



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KARDİYOVASKÜLER HASTALIK TANISI ALAN
BİREYLERİN RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE
HASTALIK ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şule ÇAKIROĞLU

**OCAK 2023
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KARDİOVASKÜLER HASTALIK TANISI ALAN BİREYLERİN
RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE HASTALIK
ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Şule ÇAKIROĞLU

Tez Danışmanı: Doç.Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR

Denizli,2023

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılması ve bulgularının analizinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara uyulduğunu, çalışma bulguları, verileri ve materyallerinin yazımında bilimsel etik kuralları doğrultusunda kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atıf yapıldığını beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Şule ÇAKIROĞLU

İmza:

ÖZET

KARDİYOVASKÜLER HASTALIK TANISI ALAN BİREYLERİN RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE HASTALIK ALGISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Şule ÇAKIROĞLU
Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD
Tez Yöneticisi: Doç.Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR

Ocak 2023, 124 Sayfa

Dünyada ve ülkemizde yaşam koşullarının değişmesi ve nüfusun yaşlanmasıyla beraber bulaşıcı olmayan hastalıkların prevalansı artmaktadır. Bu grupta yer alan kardiyovasküler hastalıklar, halk sağlığı açısından önemli bir sorundur. Kardiyovasküler hastalıkların gelişmesinde birden çok risk faktörü yer almaktadır. Hastaların, bu hastalığın risk faktörlerini ve hastalık algılarını belirlemek, sahada ve klinikte sağlık profesyonellerinin uygulamalarında gerçekçi bilgiler sağlamak konusunda önemlidir. Bu araştırma, kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin risk faktörleri bilgi düzeyleri ve hastalık algılarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Şubat-Eylül 2021 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi servisinde yatan, araştırmanın dahil edilme kriterlerini taşıyan, kardiyovasküler hastalık tanısı olan, 200 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın verileri, "Hastaları Tanıtıcı Bilgi", "Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği" ve "Hastalık Algısı Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizleri R istatistik programı ile yapılmıştır. Analizlerde, Kolmogorov Smirov testi, Student t, Mann-Whitney U, Anova, Kruskal-Wallis testleri, Bonferroni ve Dunn-Bonferroni düzeltmesi ayrıca Pearson korelasyon yapılarak istatistiksel değerlendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $56,43 \pm 13,94$ 'dür. Hastaların %82,5'i evli, %60,5'i erkek, %55,5'i bir kronik hastalığa sahip, %62,5'i ise koroner kalp hastasıdır. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi toplam puan ortalaması 11.51 ± 6.28 bulunmuştur. Hastalık Algısı Ölçeğinden aldıkları puanlara göre alt boyut puan ortalamaları; hastalık tipi alt boyutu $4,13 \pm 2,80$; hastalık hakkındaki görüşleri en yüksek, duygusal temsiller $25,03 \pm 4,32$; Hastalık Algısı Ölçeği olası nedenler boyutunda en yüksek psikolojik atıflar $21,52 \pm 4,47$ bulunmuştur. Her iki ölçek arasında negatif ve pozitif yönde anlamlı zayıf bir ilişki saptanmıştır. Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin bilgi düzeylerini artırmak amacıyla sağlık çalışanlarının sahada ve klinik alanda etkili eğitim ve bilgilendirme çalışmalarını sürdürmesi, bireylere psikososyal danışmanlık verilerek toplumun farklı kesimlerinde kardiyovasküler hastalıklar üzerinde daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler Hastalıklar, Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Koroner Kalp Hastalığı, Hemşirelik

ABSTRACT**EVALUATION OF RISK FACTORS KNOWLEDGE LEVEL AND DISEASE PERCEPTION OF THE INDIVIDUALS RECEIVING A DIAGNOSIS OF CARDIOVASCULAR DISEASE**

