçe Ölçeği'nin yazarlarından kullanım izinleri alınmıştır (EK VII; EK VIII). Araştırma etik ilkeler doğrultusunda Helsinki Bildirgesi Deklarasyonu (2013) hükümlerine uygun yürütülmüştür.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmaya yönelik bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastaneye başvuran yabancı uyruklu hastaların sayısı oldukça fazladır ve bu hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma tek merkezde yürütülmüştür.

4. BULGULAR

Koroner arter hastalığı olan hastaların hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı tablo 4.1'de verilmiştir. Hastaların %62.3'ü erkek olup, yaş ortalaması 59.00±11.42 (28-88) olarak bulunmuştur. Hastaların %97'sinin evli olduğu, %43.6'sının okuryazar olmadığı, %62.7'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, %88.1'nin sosyal güvencesinin olduğu ve %58.5'inin gelirinin giderinden az olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	**Gruplar**	**x̄±SD**	**Min-max**
Yaş Ortalaması		59.00±11.42	28-88
		Sayı(n)	**Yüzde(%)**
Cinsiyet	Erkek	147	62.3
	Kadın	89	37.7
Medeni Durum	Evli	229	97.0
	Bekar	7	3.0
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	103	43.6
	Okuryazar	67	28.4
	İlkokul	48	20.3
	Lise ve üzeri	18	7.7
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	148	62.7
	Çalışıyor	88	37.3
Sosyal Güvence	Var	208	88.1
	Yok	28	11.9
Gelir Durumu	Gelir gidere göre az	138	58.5
	Gelir gidere eşit	86	36.4
	Gelir gidere göre fazla	12	5.1
Toplam		236	%100

Hastaların KAH tanı yılı ortalaması 4.60±3.97 olarak bulunmuştur (min:1 yıl, max: 24 yıl). Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı tablo 4.2'de verilmiştir. Hastaların %67.4'ünün KAH nedeniyle en az bir kere hastanede yattığı, hastaneye yatan hastaların en az bir defa hastaneye yatış oranının %73 olduğu, %47'sinin stabil anjina pektoris tanılı olduğu, %61.9'unun ailesinde KAH olduğu, %73.3'ünün KAH ile ilgili eğitim aldığı, eğitim alan hastaların eğitimlerini çoğunlukla doktor ve hemşireden aldığı belirlenmiştir. Hastaların sigara ve alkol kullanım dağılımları incelendiğinde, %37.7'sinin sigara kullandığı ve %94.5'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Hastaların egzersiz yapma dağılımlarına bakıldığında, sadece %29.2'sinin egzersiz yaptığı ve egzersiz yapan hastaların %45'nin haftada 1-2 gün egzersiz yaptığı ve %50.7'sinin egzersiz sürelerinin 30 dakikadan az olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %65.3'ünün diyetinin olduğu, diyet yapan hastaların %47'sinin diyete uyumunu orta seviyede algıladığı, araştırmaya katılan hastaların tamamının ilaç tedavisinin olduğu ve %62.7'sinin ilaç tedavisine uyumunu iyi olarak değerlendirdiği belirlenmiştir**.**

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Gruplar	Sayı(n)	Yüzde(%)
Koroner Kalp Hastalığı Nedeni ile Hastaneye Yatış Durumu	Evet	159	67.4
	Hayır	77	32.6
Koroner Arter Hastalığı Nedeni ile Hastanede Yatış Süresi (n=159)*	1 kez	116	73.0
	2 kez	27	17.0
	3 kez ve üzeri	16	10.0
Koroner Arter Hastalığı Tanısı	Stabil anjina pektoris	111	47.0
	Miyokard infarktüsü	74	31.4
	Unstabil anjina pektoris	51	21.6
Ailede Koroner Arter Hastalığı Durumu	Var	146	61.9
	Yok	90	38.1
Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet	173	73.3
	Hayır	63	26.7
Sigara Kullanma Durumu	Kullanıyorum	89	37.7
	Bıraktım	85	36.0
	Kullanmadım	62	26.3
Egzersiz Yapma Durumu	Hayır	167	70.8
	Evet	69	29.2
Egzersiz Yapma Sıklığı(n=69)**	Hergün	8	11.6
	Haftada 1-2 gün	31	45.0
	Haftada 3-4 gün	14	20.3
	Düzensiz/Arasıra	16	23.1
Egzersiz Yapma Süresi	30 dakikadan az	35	50.7
	30-45 dakika	34	49.3
Diyet Durumu	Yok	154	65.3
	Var	82	34.7
Diyete Uyum(n=82)***	İyi	34	41.5
	Orta	39	47.5
	Kötü	9	11.0
İlaç Uyumu	İyi	148	62.7
	Orta	51	21.6
	Kötü	37	15.7

*Araştırmaya katılan 77 hasta koroner arter hastalığı nedeniyle hastanede yatmadığı için bu parametre 159 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

**Araştırmaya katılan 167 hasta egzersiz yapmadığı için bu parametre 69 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

***Araştırmaya katılan 154 hasta diyet yapmadığı için bu parametre 82 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

Hastaların KAH dışında eşlik eden hastalık durumu ve kalp damar cerrahi girişim durumu verileri tablo 4.3'te verilmiştir. Hastaların %48.3'ünün KAH'a eşlik eden başka bir kronik hastalığının olduğu, %70.3'ünün kalp damar cerrahi girişimi geçirdiği, kalp damar cerrahi geçiren hastaların %91'inin koroner anjioplasti-stent girişimi geçirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Tabloda yer almamakla KAH'na eşlik eden hastaların %35.5'inde hipertansiyon ve %25.4'ünde diyabet olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Eşlik Eden Hastalık Durumu ve Kalp-Damar Cerrahi Girişimi Geçirme Durumunun Dağılımı

Özellikler	**Gruplar**	**Sayı(n)**	**Yüzde(%)**
Eşlik Eden Hastalık Durumu	Hayır	122	51.7
	Evet	114	48.3
Kalp-Damar Cerrahi Girişimi Geçirme Durumu	Evet	166	70.3
	Hayır	70	29.7
Geçirilen Kalp-Damar Cerrahi Girişimi	Koroner anjiyoplasti – Stent	151	91
	PTCA – KABG	15	9

Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'nin alt boyutlarının ve toplam puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.4'te yer almaktadır. Hastaların en yüksek ortalamaya sahip oldukları alt boyut beslenme alt boyutudur. Beslenmeyi sırayla tıbbi durum, risk faktörleri, egzersiz ve psikososyal risk alt boyutları takip etmektedir.

Tablo 4.4. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2' nin Alt Boyutları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı

Anket Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x}$ ±SS	Ortanca	Min	Max
Tıbbi Durum	7	7.57±3.55	8	0	16
Risk Faktörleri	5	3.68±3.15	3	0	11
Egzersiz	7	4.47±3.42	3	0	18
Beslenme	7	7.77±4.88	8	0	17
Psikososyal Risk	5	2.20±2.73	1	0	13
Toplam Puan	31	25.71±12.49	26	0	61

Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi 2'den alınan toplam puana göre bilgi düzeyi sınıflandırması tablo 4.5'te verilmiştir. Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'den alınan toplam puana göre hastaların %49.2'sinin bilgi düzeyi "Yetersiz", %44.5'inin "Zayıf", %5.9'unun "Kabul edilebilir" seviyede olduğu belirlenmiştir. Sadece bir hastanın bilgi düzeyi iyi olarak bulunmuştur. Mükemmel seviyede herhangi bir hasta olmamıştır.

Tablo 4.5. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi 2'den Aldıkları Puana Göre Bilgi Düzeyi Sınıflandırılması

Bilgi Düzeyi Sınıflandırması	**Puan aralığı**	**n**	**%**
İyi	76-60	1	0.4
Kabul edilebilir	59-43	14	5.9
Zayıf	42-26	105	44.5
Yetersiz	25 ve altı	116	49.2

Hastaların kardiyak sağlık profili ölçeğinin alt boyutlarının ve toplam puan ortalamalarının dağılımı tablo 4.6'da verilmiştir. Kardiyak sağlık profili ölçeğinin 1. bölümünde hastaların göğüs ağrısının sınıflandırıldığı veriler bulunmaktadır. Buna göre hastaların %28.4'ünün göğüs ağrısı seviyesi "sınıf II" ve %27.5'inin göğüs ağrısı seviyesi "sınıf I" düzeyindedir.

Bölüm 2'de hastaların bilişsel fonksiyon, duygusal özellikler, sosyal özellikler ve fiziksel özelliklerine ilişkin puan dağılımları yer almaktadır. Hastaların aldığı en yüksek puan ortalaması 185.42±66.57 ile fiziksel özellikler alt boyutundadır. Bunu sırayla bilişsel fonksiyonlar, duygusal özellikler ve sosyal özellikler alt boyutu takip etmektedir.

Bölüm 3'te hastaların verilen tedaviye uyumu ve değerlendirmesi yer almaktadır. Hastaların verilen tedaviye uyumu ve değerlendirme puan ortalaması 56.65±38.57 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği'nin Alt Boyutları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı

Bölümler	**Açıklama**	**Frekans(n)**	**Yüzde(%)**			
1 bölüm	Ağrı yok	24	10.2			
	Sınıf I	65	27.5			
	Sınıf II	67	28.4			
	Sınıf III	42	17.8			
	Sınıf IV	38	16.1			
	Alt Boyutlar	**Soru Sayıları**	**$\bar{x}$ ±SS**	**Ortanca**	**Min**	**Max**
2. bölüm	Bilişsel fonksiyon	1-4	173.94±75.91	170	10	370
	Duygusal özellikler	5-8	168.60±75.85	170	0	390
	Sosyal özellikler	9-12	151.69±79.22	160	0	370
	Fiziksel özellikler	13-16	185.42±66.57	180	30	370
	Toplam		679.66±245.89	730	60	1490
3. bölüm	Verilen tedaviye uyum ve değerlendirme	17,18	56.65±38.57	60	0	180

Hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile koroner arter hastaları eğitim anketi-2 ve alt boyutları puan ortancalarının karşılaştırılması tablo 4.7'de verilmiştir. Hastaların tıbbi durum alt boyutu puan ortancaları; erkeklerin kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit olanlara ve hiç sigara kullanmayanların sigarayı bırakanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların tıbbi durum alt boyutu puan ortancaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların risk faktörleri alt boyutu puan ortancaları; erkeklerin kadınlara, lise ve üzeri eğitim alanların diğer eğitim durumlarına, çalışanlarda çalışmayanlara, daha önce hastaneye yatanların hiç hastaneye yatmayanlara, egzersiz yapanların yapmayanlara, eşlik eden kronik hastalığı olanların olmayanlara, herhangi bir kalp damar cerrahi girişimi olanların olmayanlara ve hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit olanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Risk faktörleri alt boyutu puan ortancaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların egzersiz alt boyutu puan ortancaları; erkeklerin kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, hiç sigara kullanmayanların sigara kullanan ve bırakanlara ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit ve yüksek olanlara ve eşlik eden kronik hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutu puan ortancaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların beslenme alt boyutu puan ortancaları; erkeklerde kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, egzersiz yapanların yapmayanlara ve hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Beslenme alt boyutu puan ortancaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların psikososyal risk alt boyutu puan ortancaları; erkeklerin kadınlara, çalışanların çalışmayanlara ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak

yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların ilkokul ve üzeri eğitim alanlara, okuryazar olanların lise ve üzeri eğitim alanlara, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit ve yüksek olanlara, hiç sigara kullanmayanların sigara kullanan ve bırakanlara ve eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Psikososyal risk alt boyutu puan ortancaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi 2'nin toplam puan ortancaları; erkeklerde kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, sigarayı bırakanların hiç kullanmayanlara ve sigara kullananlara, egzersiz yapanların yapmayanlara ve hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına ve geliri giderden az olanların geliri gidere eşit ve fazla olanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğin toplam puan ortancaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların yaş ile koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'nin toplam ve alt boyutlarından tıbbi durum (rho=-.161, p=0.013), risk faktörleri (rho=-.140, p=0.031), egzersiz (rho=-.295, p<0.001), beslenme (rho=-.253, p<0.001), psikososyal risk faktörleri (rho=-.348, p<0.001) ve toplam puan (R=-.337, p<0.001) arasında negatif yönde anlamlılık bulunmuştur.

Tablo 4.7. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleriyle Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	**Tıbbi Durum**	**Risk Faktörleri**	**Egzersiz**	**Beslenme**	**Psikososyal Risk**	**Toplam Puan**
	Ortanca	**Ortanca**	**Ortanca**	**Ortanca**	**Ortanca**	**Ortanca**
Cinsiyet						
Erkek	9.00	4.00	4.00	9.00	1.00	29.00
Kadın	7.00	2.00	3.00	7.00	0.00	21.00
MWU	**8522.500**	**7730.000**	**8179.000**	**7845.500**	**7696.500**	**8451.000**
p	**<0.001**	**.018**	**0.01**	**.010**	**.018**	**<0.001**
Eğitim Durumu						
Okuryazar Değil[a]	6.00	2.00	2.00	7.00	0.00	20.00
Okuryazar [b]	9.00	4.00	3.00	9.00	1.00	26.00
İlkokul [c]	9.00	3.00	4.50	9.50	3.00	30.00
Lise ve üzeri [d]	11.00	7.00	8.00	13.00	4.00	41.00
KW	**47.957**	**25.429**	**38.862**	**23.092**	**34.869**	**51.579**
p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
	a<b,c,d	**d>a,b,c**	**a<b,c,d**	**a<b,c,d**	**a<c,d; b<d**	**a<b,c,d; b<d; c<d**
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	9.00	4.00	5.50	10.00	3.00	31.50
Çalışmıyor	7.00	3.00	3.00	7.50	0.00	22.00
MWU	**4923.000**	**5389.000**	**3979.000**	**4482.000**	**4130.000**	**3878.000**
p	**.002**	**.026**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Gelir Durumu						
Gelir giderden az[a]	7.00	3.00	3.00	8.00	0.00	21.50
Gelir Gidere eşit[b]	9.00	4.50	6.00	9.00	2.00	31.00
Gelir giderden Fazla[c]	10.50	3.50	5.00	13.00	4.00	37.50
KW	**11.346**	**12.763**	**37.734**	**8.621**	**26.179**	**27.359**
p	**.003**	**.002**	**<0.001**	**.013**	**<0.001**	**<0.001**
	a<b	**a<b**	**a<b,c**	**a<b,c**	**a<b,c**	**a<b,c**
Daha Önce Hastaneye Yatış Durumu						
Evet	8.00	4.00	3.00	8.00	1.00	26.00
Hayır	7.00	2.00	4.00	10.00	1.00	25.00
MWU	6733.000	**7589.500**	6116.500	5212.500	6129.500	6500.00
p	.212	**.003**	.992	.064	.987	.515

Tablo 4.7. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleriyle Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Tıbbi Durum	Risk Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Psikososyal Risk	Toplam Puan
	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Sigara Kullanma Durumu						
Kullanıyorum[a]	8.00	4.00	3.00	8.00	1.00	26.00
Bıraktım[b]	9.00	3.00	5.00	9.00	1.00	29.00
Kullanmadım[c]	7.00	3.00	3.00	6.50	0.00	21.00
KW	**7.954**		**11.793**		**16.014**	**13.834**
p	**.019**	2.276	**.003**	5.329	**<0.001**	**.001**
	c<b	.320	**c>a,b**	.070	**c<a,b**	**c>a,b**
Egzersiz Yapma Durumu						
Evet	7.00	5.00	6.00	10.00	3.00	33.00
Hayır	8.00	3.00	3.00	7.00	1.00	23.00
MWU	5758.000	**7307.500**	**8198.500**	**7346.000**	**8018.500**	**8128.000**
p	.994	**.001**	**<0.001**	**.001**	**<0.001**	**<0.001**
Diyet Durumu						
Evet	7.00	4.00	4.00	9.50	1.00	29.00
Hayır	8.00	3.00	3.00	8.00	1.00	24.00
MWU	5765.500	6492.000	6238.500	6967.000	6189.500	6731.000
p	.270	.719	.879	.190	.796	.404
Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	8.00	4.00	3.00	8.00	0.50	25.50
Hayır	8.00	2.00	4.50	8.00	1.00	26.00
MWU	7130.500	**8574.500**	**5402.500**	6673.500	**5770.500**	6787.000
P	.735	**.002**	**.003**	.592	**.019**	.750
Herhangi Bir Kalp-Damar Cerrahi Girişimi Geçirme Durumu						
Evet	8.00	4.00	3.00	8.00	1.00	26.50
Hayır	7.00	2.00	4.00	9.00	1.00	24.00
MWU	6604.000	**6902.500**	5703.000	5426.500	5977.000	6454.500
P	.096	**.021**	.822	.422	.717	.179
Koroner Arter Hastalığı ile İlgili Eğitim Alma Durumu						
Evet	9.00	4.00	3.00	9.00	1.00	29.00
Hayır	6.00	1.00	3.00	5.00	1.00	17.00
MWU	**7953.500**	**7238.500**	5962.000	**6853.500**	5671.000	**7425.000**
P	**<0.001**	**<0.001**	.266	**.002**	.620	**<0.001**

Hastaların sosyodemografik özellikleriyle kardiyak sağlık profili Türkçe ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması tablo 4.8'de verilmiştir. Hastaların bilişsel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkeklere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, diyet yapanların yapmayanlara ve eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), çalışanların çalışmayanlara, sigara kullananların hiç sigara kullanmayanlara ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistisel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların bilişsel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların duygusal özellikler alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkeklere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, diyet yapanların yapmayanlara ve eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), çalışanların çalışmayanlara, sigara kullananların hiç sigara kullanmayanlara ve KAH ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Duygusal özellikler alt boyutu puan ortalamaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların sosyal özellikler alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkeklere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına ve diyet yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), çalışanların çalışmayanlara, kalp damar cerrahi girişimi geçirenlerin geçirmeyenlere ve KAH ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal özellikler alt boyutu puan ortalamaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların fiziksel özellikler alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkelere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, daha önce hastaneye yatışı olanların olmayanlara, diyeti olanların olmayanlara ve eşlik eden kronik hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), herhangi bir işte çalışanların çalışmayanlara, sigara kullanmayanların sigarayı bırakan ve hiç içmeyenlere ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Fiziksel

özellikler alt boyutu puan ortalamaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların kardiyak sağlık profili Türkçe ölçeğinin toplam puan ortalamaları; kadınlarda erkelere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, diyet yapanlarda ve eşlik eden kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), herhangi bir işte çalışanların çalışmayanlara ve sigara kullanmayanların sigara kullananlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçek toplam puan ortalamaları ile diğer özellikler açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaş ile kardiyak sağlık profili ölçeği toplam ve alt boyutlarından bilişsel özellik (rho=.466, $p<0.001$), duygusal özellik (rho=.304, $p<0.001$), sosyal özellikler (R=.151, p=0.02), fiziksel özellik (rho=.415; $p<0.001$) ve toplam puan (rho=.399, $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Kardiyak sağlık profili ölçeğinin 3. bölümünde hastaların verilen tedaviye uyumu ve verilen tedaviyi nasıl değerlendirdikleri ölçülmüş olup herhangi bir kalp damar cerrahi geçirmeyen hastalarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=2.71; p=.007). Bununla beraber geçirilen kalp damar cerrahi girişim türüne göre istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır (F=2.61; p=.052).

Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleriyle Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	**Bilişsel fonksiyon**	**Duygusal özellikler**	**Sosyal özellikler**	**Fiziksel özellikler**	**Toplam Puanı**
	Ortalama	**Ortalama**	**Ortalama**	**Ortalama**	**Ortalama**
Cinsiyet					
Erkek	161.22±75.83	155.51±73.48	143.26±80.55	172.31±65.04	632.31±245.77
Kadın	194.94±71.63	190.22±75.15	165.61±75.37	207.07±63.67	757.86±226.53
t	**3.380**	**3.487**	**2.116**	**4.011**	**3.916**
p	**.001**	**.001**	**.035**	**<0.001**	**<0.001**
Eğitim Durumu					
Okuryazar Değil[a]	204.46±70.06	197.28±73.91	173.59±71.57	211.55±61.19	786.89±219.85
Okuryazar [b]	161.64±69.92	150.29±67.64	144.19±82.66	169.70±57.73	625.82±228.40
İlkokul [c]	147.91±76.24	148.33±74.35	134.39±82.12	168.33±68.64	598.95±239.30
Lise ve üzeri [d]	114.44±57.00	126.66±66.24	100.55±64.12	140.00±68.59	481.66±209.60
F	**13.584**	**10.271**	**6.517**	**11.817**	**15.692**
p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
	a>b,c,d	**a>b,c,d**	**a>c,d**	**a>b,c,d**	**a>b,c,d**
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	128.40±57.73	138.52±65.31	134.54±73.24	149.31±57.51	550.79±204.03
Çalışmıyor	201.01±72.53	186.48±76.22	161.89±81.10	206.89±62.31	756.28±237.00
T	**-8.473**	**-4.924**	**-2.595**	**-7.061**	**-6.775**
p	**<0.001**	**<0.001**	**.010**	**<0.001**	**<0.001**
Gelir Durumu					
Gelir giderden az[a]	194.27±79.55	180.57±82.12	156.59±84.58	203.62±68.00	735.07±257.89
Gelir Gidere eşit[b]	148.60±59.70	155.81±61.00	148.83±67.06	161.51±51.57	614.76±199.00
Gelir giderden Fazla[c]	121.66±59.67	122.50±69.16	115.83±92.09	147.50±78.05	507.50±231.48
F	**13.976**	**5.350**		**14.058**	**10.177**
p	**<0.001**	**p: 0.05**	1.556	**<0.001**	**<0.001**
	a>b,c	**a>b,c**	p: .213	**a>b,c**	**a>b,c**
Daha Önce Hastaneye Yatış Durumu					
Evet	180.18±78.34	169.37±79.56	147.73±82.63	191.32±67.86	688.61±251.76
Hayır	161.03±69.33	167.01±68.01	159.87±71.51	173.24±62.50	661.16±233.82
T	-1.905	-0.236	1.104	**-1.967**	-.823
P	.058	.814	.271	**.050**	.423