ÇAKIROĞLU, Şule

Master Thesis, Department of Public Health Nursing

Thesis Supervisor: Doç.Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR

January 2023, 124 Pages

Due to the changing living conditions and aging of the population in the world and in our country, prevalence of non-communicable diseases are increasing. Cardiovascular diseases, which are in this group, are an important public health problem. Multiple risk factors are involved in the development of cardiovascular diseases. Determining the risk factors and disease perceptions of patients is important in providing realistic information in the practice of health professionals in the field and in the clinic. This descriptive and cross-sectional study was conducted to evaluate risk factors, knowledge levels and disease perceptions of individuals diagnosed with cardiovascular disease. The sample of the study consisted of 200 patients with a diagnosis of cardiovascular disease, who were hospitalized in Pamukkale University Hospital Cardiovascular Surgery service between February and September 2021, and met the inclusion criteria of the study. The data of the study were collected using "Patient Information Form", "Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level" and "Sense of Disease Scale". Statistical analyzes of the study were made with the R statistics program. Statistical evaluation was made by using Kolmogorov Smirnov test, Student t, Mann-Whitney U, Anova, Kruskal-Wallis tests, Bonferroni and Dunn-Bonferroni correction and Pearson correlation. The mean age of the patients participating in the study was 56.43 ± 13.94 . Of these patients, 82.5% were married, 60.5% were male, 55.5% had a chronic disease, and 62.5% had coronary heart disease. The mean score of Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level was 11.51 ± 6.28 . According to the scores they got from the Sense of Disease Scale, the sub-dimension score averages were found as follows: disease type sub-dimension 4.13 ± 2.80 ; emotional representations with the highest opinions about the disease were 25.03 ± 4.32 ; In the Sense of Disease Scale probable causes dimension, the highest psychological attributions were 21.52 ± 4.47 . A positive and negative and significant weak relationship was found between both scales. In order to increase the level of knowledge of individuals diagnosed with cardiovascular disease, it is recommended that healthcare professionals continue effective education and information activities for the society, and more research on cardiovascular diseases in different parts of the society by providing psychosocial counseling to individuals.

Keywords: Cardiovascular Diseases, Level of Knowledge, Disease Perception, Coronary Heart Disease, Nursing

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başlangıcından tamamlanmasına kadar ki her süreçte bilgi birikimi ve desteğiyle daima yol gösteren, değerli zamanını bana ayırarak her zaman motive etmeye çalışan, güler yüzü, sabrı ve deneyimleriyle örnek alacağım ve öğrencisi olmaktan mutluluk duyduğum değerli danışman hocam Doç.Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR 'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşarak güler yüzlü ve içten yaklaşımlarıyla desteklerini esirgemeyen hocalarım Prof.Dr. Asiye KARTAL'a, Doç.Dr. Gülbahar KORKMAZ ASLAN'a ve Dr.Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ'ye,

Tez savunma sırasında jüri olmayı kabul edip değerli bilgilerini bizlerle paylaşan Doç.Dr. Fatma BAŞALAN İZ'e

Mesleğime ilk adımı attığım, öğrenerek ve severek çalıştığım, beni her zaman destekleyen Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesindeki tüm ekip arkadaşlarıma,

Yıllardır her konuda yanımda olan ve varlığı ile güç veren, motivasyon kaynağım çok kıymetli kadim dostum Ayşe Nur DURKAN ÇAM'a,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu dönemde de sevgileriyle, maddi ve manevi her konuda destek olan, evlatları olmaktan gurur duyduğum, hayatta her şeyin en güzelini hak eden fedakar canım annem Nimet ÇAKIROĞLU'na, hayata karşı dik duruşunu ve vefasını örnek aldığım sırtımı yasladığım dağ olan canım babam Kazım ÇAKIROĞLU'na, mesafelerin gönülden sevmelere engel olmadığını öğreten, kardeşleri olmaktan gurur duyduğum, azim ve çalışkanlıklarıyla örnek aldığım, omzumdaki manevi güç olan sevgili KADIOĞLU ailesine,

Yollarımızı tezimin son aşamasında birleştirecek de daha beraber gidecek çok yolumuz olan, varlığıyla güç veren, desteğini ve sevgisini eksik etmeyen, çok değerli eşim Emre BÜTÜN'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Şule ÇAKIROĞLU