Tablo 4.8. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleriyle Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Bilişsel fonksiyon	Duygusal özellikler	Sosyal özellikler	Fiziksel özellikler	Toplam Puanı
	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama	Ortalama
Sigara Kullanma Durumu					
Kullanıyorum[a]	157.30±80.08	155.28±75.65	148.76±91.50	169.21±70.63	630.56±266.52
Bıraktım[b]	175.29±61.44	168.00±69.92	157.05±63.89	184.70±52.81	685.05±209.35
Kullanmadım[c]	195.96±82.76	188.54±80.71	148.54±80.11	209.67±71.07	742.74±249.99
F	**4.920**	**3.596**		**7.110**	**3.931**
p	**.008**	**.029**	.303	**.001**	**.021**
	a<c	**a<c**	.739	**a<b,c**	**a<c**
Egzersiz Yapma Durumu					
Evet	160.72±54.64	166.08±55.41	162.02±62.00	170.86±45.72	659.71±190.01
Hayır	179.40±82.65	169.64±82.97	147.42±84.83	191.43±72.75	687.90±265.65
T	**2.035**	.384	-1.456	**2.612**	.917
p	**.043**	.702	.147	**.010**	.361
Diyet Durumu					
Evet	194.02±64.59	195.48±72.09	181.34±61.69	200.00±58.62	770.85±222.08
Hayır	163.24±79.44	154.28±74.11	135.90±83.09	177.66±69.37	631.10±244.80
T	**-3.211**	**-4.105**	**-4.756**	**-2.481**	**-4.310**
p	**.002**	**<0.001**	**<0.001**	**.014**	**<0.001**
Eşlik eden Kronik Hastalık Varlığı					
Evet	194.29±77.81	182.63±83.78	151.92±80.92	206.49±61.08	735.35±243.70
Hayır	154.91±69.15	155.49±65.27	151.47±77.94	165.73±65.68	627.62±237.30
t	**-4.115**	**-2.763**	-.044	**-4.927**	**-3.440**
p	**<0.001**	**.006**	.965	**<0.001**	**.001**
Herhangi Bir Kalp-Damar Cerrahi Girişimi Geçirme Durumu					
Evet	175.12±80.94	163.79±81.07	140.90±84.18	183.67±69.48	663.49±258.85
Hayır	171.14±62.82	180.00±60.76	177.28±59.04	189.57±59.35	718.00±208.73
t	-.406	1.686	**3.783**	.662	1.702
p	.685	.094	**<0.001**	.509	.091
Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Eğitim Alma Durumu					
Evet	173.81±74.21	162.19±71.64	142.02±80.26	183.12±66.03	661.15±238.21
Hayır	174.28±81.01	186.19±83.78	178.25±70.28	191.74±68.14	730.47±261.09
t	.042	**2.166**	**3.369**	.880	1.927
p	.966	**.031**	**.001**	.380	.055

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'den aldıkları toplam puanlar ile kardiyak sağlık profili ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (rho=-.489, p<0.001).

Tablo 4.9. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Alt Boyutlarıyla Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

	Bilişsel fonksiyon	**Duygusal özellikler**	**Sosyal özellikler**	**Fiziksel özellikler**	**Toplam Puan**
	Rho p	Rho p	Rho p	Rho p	Rho p
Tıbbi Durum	**-.300** **<0.001**	**-.293** **<0.001**	**-.365** **<0.001**	**-.240** **<0.001**	**-.350** **<0.001**
Risk Faktörleri	**-.208** **0.001**	**-.179** **0.006**	**-.215** **0.001**	-.098 0.135	**-.220** **0.001**
Egzersiz	**-.389** **<0.001**	**-.226** **<0.001**	**-.205** **0.002**	**-.317** **<0.001**	**-.343** **<0.001**
Beslenme	**-.499** **<0.001**	**-.426** **<0.001**	**-.366** **<0.001**	**-.436** **<0.001**	**-.508** **<0.001**
Psikososyal Risk	**-.339** **<0.001**	**-.233** **<0.001**	-.101 0.121	**-.261** **<0.001**	**-.274** **<0.001**
Toplam Puan	**-.488** **<0.001**	**-.385** **<0.001**	**-.364** **<0.001**	**-.401** **<0.001**	**-.489** **<0.001**

5. TARTIŞMA

Koroner arter hastalarının hastalığa ilişkin eğitim seviyesi ve yaşam kalitesi seviyelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırma literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi 2 ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastaları eğitim anketi 2'nin tıbbi durum alt boyutundan aldığı puan ortalaması 7.57±3.55 (8) olarak bulunmuştur (tablo 4.4). Hastaların tıbbi durum alt boyutu puan ortancaları erkeklerin kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit olanlara ve hiç sigara kullanmayanların sigarayı bırakanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.7). Santos ve ark. (71) KAH'lı hastaların bilgi düzeylerini değerlendirdiği bir çalışmada hastaların tıbbi durum alt boyutundan aldığı puan ortancası 12 olarak bulunmuş ve hastaların KAH ile ilgili bilgi düzeyinin ekonomik durum, eğitim düzeyi ve risk faktörlerinin varlığı gibi parametrelerden etkilendiği bulunmuştur. Yang ve ark. (20) KAH'lı hastalarla bir çalışmada hastaların en düşük puanı tıbbi durum alt boyutundan aldığı ve kentsel alanlarda yaşayan, yükseköğrenim eğitim düzeyine sahip olan, sigara içmeyen, iki veya daha fazla komorbiditesi olan ve kardiyak rehabilitasyon programına katılan hastaların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda, araştırmaya katılan erkeklerin daha yüksek puan alması, ankete katılan erkeklerin eğitim seviyelerinin kadınlardan daha iyi olması ile ilişkilendirilebilir. Aynı zamanda KAH ile ilgili eğitim alan hastaların eğitim almayanlara göre bilgi düzeyinin daha iyi olması beklenilen bir sonuçtur.

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastaları eğitim anketi 2'nin risk faktörleri alt boyutundan aldığı puan ortalaması 3.68±3.15 (3) olarak bulunmuştur (tablo 4.4). Hastaların risk faktörleri alt boyutu puan ortancaları; erkeklerin kadınlara, lise ve üzeri eğitim alanların diğer eğitim durumlarına, çalışanlarda çalışmayanlara, daha önce hastaneye yatanların hiç hastaneye yatmayanlara, egzersiz yapanların yapmayanlara, eşlik eden kronik hastalığı olanların olmayanlara, herhangi bir kalp damar cerrahi girişimi

olanların olmayanlara ve hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit olanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.7). Uçar ve Arslan'ın (21) yaptığı çalışmada risk faktörleri bilgi düzeyi kadınlarda ve egzersiz yapanlarda daha yüksek bulunmuştur. Gelir durumu ve eğitim durumunun bilgi düzeyi üzerine bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Kırağ ve Çalışkan'ın (72) yaptığı çalışmada risk faktörleri bilgi düzeyi kadınlarda, evlilerde, gelir durumu giderden fazla olanlarda, üniversite mezunlarında, çalışanlarda daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyinin artması ile bilgi düzeyinin artması genel olarak beklenen bir durumdur(73). Bu araştırma sonucunda; cinsiyetin eğitim anketinin risk faktörleri alt boyutu puan ortancasının diğer çalışmalarla farklılık göstermesi çalışmanın yapıldığı bölgede kadınların eğitim seviyelerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda çalışanların çalışmayanlara göre KAH ile ilgili bilgi düzeyinin yüksek olması, çalışma hayatındaki sosyal çevre veya sağlıkla ilgili bilgilere daha fazla ulaşılabilmesi ile açıklanabilir. Çalışmayanların risk faktörleri alt boyutunda bilgi düzeyinin düşük olması, hastaların meşguliyetlerinin az olması ya da yeterli fiziksel aktivite yapmamalarıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca, KAH nedeniyle hastaneye yatan hastaların risk faktörleri alt boyutunda bilgi düzeylerinin yüksek olması, hastanede sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimler ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastaları eğitim anketi 2'nin egzersiz alt boyutundan aldığı puan ortalaması 4.47±3.42 (3) olarak bulunmuştur (tablo 4.4). Hastaların egzersiz alt boyutu puan ortancaları; erkeklerin kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, hiç sigara kullanmayanların sigara kullanan ve bırakanlara ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit ve yüksek olanlara ve eşlik eden kronik hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.7). Yılmaz ve ark. (74) yaptığı bir çalışmada hastaların fiziksel aktivite seviyelerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada KAH bilgi düzeyi ile fiziksel aktivite yapma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bulunmuştur. Örs ve Tümer'in (73) yaptığı bir çalışmada hastaların fiziksel aktivite seviyelerinin yetersiz olduğu ve KAH bilgi düzeyi ile fiziksel aktivite yapma arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bulunmuştur. Ghisi ve ark. (75) KAH olan hastaların eğitim

gereksinimlerini belirlemek için yaptıkları bir çalışmada hastaların egzersiz ve fiziksel aktivite teknikleriyle ilgili eğitim gereksinimlerinin olduğunu saptamıştır. Alcan ve ark. (76) KAH olan hastalarla yaptığı bir çalışmada erkeklerin egzersiz puan ortalamaları kadınlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile egzersiz puan ortalamaları açısından fark olduğunu belirlenmiştir. Egzersizin yaşam süresinin uzatılmasında, hastalık semptomlarının azaltılmasında ve psikolojik durumun iyileştirilmesinde olumlu etkileri olmasına (77) rağmen bu araştırmanın sonucunda hastaların egzersiz düzeylerinin yetersiz bulunması egzersizin öneminin kavranmaması ya da önemsenmemesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastaları eğitim anketi 2'nin beslenme alt boyutundan aldığı puan ortalaması 7.77±4.88 (8) olarak bulunmuştur (tablo 4.4). Hastaların beslenme alt boyutu puan ortancaları; erkeklerde kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, egzersiz yapanların yapmayanlara ve hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit ve yüksek olanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.7). Santos ve ark. (71) KAH'lı hastalarla çalışmada hastaların beslenme alt boyutundan aldığı puanların ortancası 13 olarak bulunmuştur. Yang ve ark. (20) çalışmasında hastalar en yüksek puanı beslenme alt boyutundan almıştır. Bu araştırmada hastalar en yüksek puanı beslenme alt boyutundan almışlardır ancak hastaların bilgi düzeyi yetersiz olarak bulunmuştur. Yılmaz, Kumsar ve Çelik'in yaptığı çalışmada hastaların %61'inin yeterli ve dengeli beslenmedikleri ve malnütrisyon riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (78). Beslenme durumu, hastanın tüm fonksiyonlarını etkilemekle birlikte malnürisyon varlığı hastanın tedavisini olumsuz etkilemektedir (78).Bu araştırma sonucunda; gelirin giderden fazla olan hastalarda beslenme ile ilgili bilgi seviyesinin yüksek olması, hastaların maddi olanaklarının yeterli olması sonucunda istedikleri besin maddesine kolaylıkla ulaşabilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastaları eğitim anketi 2'nin psikososyal risk alt boyutundan aldığı puan ortalaması 2.20±2.73 (1) olarak bulunmuştur (tablo 4.4). Hastaların psikososyal risk alt boyutu puan ortancaları; erkeklerin kadınlara, çalışanların çalışmayanlara ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların ilkokul ve üzeri eğitim alanlara,

okuryazar olanların lise ve üzeri eğitim alanlara, geliri giderinden az olanların geliri gidere eşit ve yüksek olanlara, hiç sigara kullanmayanların sigara kullanan ve bırakanlara ve eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.7). Santos ve ark. çalışmasında hastaların psikososyal risk alt boyutundan aldığı puanların ortancası 9 olarak bulunmuştur (71). Ghisi ve ark. (75) KAH olan hastaların eğitim gereksinimlerini belirlemek için yaptıkları bir çalışmada hastaların psikososyal risk faktörleriyle ilgili eğitim gereksinimlerinin olduğunu bulmuştur. Çürük ve ark. (79) çalışmasında hastaların KAH bilgi düzeyi ile stres yönetimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Yang ve ark. (20) yaptığı çalışmada psikososyal risk alt boyutundan alınan puanlar tıbbi durum alt boyutuyla beraber düşük bulunmuştur (20). Bu araştırmada hastaların aldığı en düşük puan psikososyal alt boyutundan alınmıştır. Bu araştırma sonucunda; hastaların eğitim düzeylerinin yüksek olması ve ekonomik durumlarının iyi olması KAH ile ilgilere daha çabuk ulaşabildiği, hastalığı anlayabilme ve baş etme stratejilerinin gelişmesi gerektiği dolayısıyla KAH ile ilgili bilgi düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastaları eğitim anketi 2'den aldıkları toplam puan ortalaması 25.71±12.49 (26) olarak bulunmuştur (tablo 4.4). Bu sonuç hastaların anketten aldıkları puan ortalamalarına göre bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi 2'nin toplam puan ortancaları; erkeklerde kadınlara, çalışanların çalışmayanlara, sigarayı bırakanların hiç kullanmayanlara ve sigara kullananlara, egzersiz yapanların yapmayanlara ve hastalığı ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına ve geliri giderden az olanların geliri gidere eşit ve fazla olanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.7). Santos ve ark. (71) çalışmasında hastaların aldıkları toplam puan ortancası 53 olarak bulunmuştur. Çürük ve ark. (79) çalışmasında, hastaların ortalamanın üzerinde puan aldıkları ve hastalığa ilşkin bilgi düzeyinin iyi olduğunu bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda hastaların KAH ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olması, araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyelerinin düşük olması ve maddi olanaklarının yetersiz olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. Hastaların Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği ve Alt Boyutları ile Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların kardiyak sağlık profili ölçeği bilişsel fonksiyon alt boyutundan aldığı puan ortalaması 173.9±75.91 olarak bulunmuştur (tablo 4.6). Hastaların bilişsel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkeklere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, diyet yapanların yapmayanlara ve eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), çalışanların çalışmayanlara, sigara kullananların hiç sigara kullanmayanlara ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistisel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.8). Bilişsel alt boyutta hastaların hayal gücü, konsantrasyon, fazla düşünce gerektiren işlerle nasıl başa çıktığı, girişken veya ilgisiz mi oldukları, unutkanlık düzeyleri ve problemleri kolaylıkla çözüp çözemedikleri değerlendirilmektedir (7,70), (EK III). Blokjizl ve ark. KABG ameliyatı geçiren hastalarla yaptığı bir çalışmada hastaların %33'ünün ameliyattan sonra bilişsel fonksiyonlarında bozukluk olduğunu fakat bu bozukluğun yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (80). Amri ve ark. (81) KAH olan hastalarla yaptığı bir çalışmada bilişsel grup terapilerinin yaşam kalitesi seviyesini arttırdığı bulunmuştur. Dural ve Sarıtaş'ın (22) yaptığı çalışmada kadınların yaşam kalitesi düzeyi erkeklerden daha düşük bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda;, sigara kullanmayan, egzersiz yapan ve ek hastalığı olmayan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ve bu durumun hastalığın daha iyi yönetilmesi ile ilişkilendirilebilir. Aynı zamanda çalışanların ve maddi durumu iyi olan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi olmasının nedeni temel yaşam ihtiyaçlarına ulaşabilmesi ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların kardiyak sağlık profili ölçeği duygusal özellikler alt boyutundan aldığı puan ortalamaları 168.6±75.85 olarak bulunmuştur (tablo 4.6). Hastaların duygusal özellikler alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkeklere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, diyet yapanların yapmayanlara ve eşlik eden hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken($p<0.05$), çalışanların çalışmayanlara, sigara kullananların hiç sigara kullanmayanlara ve KAH ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.8). Duygusal alt boyutta hastaların depresyon, tedirginlik, üzüntü, endişe, korku, duyguların

kontrolü düzeyleri değerlendirilmektedir (7,70), (EK III). Olgun ve ark. (82) yaptığı bir çalışmada hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin eğitim düzeyi ve gelir durumundan etkilendiğini, gelir durumu iyi olanların ve eğitim düzeyi yüksek olanların psikolojik/ruhsal boyutta yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (82). Ekici ve ark. (83) tarafından yapılan bir araştırmada KAH olan hastaların hastalık şiddeti, hastaların duygusal durumlarıyla ilişkili olduğu, dolayısıyla yaşam kalitesi seviyesini etkilendiği bulunmuştur. Yel ve Ünsar'ın (84) KAH olan hastalarla yaptığı bir çalışmada hastaların kaygı düzeyinin yüksek olduğu, eğitim seviyesi arttıkça kaygı düzeyi puanının düştüğü ve yaşam kalitesinin yükseldiği bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda; okuryazar olmayanların yaşam kalitesi düzeyi diğer mezun gruplarından daha düşük olması; diğer mezun grupların sosyal statülerinin iyi olması ve sağlık sorunlarıyla ilgili farkındalıklarının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların kardiyak sağlık profili ölçeği sosyal özellikler alt boyutundan aldığı puan ortalamaları 151.6±79.22 olarak bulunmuştur (tablo 4.6). Hastaların sosyal özellikler alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkeklere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına ve diyet yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), çalışanların çalışmayanlara, kalp damar cerrahi girişimi geçirenlerin geçirmeyenlere ve KAH ile ilgili eğitim alanların almayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.8). Sosyal özellikler alt boyutunda hastaların uyku kalitesi, aile ilişkileri, günlük hayatından memnuniyeti ve boş zamanlarının anlamlılığı değerlendirilmektedir (7,70), (EK III). Staniute ve ark. (85) KAH olan hastalarla yaptığı bir çalışmada hastaların yaşam kalitesinin sosyal özelliklerle ve algılanan sosyal destekle ilişkili olduğu bulunmuştur. Mollaoğlu ve Yanmış'ın (86) KAH olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların uyku kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur. Sevinç ve ark. (87) yaptığı bir çalışmada yaşam kalitesi alt boyutlarından sosyal fonksiyon alt boyutu ile pedigri analizi arasında fark saptandığı bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda; çalışmayanların yaşam kalitesinin sosyal özellikler alt boyutunda düşük olması sosyal çevre ve sosyal aktivitelere katılım şansının düşük olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların kardiyak sağlık profili ölçeği fiziksel özellikler alt boyutundan aldığı puan ortalamaları 185.4±66.57 olarak bulunmuştur (tablo 4.6). Hastaların fiziksel özellikler alt boyutu puan ortalamaları; kadınlarda erkelere, okuryazar

olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, daha önce hastaneye yatışı olanların olmayanlara, diyeti olanların olmayanlara ve eşlik eden kronik hastalığı olanların olmayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), herhangi bir işte çalışanların çalışmayanlara, sigara kullanmayanların sigarayı bırakan ve hiç içmeyenlere ve egzersiz yapanların yapmayanlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.8). Fiziksel özellikler alt boyutunda hastaların cinsel yaşantısının tatmini, fiziksel kapasitesi, genel sağlık durumu ve ağrı durumu değerlendirilmektedir (7,70), (EK III). Er ve ark. (88) KAH olan hastalarla yaptığı bir çalışmada hastaların %38.4'ünün hastalık tanısını aldıktan sonra cinsel aktivitesini sınırlandırdığı bulunmuştur. Yümin ve ark. (89) yaptığı çalışmada ağrısı olan hastaların orta derecede kinezyofobi yaşadıkları buna bağlı olarak hastaların fiziksel aktivite düzeyinin önemli derece düştüğü ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Şahin ve ark. (90) yaptığı benzer bir çalışmada yüksek düzey kinezyofobisi olanların yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Düzenli egzersizin fiziksel sağlığı arttırdığı, kardiyorespiratuvar zindelik sağladığı, tedavi başarı oranını arttırdığı bildirilmektedir (91). Eşlik eden kronik hastalık varlığı hastalarda anksiyetenin artmasına, fiziksel kapasitesinin azalmasına neden olduğundan (92) bu araştırma sonucunda hastaların fiziksel özellikler boyutunda yaşam kalitesi düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların kardiyak sağlık profili ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları 679.66±245.89 olarak bulunmuştur (tablo 4.6). Hastaların kardiyak sağlık profili Türkçe ölçeğinin toplam puan ortalamaları; kadınlarda erkeklere, okuryazar olmayanların diğer eğitim durumlarına, geliri giderden az olanların geliri gidere eşit veya fazla olanlara, diyet yapanlarda ve eşlik eden kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak yüksek bulunurken ($p<0.05$), herhangi bir işte çalışanların çalışmayanlara ve sigara kullanmayanların sigara kullananlara göre istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (tablo 4.8). Katsi ve ark. (93) KAH olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların yaşam kalitesinin yaş, komorbiditenin varlığı ve fiziksel, mental sağlığın iyi olmasıyla ilişkili olduğu sonucunu bulmuştur. Dural ve Sarıtaş'ın (22) yaptığı çalışmada KAH hastalarının yaşam kalitesi düzeyleri erkeklerde, eğitim düzeyi yüksek olanlarda, ekonomik seviyesi iyi olanlarda, sigarayı bırakanlarda ve egzersiz yapanlarda daha yüksek bulunmuş olup bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Yel ve Ünsar'ın (84) yaptığı çalışmada KAH

hastalarının yaşam kalitesi düzeyi erkeklerde ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma sonucunda; hastaların yaşam kalitesinin düşük olması hastalık sürecini etkileyen sigara kullanımı, ek hastalık durumu ve egzersiz yapma durumu gibi faktörler ile ilişkilendirilebilir.