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	xi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1.GİRİŞ	1
1.1.Amaç.....	2
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	3
2.1.Kardiyovasküler Hastalıkların Sınıflandırılması ve Epidemiyolojisi	3
2.2.Kardiyovasküler Hastalıkların Tanı ve Tedavisi	4
2.3.Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması.....	6
2.3.1. Değişirilemez Risk Faktörleri	6
2.3.1.1. Yaş.....	6
2.3.1.2. Cinsiyet.....	7
2.3.1.3. Aile Öyküsü.....	7
2.3.2. Değişirilebilir Risk Faktörleri.....	7
2.3.2.1. Hipertansiyon.....	7
2.3.2.2. Dislipidemi.....	8
2.3.2.3. Sigara.....	8
2.3.2.4. Alkol.....	9
2.3.2.5. Diyabet.....	9
2.3.2.6. Obezite.....	10
2.3.2.7. Fiziksel Hareketsizlik/ Egzesiz.....	11
2.3.2.8. Sosyo- Ekonomik Durum.....	12
2.3.2.9. Sosyal Destek Eksikliği.....	12
2.3.2.10. İş ve Aile Yaşam Stresi.....	13
2.3.2.11. Depresyon, Anksiyete, Hostalite.....	13
2.3.2.12. Kişilik Yapısı.....	15

2.3.2.13. Çocukluk Dönemi Obezitesi.....	16
2.3.2.14. Düşük Doğum Ağırlığı.....	17
2.3.2.15. Küreselleşme ve Kentleşme.....	18
2.3.2.16. Uyku Bozuklukları.....	18
2.3.2.17. Tedaviye Kötü Uyum /Uyumsuzluk.....	19
2.3.2.18. Çocukluk Döneminde Pasif İçici Olarak Sigaraya Maruz Kalma....	19
2.3.2.19. COVID 19	20
2.4. Bilgi Gereksinimi.....	21
2.4.1. Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Alan Bireylerde Bilgi Gereksinimi...	21
2.5. Hastalık Algısı.....	23
2.5.1. Kronik Hastalarda Hastalık Algısı.....	24
2.5.2. Kardiyovasküler Hastalığa Sahip Bireylerin Risk Faktörleri ve Hastalık Algısında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	26
2.6. Araştırma Hipotezleri.....	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırma Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.4.1. Bağımlı Değişken.....	30
3.4.2. Bağımsız Değişkenler.....	30
3.5. Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri.....	31
3.6. Veri Toplama Araçları.....	31
3.6.1. Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu (EK1).....	31
3.6.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörü Bilgi Düzeyi Ölçeği (EK2)	31
3.6.3. Hastalık Algısı Ölçeği (EK3).....	32
3.7. Verileri Toplanması.....	33
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	34
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	34
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.11. Süre ve Olanaklar.....	35
4. BULGULAR.....	36
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalık Özellikleri.....	36
4.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeğine İlişkin Bulgular	41
4.3. Hastalık Algısı Ölçeğine (HAÖ) İlişkin Bulgular.....	54

4.4. KARRİF-BD ve HAÖ Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular.....	86
5. TARTIŞMA.....	88
5.1. Kardiyovasküler Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyo Demografik ve Hastalık Özelliklerinin, KARRİF – BD Ölçeğine İlişkin Değerlendirilmesi.....	88
5.2. Kardiyovasküler Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyo Demografik ve Hastalık Özelliklerinin, Hastalık Algısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirilmesi.....	92
5.2.1. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Hastalık Belirtileri Boyutu.....	93
5.2.2. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu.....	94
5.2.3. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) Hastalık Nedenleri Alt Boyutu.....	98
5.3. Ölçekler Arasındaki İlişki.....	101
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	103
6.1. Sonuçlar.....	103
6.2. Öneriler.....	105
7. KAYNAKÇA.....	107
8. ÖZGEÇMİŞ.....	124
9. EKLER	
EK-1 Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK-2 Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği	
EK-3 Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)	
EK-4 Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Araştırmalar Kurulu Etik Kurul İzni	
EK-5 Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni	
EK-6 KARRİF-BD Ölçek Kullanım İzni	
EK-7 HAÖ Kullanım İzni	