5.3. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ile Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'den aldıkları toplam puanlar ile kardiyak sağlık profili ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (rho=-.489, $p<0.001$). Koroner arter hastaları eğitim anketi 2'nin alt boyutlarıyla kardiyak sağlık profili ölçeğinin alt boyutlarının korelasyonunda; risk faktörleri – fiziksel özellikler ve psikososyal risk faktörleri – sosyal özellikler dışında diğer alt boyutlarda negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Koroner arter hastalığı olan hastaların hastalığa yönelik bilgi düzeyinin artırılması öz bakımlarını sürdürmelerine katkı sağlamaktadır. Hastaların özbakımını sürdürmeleri hastalığın yönetimini ve prognozunu olumlu olarak etkilemekte ve yaşam kalitesini artırmaktadır. Hastaların bilgi düzeyi artırmanın en etkili yöntemi eğitim programı ve içeriği oluşturmaktır (19). Eğitim içeriği; tedavi planı oluşturma, ilaçların doğru kullanımı ve yan etkileri, her gün düzenli fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme, sağlıklı vücut ağırlığını koruması, sigara ve alkolü bırakma gibi konuları kapsamaktadır (10,94). Hastaların bilgi düzeyinin düşük olması özbakım eksikliğine, tekrarlı hastane yatışlara ve koroner revaskülarizasyonlarda artışa neden olmaktadır (95,96). Bu durum hastaların yaşam kalitesini düşmesine neden olmaktadır (97). Tang ve ark. (98) yaptığı bir çalışmada koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalığa ilişkin bilgi düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur. Francis ve ark. (14) çalışmasında kardiyak rehabilitasyon alan koroner arter hastalarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin iyileştiği sonucu bulunmuştur. Brown ve ark. (15) yaptığı bir çalışmada koroner arter hastalığıyla ilgili eğitim alan hastaların yaşam kalitesinin iyileştiği ve sağlık bakım maliyetlerinin azaldığı sonucu bulunmuştur. Lu ve ark. (99) koroner arter hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastalık bilgisinin, öz yeterliliğin ve sağlık okuryazarlığın koroner arter hastalığının sekonder korunmasında önemli olduğu sonucu bulunmuştur. Bu araştırmada hastaların hastalığa ilişkin bilgi düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir. Araştırmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Koroner arter hastalığı tanısı alan hastaların hastalığa ilişkin bilgi düzeyi ve yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

- Hastaların koroner arter hastaları eğitim anketi 2'nin alt boyutları ve toplam puan ortalamasında; tıbbi durum 7.57±3.55, risk faktörleri 3.68±3.15, egzersiz 4.47±3.42, beslenme 7.77±4.88, psikososyal risk 2.20±2.73 ve toplam puan 25.71±12.49 olarak bulunmuştur.
- Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'den alınan toplam puana göre hastaların %49.2'sinin bilgi düzeyi "Yetersiz", %44.5'inin "Zayıf", %5.9'unun "Kabul edilebilir" seviyede olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların kardiyak sağlık profili ölçeğinin 1. bölümünde %28.4'ünün göğüs ağrısı seviyesi "sınıf II" ve %27.5'inin göğüs ağrısı seviyesi "sınıf I" düzeyinde olduğu bulunmuştur.
- Hastaların kardiyak sağlık profili ölçeğinin 2. bölümünde ölçek alt boyutlarının puan ortalaması bilişsel fonksiyon 173.94±75.91, duygusal özellikler 168.60±75.85, sosyal özellikler151.69±79.22 ve fiziksel özellikler 185.42±66.57 olarak bulunmuştur.
- Hastaların kardiyak sağlık profili ölçeğinin 3. bölümünde hastaların verilen tedaviye uyumu ve değerlendirme puan ortalaması 56.65±38.57 olarak bulunmuştur. Ölçek topla puanı ise 679.6±245.8 olarak bulunmuştur.
- Hastaların tıbbi durum alt boyutu puan ortancaları; cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, sigara kullanım durumu ve hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların risk faktörleri alt boyutu puan ortancaları; cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, egzersiz yapma durumu, eşlik eden hastalık durumu, daha önce hastaneye yatma durumu ve hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, herhangi bir kalp damar cerrahi girişimi olma durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların egzersiz alt boyutu puan ortancaları; cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, egzersiz yapma durumu ve eşlik eden hastalık durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).

- Hastaların beslenme alt boyutu puan ortancaları; cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, egzersiz yapma durumu ve hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların psikososyal risk alt boyutu puan ortancaları; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, egzersiz yapma durumu, sigara kullanım durumu ve eşlik eden hastalık durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi 2'nin toplam puan ortancaları; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumu, egzersiz yapma durumu ve hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Araştırmaya katılan hastaların yaş ile koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'nin toplam ve alt boyutlarından tıbbi durum (rho=-.161, p=0.013), risk faktörleri (rho=-.140, p=0.031), egzersiz (rho=-.295, p<0.001), beslenme (rho=-.253, p<0.001), psikososyal risk faktörleri (rho=-.348, p<0.001) ve toplam puan (R=-.337, p<0.001) arasında negatif yönde anlamlılık bulunmuştur.
- Hastaların bilişsel fonksiyon alt boyutu puan ortalamaları; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumu, egzersiz yapma durumu, diyet yapma durumu ve eşlik eden hastalık durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların duygusal özellikler alt boyutu puan ortalamaları; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumu, diyet yapma durumu, eşlik eden hastalık durumu ve KAH ile ilgili eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların sosyal özellikler alt boyutu puan ortalamaları; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, diyet yapma durumu, kalp damar cerrahi girişimi geçirme durumu ve KAH ile ilgili eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların fiziksel özellikler alt boyutu puan ortalamaları; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumu, egzersiz yapma durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, diyet yapma durumu ve eşlik eden kronik hastalık durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).

- Hastaların kardiyak sağlık profili Türkçe ölçeğinin toplam puan ortalamaları; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumu ve eşlik eden kronik hastalık durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).
- Hastaların yaş ile kardiyak sağlık profili ölçeği toplam ve alt boyutlarından bilişsel özellik (rho=.466, $p<0.001$), duygusal özellik (rho=.304, $p<0.001$), sosyal özellikler (R=.151, p=0.02), fiziksel özellik (rho=.415; $p<0.001$) ve toplam puan (rho=.399, $p<0.001$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Kardiyak sağlık profili ölçeğinin 3. bölümünde hastaların verilen tedaviye uyumu ve verilen tedaviyi nasıl değerlendirdikleri ölçülmüş olup herhangi bir kalp damar cerrahi geçirmeyen hastalarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=2.71; p=.007).
- Hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 ile kardiyak sağlık profili ölçeği arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (rho=-.489, $p<0.001$).

6.2. Öneriler

- KAH olan hastaların hastalığa ilişkin bilgi düzeyleri düşük olduğundan hastalara yönelik planlı eğitim programlarının düzenlenmesi,
- KAH olan hastaların yaşam kalitesi seviyesini arttırmak için düzenli olarak yaşam kalite düzeyinin ölçülmesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi,
- KAH olan hastalarla yapılacak olan eğitim programları hastanın eğitim, kültür, sağlığı algılama şekli, konuşma dili ve maddi olanakları göz önünde bulundurularak yapılması,
- Literatürde KAH olan hastaların eğitim seviyelerini ölçen çalışma sayısı çok az olduğundan buna benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Lewis SL, Dirksen, SR, Heitkemper, MM, Bucher, L. Nursing Management Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. In: Butcher L, Johnson S, Editors. Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. 9th ed. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby; 2014. p. 730-65.

2. 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: 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.

3. World Heart Organization. 2021. The top 10 Causes of Death 2020 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death Erişim Tarihi: 25.01.2022.

4. Türkiye İstatistik Kurumu. 2021. Ölüm ve Ölüm Nedenleri İstatistikleri, 2019 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019 33710 Erişim Tarihi: 20.01.2022.

5. Onat A. 2017. Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf Erişim Tarihi: 25.01.2022.

6. Dural G, Sarıtaş SÇ. 2017. Miyokard İnfarktüsünde Ev Tabanlı Eğitim ve Yaşam Kalitesi. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(17), 86-94.

7. Duğan Ö, Bektaş H. 2021. Koroner Arter Hastalarında Kardiyak Sağlık Profili Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması. Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri, 13(2).

8. Kumsar AK, Yılmaz FT. 2014. Kronik Hastaliklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakiş. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2(2), 62-70.

9. Ghisi GLM, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. 2014. A systematic Review of Patient Education in Cardiac Patients: Do They Increase Knowledge and Promote Health Behavior Change?. Patient Education and Counseling, 95(2), 160-174.

10. Kurçer MA, Özbay A. 2011. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11(2).

11. Park JH, Tahk SJ, Bae SH, Son YJ. 2013. Effects of a Psychoeducational Intervention for Secondary Prevention in Korean Patients with Coronary Artery Disease: A Pilot Study. International Journal of Nursing Practice, 19(3), 295-305.

12. Akbulut E, Kahraman B B. 2021. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2: Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Turk Journal Cardiovasc Nurs, 12(27), 26-35.

13. Akbulut E, Tülüce D, Kahraman BB. 2016. Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(14), 140-146.

14. Francis T, Kabboul N, Rac V, Mitsakakis N, Pechlivanoglou P, Bielecki J, ... Krahn M. 2019. The Effect of Cardiac Rehabilitation on Health-Related Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis. Canadian Journal of Cardiology, 35(3), 352-364.

15. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. 2013. Effect of Patient Education in the Management of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Eur J Prev Cardiol. 2013 Aug;20(4):701-14.

16. Demir Ş, Özer Z. 2014. Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. MN Kardiyoloji, 2:182-191.

17. Fırat FA, Dedeli Ö. 2016. Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Kardivasküler Hemşirelik Dergisi.7(14): 153-161.

18. Ma C, Wang B, Zhao X, Fu F, Zheng L, Li G, Guo Q. 2021. WeChat-Based Education and Rehabilitation Program in Unprotected Left Main Coronary Artery Disease Patients After Coronary Artery Bypass Grafting: An Effective Approach in Reducing Anxiety, Depression, Loss to Follow-Up, and Improving Quality of Life. Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 54.

19. Rad M G, Ghanbari-Afra L, Hoseini M H M, Afra M G, Asayesh H. 2021. Effectiveness of Self-Care Program on the Quality of Life in Patients with Coronary Artery Disease Undergoing Cardiac Rehabilitation: A Randomized Clinical Trial. Journal of Education and Health Promotion, 10.

20. Yang L, Luo S, Yang S, Ghisi, GLM, Yan X, Tian M, Wu Y. 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).

21. Uçar A, Arslan S. 2017. Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Yetişkin Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(17), 121-130.

22. Dural G, Sarıtaş SÇ. 2017. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(17), 131-141.

23. Mallika V, Goswami B, Rajappa M. 2007. Atherosclerosis Pathophysiology and the Role of Novel Risk Factors: A Clinicobiochemical Perspective. Angiology 2007; 58: 513-22.

24. Sönmez K, Akçay A, Gençbay M, Akçakoyun M, Demir D, Elönü OH ve ark. 2002 Koroner Arter Hastalığı Anjiyografik Olarak Saptanmış Olgularda Risk Faktörlerinin Dağılımı. Türk kardiyoloji derneği arşivi. 30: 191-198.

25. Piepoli MF, Hoes AW, Agewal S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016. 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Euorepean Heart Journal. 37, 2315–2381.

26. Tülüce D, Kartal M. 2021. Koroner Arter Hastalığının Yönetimi: Cinsiyet Farklılığı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 12(29), 183-189.

27. Patricia GM, Fontaine DK. Cardiovascular System In: Patricia GM. Editor. Critical Care Nursing, A Holistic Approach, 10th Ed. Philadelphia: 2013. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins p. 193-468.

28. Hajar R. 2017. Risk Factors For Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. Heart Views: The Official Journal of the Gulf Heart Association, 18(3), 109.

29. Tibaut M, Mekis D, Petrovic D. 2016. Pathophysiology of Myocardial Infarction and Acute Management Strategies. Cardiovascular & Hematological Agents in Medicinal Chemistry (Formerly Current Medicinal Chemistry Cardiovascular & Hematological Agents), 14(3), 150-159.

30. Guyton CA, Hall EJ. Guyton and Hall Testbook of Medical Physiology, 12th Ed. Çeviren: Gül M, Turgut G, Ünay Gündoğan N. Albayrak Yıldız S. Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji. 12. Basım, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul; 2013, s:249-827.

31. Zengin H. 2012. Ateroskleroz Patogenezi. Journal of Experimental and Clinical Medicine, 29(3s), 101-106.

32. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kararlı Koroner Arter Has¬talığı Yönetimi Görev Grubu, Q 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. URL: https://www.journa¬lagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_73_134.pdf Erişim Tarihi: 14/04/2022.

33. Kasapoğlu ES, Enç N. 2017. Koroner Arter Hastaları İçin Bir Rehber. Journal of Cardiovascular Nursing.; 8(15): 1-7.

34. Türk Kardiyoloji Derneği. 2022. Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu. https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304 Erişim Tarihi: 06.02.2022.

35. Karetnikova V, Gruzdeva O, Uchasova E, Osokina A, Barbarash O. 2016. Glucose Levels as a Prognostic Marker in Patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: A Case–Control Study. BMC Endocrine Disorders, 16(1), 1-6.

36. Boudoulas KD. Triposkiadis F, Geleris P, Boudoulas H. 2016. Coronary Atherosclerosis: Pathophysiologic Basis for Diagnosis and Management. Progress in Cardiovascular Diseases, 58(6), 676-692.

37. Tekin G, Tekin A. 2015. Current Medical Treatment of Stable Coronary Artery Disease. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 24(4), 592-613.

38. Kalyoncuoğlu M, Öztürk S, Durmuş G, Keskin B, Can MM. Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni, 2017, 55:85-100.

39. Al Mobeirek AF, Albackr H, Al Shamiri M, Albacker TB. Review of Medical Treatment of Stable Ischemic Heart Disease. International Journal of Clinical Medicine, 2014,5:249-259.

40. Melly L, Torregrossa G, Lee T, Jansens J L, Puskas, J D. 2018. Fifty Years of Coronary Artery Bypass Grafting. Journal of Thoracic Disease, 10(3), 1960.

41. Karakoç Kumsar, A, Taşkın Yılmaz F. 2017. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt 2, Sayı 4, 18-27.

42. Tokgöz E E, Eroğlu N. 2018. Kardiyovasküler Hastalıkların Rehabilitasyonunda Hemşire Temelli Yaklaşım. Izmir Democracy University Health Sciences Journal, 1(3), 25-33.

43. Türen S, Sevda E. 2014. Akut Koroner Sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 18(2), 43-51.

44. İnangil D, Şendir M. 2014. Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2), 96-101.

45. 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.

46. 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.

47. Avşar G, Kaşıkcı M. 2009. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(3), 67-73.

48. Patricia AP, Anne GP, Patricia AS, Amy AH. Patient Education In: Fundamentals of Nursing. 8th ed. St. Louis Missouri: Elseiver Mosby; 2013. P. 328-47.

49. Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. 2017. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi, (14), 217-231.

50. Erbaş N. 2018. Sağlık Hizmetlerinde Önemli İki Kavram: Hasta Eğitimi ve Hemşirelik Süreci. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27(5), 358-364.

51. Taylan S, Sultan A, Kadıoğlu S. 2012. Hemşirelik Rolleri ve Özerklik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 14(3), 66-74.

52. Joanna Briggs Institute. 2010. Nurse-Led Interventions to Reduce Cardiac Risk Factors in Adults. Nursing and Health Sciences, 18(3), 28-30.

53. 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) 223-231.

54. Yildiz F T, Kaşikçi M. 2020. Impact of Training Based on Orem's Theory on Self-Care Agency and Quality of Life in Patients With Coronary Artery Disease. The Journal of Nursing Research, 28(6), e125.

55. Saki M, Najmi S, Gholami M, Ebrahimzadeh F, Pour F J. 2022. The Effect of Patient-Centered Education in Adherence to the Treatment Regimen in Patients with Coronary Artery Disease. Journal of Vascular Nursing, 40(1), 28-34.

56. The World Health Organization Quality of Life Assessment : Develop Mentand General Psychometric Properties. Soc Sci Med.1998; 46:1569 –85, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9672396. Erişim Tarihi:10.03.2022.

57. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi: Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması. Üroonkoloji Bülteni 2005;1:25-9.

58. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. 2011. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11, 619-26.

59. Sevinç S. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Editör. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitapevi; 2016, s. 215-216.

60. Wardoku R, Blair C, Demmer R, Prizment A. 2019. Association Between Physical Inactivity and Health-Related Quality of Life in Adults with Coronary Heart Disease. Maturitas, 128, 36-42.

61. Le J, Dorstyn DS, Mpfou E, Prior E, Tully PJ. 2018. Health-Related Quality of Life in Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis Mapped Against the International Classification of Functioning, Disability and Health. Quality of life research, 27(10), 2491-2503.

62. Berntson J, Patel JS, Stewart JC. 2017. Number of Recent Stressful Life Events and Incident Cardiovascular Disease: Moderation By Lifetime Depressive Disorder. Journal of Psychosomatic Research, 99:149-154.

63. Ahn S, Song R, Choi SW. 2016. Effects of Self-Care Health Behaviors on Quality of Life Mediated By Cardiovascular Risk Factors Among İndividuals With Coronary Artery Disease: A Structural Equation Modeling Approach. Asian Nursing Research, 10(2), 158-163.

64. Akyildiz ZI, Ergene O. 2014. Frequency of Angina and Quality of Life in Outpatients with Stable Coronary Artery Disease in Turkey: İnsights From the Pulse Study. Acta Cardiologica, 69(3), 253-259.

65. Durmaz T, Özdemir Ö, Özdemir BA, Keleş T, Bayram NA, Bozkurt E. 2009. Factors Affecting Quality of Life in Patients with Coronary Heart Disease. Turkish Journal of Medical Sciences, 39(3), 343-351.

66. 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.

67. Allahverdipour H, AsghariJafarabadi M, Heshmati R, Hashemiparast M. 2013. Functional Status, Anxiety, Cardiac Self-Efficacy, and Health Beliefs of Patients with Coronary Heart Disease. Health Promotion Perspectives, 3(2), 217.

68. Kupper N, Pedersen S S, Höfer S, Saner H, Oldridge N, Denollet J. 2013. Cross-Cultural Analysis of Type D (distressed) Personality in 6222 Patients with Ischemic Heart Disease: A Study from the International HeartQoL Project. International Journal of Cardiology, 166(2), 327-333.

69. Ghisi GLM, Grace SL, Thomas S, Evans MF, 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), 378-83.

70. Währborg P, Emanuelsson H. 1996. The Cardiac Health Profile: Content, Reliability and Validity of a New Disease-Specific Quality of Life Questionnaire. Coronary Artery Disease, 7(11), 823-829.

71. Santos RZD, Ghisi GLM, Bonin CDB, Chaves G, Haase CM, BrittoRR, Benetti M. 2018. Validation of the Brazilian Version of CADE-Q II to Assess Knowledge of Coronary Artery Disease Patients. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 112, 78-84.

72. Kırağ N, Çalışkan G. 2019. Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Yapan Hastaların Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi ve Depresyon Düzeyi ile İlişkili Faktörler. Medical Sciences, 15(1), 1-11.

73. Örs SH, Tümer A. 2020. Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2(2), 81-88.

74. Yilmaz FT, Kumsar AK, Celik S. 2018. The Tip 2 Diyabetli Bireylerde Kardiyovaskuler Hastaliklar Risk Faktorleri Bilgi Duzeyi Ile Saglikli Yasam Bicimi Davranislari Arasindaki Iliski. Journal of Education and Research in Nursing, 15(2), 63-71.

75. Ghisi GLM, Grace SL, Thomas S, Evans MF, 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.

76. Alcan AO, Korkmaz FD, Çakmakçı H. 2017. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, 25(1), 45-51.

77. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Damar Sağlığı Bilgilendirme Portalı. 2022. https://tkd.org.tr/kardiyobil/kalp-ve-yasam/koroner-arter-hastalari-fiziksel-aktivite#:~:text=Y%C3%BCr%C3%BCy%C3%BC%C5%9F%2C%20bisiklet%20ve%20y%C3%BCzme%20kalp,s%C3%BCrekli%20yap%C4%B1lan%20egzersizden%20fayda%20g%C3%B6r%C3%BCrler. Erişim Tarihi: 15.06.2022.