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyini Ölçmede Kullanılan Ölçekler	23
Tablo 2.2	Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliğinin Yapıldığı Çalışmalar	26
Tablo 3.1	Araştırmanın Zaman Çizelgesi	35
Tablo 4.1	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.2	Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı	39
Tablo 4.3	KARRİF-BD Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı	41
Tablo 4.4	KARRİF-BD Ölçeğın Toplam Puanı Ve Alt Boyutlarına Göre Puan Dağılımı	43
Tablo 4.5	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.6	Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo 4.7	HAÖ Belirtilere İlişkin Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımı	54
Tablo 4.8	HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüşlere İlişkin Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımı	55
Tablo 4.9	HAÖ Olası Nedenlere İlişkin Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımı	57
Tablo 4.10	Hastaların Hastalıklarına Neden Olduğunu Düşündüğü Faktörler	58
Tablo 4.11	HAÖ Puanlarına İlişkin Bilgiler	59
Tablo 4.12	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 4.13	Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 4.14	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüş Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 4.15	Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüş Puanlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 4.16	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bilgilere Göre HAÖ Olası Nedenler Puanlarının Karşılaştırılması	77
Tablo 4.17	Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bilgilere Göre HAÖ Olası Nedenler Puanlarının Karşılaştırılması	80
Tablo 4.18	KARRİF-BD ve HAÖ Puanları Arası İlişki Düzeyleri	86

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ.....	Beden Kitle İndeksi
BOH.....	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DM.....	Diyabet
DSÖ.....	Dünya Sağlık Örgütü
EKG.....	Elektrokardiyografi
HA.....	Hastalık Algısı
HAÖ.....	Hastalık Algısı Ölçeği
HDL.....	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HT.....	Hipertansiyon
IDF.....	International Diabetes Federation
KAH.....	Koroner Arter Hastalığı
KARRİF –BD	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri
KKY	Konjenital Kalp Yetmezliği
KVC.....	Kalp Damar Cerrahisi
KVH.....	Kardiyovasküler Hastalıklar
KVS.....	Kardiyovasküler sistem
LDL.....	Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
MI.....	Miyokard İnfarktüsü
PAH.....	Periferik Arter Hastalığı
RKH.....	Romatizmal Kalp Hastalığı
SVH.....	Serebrovasküler Hastalıklar
TEKHARF.....	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi
TG.....	Trigleserit
TK.....	Total Kolesterol
TURDEP.....	Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
TÜİK.....	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Günümüzde, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) halk sağlığı açısından önemli hastalıklardır (en sık görülen, öldüren ve sakat bırakan) ve kardiyovasküler hastalıklar (KVH) da bu grupta yer alır (Öztek 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2019 yılı tahminlerinde 17,9 milyon insan KVH lar nedeni ile yaşamını kaybetmiştir. Küresel olarak meydana gelen ölümlerin %32,0'ı KVH sorumludur. Meydana gelen ölümlerin %85,0'ı MI ve inme nedenlidir. BOH nedeniyle 17 milyon (70 yaş altı) erken ölümün %38,0'ı KVH kaynaklıdır. Bu hastalık nedeni ile dünya çapında yaklaşık 17,9 milyon ölüm gerçekleşmiştir (WHO 2021). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 1990-2016 yılları arasında ülkemizde gerçekleşen ölümlerin %42,0'ı koroner arter hastalığı (KAH), %12,0'ı Serebrovasküler hastalık (SVH) kaynaklıdır. Ortalama yaşam süresinin artmasıyla bağlantılı artış gösteren 3.5 milyon koroner arter hastası vardır (TEKHARF 2017).