78. Yılmaz S, Miray KE, Kunduracı E. 2018. Kardiyoloji Polikliniğine Ayaktan Başvuran Hastalar ile Kardiyoloji Servisinde Yatan Hastaların Beslenme Durumlarının Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi ile Karşılaştırılması. MN Kardiyoloji, 25(3), 121-6.

79. Çürük GN, Bayındır SK, 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.

80. Blokzijl F, Keus F, Houterman S, Dieperink W, Horst IC, Reneman MF, Mariani MA. 2021. Does Postoperative Cognitive Decline After Coronary Bypass Affect Quality of Life?. Open Heart, 8(1), e001569.

81. Amri MT, Bahraminasab M, Samkhaniyan E, Moini F, Khobane ZK. 2015. Effectiveness of Behavioral-Cognitive Group Therapy on Improvement of Quality of Life of Patients With Coronary Heart Disease. Journal of Medicine and Life, 8(Spec Iss 4), 301.

82. Olgun S, Kaptan G, Büyükünal SK. 2016. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Ve Yaşam Dergisi, 1(1), 6-15.

83. Ekici B, Ercan EA, Cehreli S, Töre HF. 2014. The Effect of Emotional Status and Health-Related Quality of Life on The Severity of Coronary Artery Disease. Kardiologia Polska (Polish Heart Journal), 72(7), 617-623.

84. Yel P, Ünsar S. 2020. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri. Turk J Cardiovasc Nurs, 11(24), 7-15.

85. Staniute M, Brozaitiene J, Bunevicius R. 2013. Effects of Social Support and Stressful Life Events on Health-Related Quality of Life in Coronary Artery Disease Patients. Journal of Cardiovascular Nursing, 28(1), 83-89.

86. Mollaoğlu M, Yanmış S. Koroner Arter Hastalığı (KAH) Olan Bireylerde Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. 4th International Symposium on Innovative Approaches in Health and Sports Sciences, Samsun, Turkey, Nov 22, 2019.

87. Sevinç S, Akın H, Uzun Ö. 2018. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Pedigri Analizi ile Risk Faktörleri Yaşam Kalitesi ve Hastalık İlişkisi. Turk J Cardiovasc Nurs, 9(18), 13-19.

88. Er T, Kurçer M, Erdoğan Z. 2020. Koroner Arter Hastalarında Fiziksel ve Cinsel Aktiviteden Kaçınma Davranışını Etkileyen Faktörler/Factors Affectıng the Avoıdance Behavıor of Physıcal and Sexual Activity in Coronary Artery Patıents. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi, 5(2), 234-242.

89. Yümin ET, Özel A, Saltan A, Sertel M, Ankaralı H, Şimşek TT. 2017. Koroner Arter Hastalarında Ağrı, Dispne ve Kinezyofobinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, 22(2), 75-84.

90. Şahin HB, Kalaycıoğlu E, Şahin M. 2021. The Effect of Cardiac Rehabilitation on Kinesiophobia in Patients with Coronary Artery Disease. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation, 67(2), 203.

91. Erdem HR, Sayan M, Gökgöz Z, Ege MR. 2021. Yaşlılarda Fiziksel Aktivite: Derleme. YIU Saglik Bil Derg, 2, 16-22.

92. Buldan Ö, Kurban NK. 2018. Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11(4), 274-282.

93. Katsi V, Georgiopoulos G, Mitropoulou P, Kontoangelos K, Kollia Z, Tzavara C, ... Tsioufis K. 2021. Exercise Tolerance and Quality of Life in Patients with Known or Suspected Coronary Artery Disease. Quality of Life Research, 30(9), 2541-2550.

94. Anchah L, Hassali MA, Lim MSH, Ibrahim MIM, Sim KH, Ong TK. 2017. Health Related Quality of Life Assessment in Acute Coronary Syndrome Patients: The Effectiveness of Early Phase I Cardiac Rehabilitation. Health and Quality of Life Outcomes, 15(1), 1-14.).

95. McMahon SR, Ades PA, Thompson PD. The Role of Cardiac Rehabilitation in Patients with Heart Disease. Trends Cardiovasc Med. 2017;27(6):420-425.

96. Martin BJ, Hauer T, Arena R, et al. Cardiac Rehabilitation Attendance and Outcomes in Coronary Artery Disease Patients. Circulation. 2012;126(6):677-687.

97. Akbolat M, Amarat M, Doğanyiğit PB. 2021. Sağlik Okuryazarliğinin Yaşam Kalitesine Etkisinde Özbakim Gücünün Araci Rolü. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 11(1):69-75.

98. Tang YH, Chong MC, Chua YP, Chui PL, Tang LY, Rahmat N. 2018. The Effect of Mobile Messaging Apps on Cardiac Patient Knowledge of Coronary Artery Disease Risk Factors and Adherence to A Healthy Lifestyle. Journal of Clinical Nursing, 27(23-24), 4311-4320.

99. Lu M, Xia H, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y, Hravnak M. 2020. Relationship Between Adherence to Secondary Prevention and Health Literacy, Self-Efficacy and

Disease Knowledge Among Patients With Coronary Artery Disease in China. European Journal of Cardiovascular Nursing, 19(3), 230-237.

8.EKLER

EK I:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

I.TANITICI BİLGİLER

1. **Yaşınız:** …….
2. **Cinsiyetiniz:**
   a) Kadın b) Erkek
3. **Medeni durumunuz:**
   a) Evli b) Bekar
4. **Eğitim durumunuz:**
   a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul e) Lise e)Üniversite ve üzeri
5. **Çalışma durumu:**
   a) Çalışıyor b) Çalışmıyor
6. **Sosyal güvenceniz var mı?**
   a) Var b) Yok
7. **Gelir durumunuz:**
   a) Gelir gidere göre az b) Gelir gidere eşit c) Gelir gidere göre fazla
8. **Koroner kalp hastalığı nedeni ile hastaneye yattınız mı?**
   a) Evet (12. Soruya geçiniz) b) Hayır (Diğer bölüme geçiniz)
9. **Koroner arter hastalığı nedeni ile kaç kez hastaneye yattınız?**
   a)1 kez b) 2 kez c) 3 kez d) 4 kez e) Diğer (açıklayınız)……

II. HASTALIK BİLGİLERİ

10. Tanınız:

a) Stabil anjina pektoris

b) Unstabil anjina pektoris

c) Miyokard infarktüsü

11. Tanı süreniz: ……

12. Ailede/Birinci derece akrabalarda (anne, baba, kardeş…) kalp-damar hastalığı koroner arter hastalığı öyküsü var mı?

a) Var b) Yok

13. Koroner arter hastalığı dışında bir kronik bir hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

a) Hastalık yok

b) Diyabet (şeker) hastalığı ….. yıl

c) Hiperlipidemi (kolesterol yüksekliği) ….. yıl

d) Böbrek hastalığı ….. yıl

e) Hipertansiyon ….. yıl

f) Akciğer hastalığı (astım, kronik bronşit…) ….. yıl

g) Kanser ….. yıl

h) Sinir sistemi hastalığı (SVO, Epilepsi…) ….. yıl

i) Diğer (açıklayınız):……

14. Herhangi bir kalp-damar cerrahi girişimi geçirdiniz mi?

a) Evet (6. Soruya geçiniz) b) Hayır (7. Soruya geçiniz)

15. Kalp-damar cerrahi girişimi geçirmiş iseniz aşağıdakilerden hangisidir?

a) Koroner anjiyoplasti – Stent

b) Koroner By-Pass

c) Peruktan Translüminal Koroner Anjioplasti

d) Kalp Kapak Opreasyonları

e) Kalp Transplantasyonu

16. Koroner arter hastalığı tedavisi ya da kalp-damar cerrahisi girişimi nedeniyle hastanede yattınız mı?

a) Evet b) Hayır

17. Koroner arter hastalığı ile ilgili bilgilendirme eğitim aldınız mı?

a) Evet (9. Soruya geçiniz) b) Hayır (10. Soruya geçiniz)

18. Koroner arter hastalığı ile ilgili bilgilendirme ya da eğitim aldıysanız eğitimi kim verdi?

a) Hemşire b) Doktor c) Doktor Hemşire d)Diyetisyen

19. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Kullanıyorum

b) Bıraktım

c) Kullanmadım

20. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Kullanıyorum

b) Bıraktım

c) Kullanmadım

21. Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?

a) Yapıyorum (13. soruya geçiniz) b) Yapmıyorum (15. soruya geçiniz)

22. Fiziksel aktivite/egzersiz sıklığınız ne kadardır?

a) Her gün

b) Haftada 1-2 gün

c) Haftada 3-4 gün

d) Düzensiz/ara sıra

e) Diğer (açıklayınız) : ……

23. Fiziksel aktivite/egzersiz süreniz ne kadardır?

a) 30 dakikadan az

b) 30-45 dakika

c) 45 dakikadan fazla

24. Diyetiniz var mı?

a) Evet (16. soruya geçiniz) b) Hayır (17. soruya geçiniz)

25. Size göre diyet programınıza uyumunuz nasıl?

a) İyi b) Orta c) Kötü

26. Koroner arter hastalığınıza yönelik ilaç tedaviniz var mı?

a) Evet (18. Soruya geçiniz) b) Hayır

27. Size göre ilaç tedavisine uyumunuz nasıl?

a) İyi b) Orta c) Kötü

EK II:

KORONER ARTER HASTALIĞI EĞİTİM ANKETİ 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 yanıt bir bilgi düzeyine karşılık gelmektedir:

- "Tam bilgiyi" gösteren bir ifade
- "Eksik bilgiyi" gösteren bir ifade
- "Yanlış bilgiyi" gösteren bir ifade
- "Bilgi eksikliğini" gösteren bir ifade

• 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.

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.□□Kolesterol düzeyini bilmek ve kolesterol ilaçlarını reçete edildiği gibi almak

C) 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 <u>üç şey:</u>

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

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

C) Hava sıcaklığını ve rüzgâr şiddetini kontrol et, havanın -15 ^{0}C' 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 ‘‘<u>Kronik stres</u>’’ 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 III:

KARDİYAK SAĞLIK PROFİLİ ÖLÇEĞİ (TÜRKÇE VERSİYONU)

Aşağıdaki soruları fiziksel kapasitenizi ve göğüs ağrınızı düşünerek cevaplayınız. Sizin durumunuza en uygun olan kareye 'X' işareti koyunuz.

 Göğüs ağrısı yok.

 Yürümek ve merdivenleri çıkmak gibi olağan fiziksel aktiviteler göğüs ağrısına neden olmaz. İşte veya bir etkinlik esnasında yorucu, hızlı veya uzun süreli efor ile oluşan göğüs ağrısı olur.

 Sıradan aktivitelerde hafif bir kısıtlanma. Hızlı, yokuş yukarı, yemeklerden sonra yürürken, merdiven çıkarken, soğuk/rüzgarlı havaya maruz kalınca, stresli olunca, uyandıktan sonraki birkaç saat boyunca göğüs ağrısı yaşama.