KVH'ın gelişmesinde birden çok risk faktörü yer almaktadır. Risk faktörlerinden korunmada primer ve sekonder koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gereklidir (Dülek vd 2019). Primer korumaya yönelik önlemlerde risk faktörlerinin ortaya konması ve kontrol altına alınması, sekonder koruma için ise tanı almış kişilerde tekrarlayan olayların önlenmesi önemlidir (NCEP 2002). KVH ortaya çıkmasını ve ilerlemesini engelleyebilmek için önlenebilir risk faktörlerine yönelik yaklaşımlar uygulanmalıdır. Bireylerin bilgi düzeyini artırma, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları ve davranışı oluşturma önerilen yaklaşımlardır (Tchicaya vd 2018). Bireylerin yaşam biçimlerinde değişiklik yapması, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmesini dolayısı ile KVH'a bağlı morbidite ve mortalite oranlarını azaltacaktır (Karakoç vd 2017).

KVH risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez şeklinde iki kategoriye ayrılır. Değiştirilemeyen risk faktörlerine müdahale edilemez. Bunlar, kişinin yaşını, cinsiyetini, etnik kökenini ve aile öyküsünü içerir. Değiştirilebilir risk faktörleri, davranış değişikliği ile azaltılabilir veya kontrol edilebilir. Bunlar içinde sigara, alkol, hiperlipidemi, diyabet (DM), hipertansiyon (HT), obezite, beslenme ve egzersiz yer almaktadır (WHO 2021, Türk K. Derneği 2002).

Düşük doğum ağırlığı, çocukluk çağı obezitesi, çocukluk döneminde sigara dumanına maruz kalınması, küreselleşme ve şehirleşme, uyku problemleri, kişilik yapısı ve tedaviye uyum zorlukları gibi risk faktörleri, bilinen risk faktörlerine ek olarak KVH gelişimini etkilediği belirtilen güncel risk faktörleri içinde yer almaktadır (Arnett vd. 2019). Ayrıca son çalışmalarda tüm dünyayı etkileyen COVID 19 enfeksiyonunun KVH riskini artırdığı bildirilmektedir (Madjid vd 2020).

Bireylerin kronik hastalığının yaşam kalitesini etkileme düzeyi ve hastalığı algılama biçimi, hastalığa uyumlarını ve yaşam dengelerini olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Tedaviye uyumu sağlama ve yaşam kalitesinin iyileştirmede, hastalıkla baş etme zorluğu ve psikososyal zorlanma, hastalığa ilişkin bireysel algı ve duygusal yaklaşımlar en önemli faktörlerdir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Tekin ve Polat'ın (2018) çalışmasında, hastaların hastalık algıları yükseldikçe, kalp yetmezliğinin bakımını değerlendirmede pozitif yönde gelişme olacağı belirlenmiştir (Tekin ve Ülkü 2018). Yapılan başka bir çalışma, kalp hastalığı nedeninin farkında olan bireylerin tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha kolay gerçekleştirdiği belirtilmiştir (Bağçivan vd 2018).

Bireylerin geliştirdiği hastalık algısı, probleme karşı olan duygusal ve tedaviye uyum davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Petrie ve Weinman 2006). KVH'a ilişkin risk faktörleri bilgisi ile hastalık algısına yönelik ayrı ayrı yapılmış literatürde çeşitli çalışmalar yer almaktadır (Yılmaz ve Boylu 2016, Bağçivan vd. 2018, Hebcan ve Tümer 2020). Bu çalışmalarda KVH grubunda yer alan farklı hastalıklar ele alınmaktadır. KVH tanısı almış bireylerde bilgi düzeyleri ve hastalık algılarının birlikte değerlendirildiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle toplum sağlığının yükseltilmesi açısından KVH'a sahip bireylerin, hastalığa neden olan risk faktörlerini ve hastalığı algılama düzeylerine yönelik çalışmalara gereksinim olduğu düşünülmektedir.