 Göğüs ağrısından dolayı sıradan fiziksel aktivitelerde belirgin kısıtlanma. Normal şartlarda yarım kilometre düz yolda yürümek ve birden fazla kat merdiven çıkmak göğüs ağrısına neden olur.

 Rahatsızlık duymadan herhangi bir fiziksel aktiviteyi sürdüremeyebilir, istirahat esnasında göğüs ağrısı olabilir.

Aşağıdaki sorular yaşam kalitenizle ilgilidir. Soruları okuduktan sonra, lütfen sorunun devamındaki çizgiye X işareti koyarak cevap veriniz. Çizgi bir uçtan diğer uca bir ölçeği temsil eder.

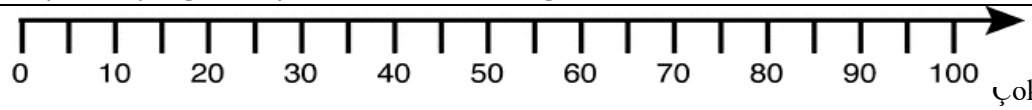
Lütfen çizgi üzerinde uygun gördüğünüz yere 'X' işareti koyunuz. Örnek: **Kendinizi sıklıkla yorgun hisseder misiniz?**

Hayır, hiçbir zaman_____Evet, her zaman

Sıklıkla yorgun hissettiğinizi düşünüyorsanız, işareti sağ tarafa yakın uygun gördüğünüz yere koyunuz.

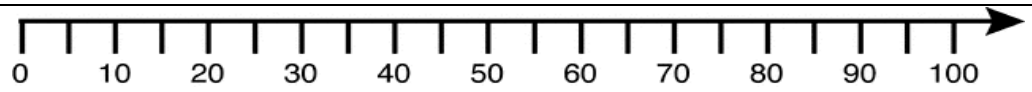
Sonraki sayfalarda, bu prensibe göre cevaplandırılacak sorular bulacaksınız.

1.Konsantrasyon, hayal gücü veya çok fazla düşünce gerektiren işlerle nasıl başa çıkarsınız?



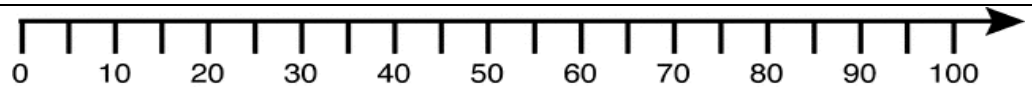
Çok iyi Çok kötü

2. Aktif, girişken veya pasif, ilgisiz biri misiniz?



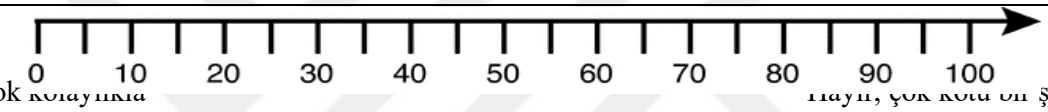
Aktif, Girişken Pasif, ilgisiz

3. Son zamanlarda yaptığınız şeyleri, örneğin eşyaları nereye koyduğunuzu, kolayca unutur musunuz?



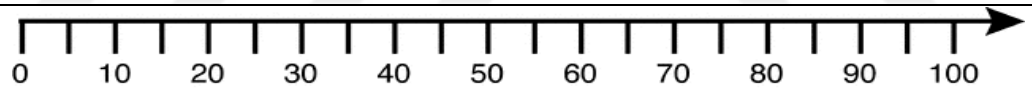
Hayır, hiçbir zaman Evet, her zaman

4.Problemleri kolayca anlayıp çözer, kararlar verir ve yeni durumlara kolaylıkla uyum sağlar mısınız?



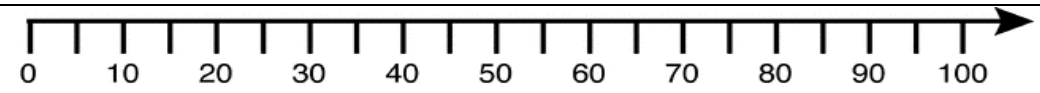
Evet, çok kolaylıkla Hayır, çok kötü bir şekilde

5. Kendinizi depresif hisseder misiniz veya geçmişte keyif aldığınız şeylerden keyif almakta zorlanıyor musunuz?



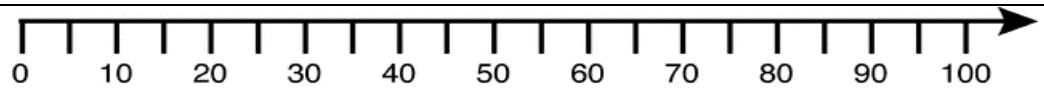
Hayır, hiç değil Evet, çok fazla

6. Kolaylıkla tedirgin, üzgün, endişeli veya kaygılı olur musunuz?



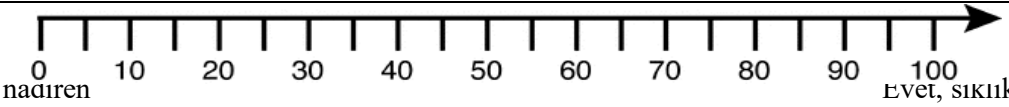
Hayır, hiç değil Evet, sıklıkla

7. Sıklıkla korku, tedirginlik veya endişe yaşar mısınız?



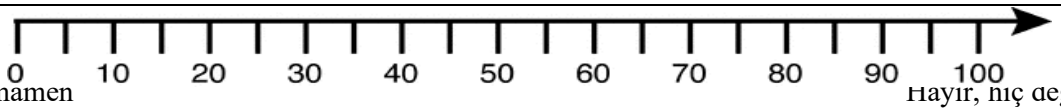
Hayır, nadiren Evet, sıklıkla

8. Duygularınızın kontrolünü kolaylıkla kaybeder misiniz?

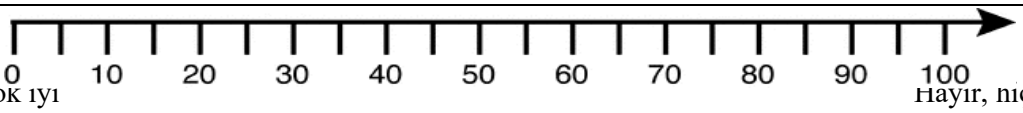


Hayır, nadiren Evet, sıklıkla

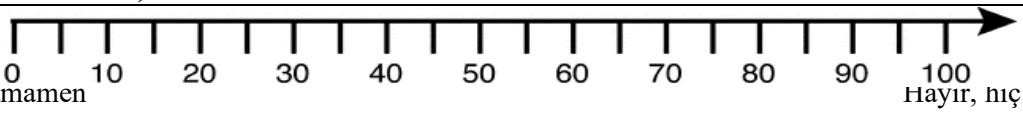
9. Uykunuzun kalitesinden (uyku kalitesi, uykuya dalabilme vb.) memnun musunuz?



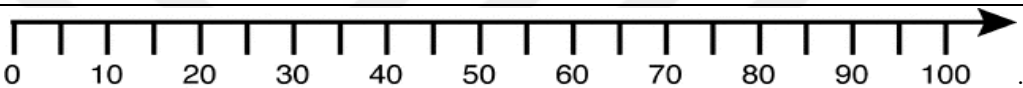
10.Size yakın olan kişilerle (aile ve arkadaşlar) ilişkiniz iyi mi?



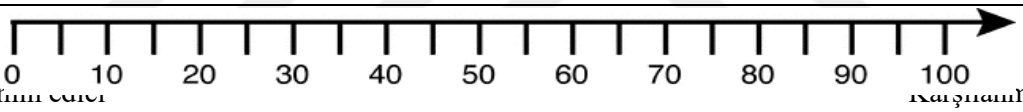
11. Günlük hayatınızdan memnun musunuz? (işte, bir emekli olarak, bir ev hanımı olarak, bir öğrenci olarak vb.)



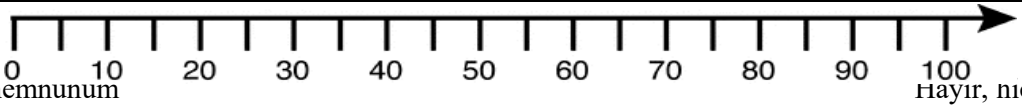
12.Boş zamanlarınızı anlamlı ve değerli buluyor musunuz?



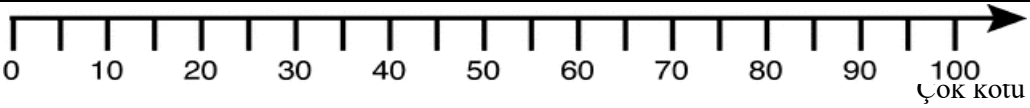
13.Cinsel yaşantınız



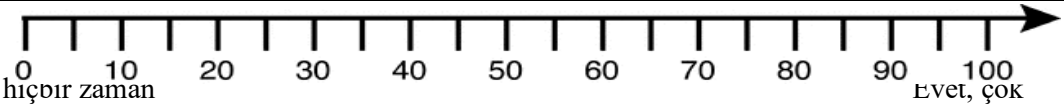
14.Yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmek için fiziksel kapasitenizden memnun musunuz?



15. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

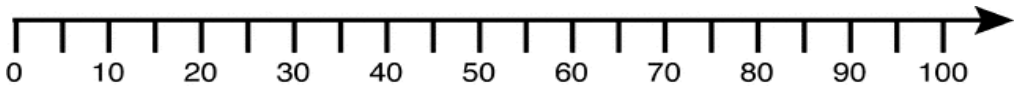


16. Bilinen anjinal göğüs ağrınızdan farklı olarak başka ağrılardan rahatsızlık duyuyor musunuz?



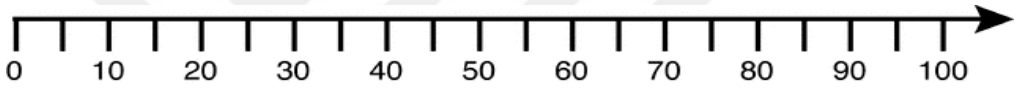
Aşağıdaki sorular koroner arter bypass ameliyatı, balon cerrahisi (PTCA) veya ilaç kullanımı gibi kalp hastalığı ile ilgili herhangi bir tedavi gördüyseniz cevaplanacaktır.

17.Herhangi bir tedavi türü genellikle stresli olabilir. Tedavi, sarf etiğiniz zahmete ve çabaya değdi mi?



Kesinlikle Hayır, hiç değil

18. Tekrar yapar mıydınız? Bir başka deyişle, bugünkü bilginiz ve tekrar düşünme şansınızla, tedavi görmek için aynı kararı alır mıydınız?



Evet, kesinlikle Hayır, hiçbir zaman