1.1.Amaç

Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin, KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri ile hastalık algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Kardiyovasküler Hastalıkların Sınıflandırılması ve Epidemiyolojisi

KVH, kalp ve kan damar sistemini etkileyen hastalıkları tanımlamaktadır. KAH, SVH, periferik arter hastalıkları (PAH), romatizmal kalp hastalıkları (RKH), hipertansif hastalıklar, konjestif kalp yetmezliği (KKY), konjenital kalp hastalıkları (KKH), kardiyomiyopatiler ve kardiyak aritmiler bu hastalıklar içerisinde yer alır (WHO 2021, TKDH 2015-2020).

KAH, kalp kasını besleyen arterlerin tamamen veya kısmi daralması sonucunda oluşan, KVH içinde prevalansı yüksek olan hastalıktır (WHO 2017). Arter daralmasının çoğunlukla nedeni aterosklerozdur. Bu durum Anjina pectoris ve MI neden olabilmektedir (AHA 2016). SVH, beyni besleyen damarların tıkanması veya kanaması sonucu beynin bir kısmının etkilendiği patolojik bir durumdur. Geçici veya kalıcı olabilen bu etkilenme ölümlerle sonuçlanabilir. HT ve ateroskleroz, SVH a neden olan en önemli faktörlerdir (Öztürk 2009). KAH Ulusal Hastalık Yükü Çalışması verilerine göre Türkiye’de toplam hastalık yükünün %8,0’i KAH, %5,0’i SVH kaynaklıdır (TC. SB 2013).

PAH, bacak, kol, baş gibi bölgelere giden periferik arterlerin ateroskleroz nedeniyle daralması sonucunda oluşur. Bu nedenle PAH’ın, KAH ile benzer olduğu ifade edilmektedir (AHA 2016). PAH olan bireylerde KAH riskinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Sarangi vd 2012).

RKH, tek bir şiddetli atak veya tekrarlayan birden fazla akut romatizmal ateş atağı nedeniyle ortaya çıkan uzun vadeli kardiyak hasardır. Akut romatizmal ateş, Streptococcus pyogenes’in neden olduğu boğaz enfeksiyonuna karşı vücudun oluşturduğu otoimmün yanıtın kaynaklanmaktadır (Sika Paotonu vd 2017).

KKH, kalbin iç duvarları, kalp kapakçıkları, arter veya venler gibi kalbin yapısında doğuştan var olan malformasyonları içerir. Doğumsal defektlerin en yaygın türü olan KKH nın, basit veya şiddetli birçok türü bulunmaktadır (NHLBI 2018).

Kardiyomiyopatiler, miyokarda meydana gelen yapısal ve fonksiyonel bozukluğun olması sonucu gerçekleşir. Bu gruptaki hastalıklar kalbin normal ritminde olmadığı

aritmilere neden olurken genellikle kan basıncındaki bozukluklara yol açarlar (Tüfekçioğlu ve Şahan 2015, WHO 2017).

Aritmiler, hastalarda KAH, sol ventrikül fonksiyon bozukluğu, kalp yetmezliği ya da ani kardiyak ölüme neden olabilmektedir (Fu 2015, WHO 2017).

TÜİK 2018 verilerine göre, nedeni bilinen ölümlerin %38,4'ü dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklıdır. Bu ölümlerinde %39,7'sinin iskemik kalp hastalıklarından ve %22,4'ünün ise SVH'dan kaynaklandığı gösterilmiştir (TÜİK 2018). Küresel olarak yaklaşık 17,5 milyon birey çeşitli kalp hastalıklarına yenik düşmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık %80,0'ı geliri düşük ve orta gelirli aileler ile yoksul ülkelerde görülmektedir (Arnett vd 2019).

Türkiye'de dâhil tüm dünyada KVH, ölüm nedenleri içinde önde gelen hastalıklardan biridir. Dünya'da ve ülkemizde kalp ve damar hastalıklarına bağlı erken ölümleri önlemek için DSÖ tarafından "2013-2020 yılları arasında BOH'ların önlenmesi ve kontrolü için küresel eylem planı" oluşturulmuştur. Bu plan kapsamında erken ölümlerin 2025 yılına kadar %25 oranında azaltılması hedeflenmiştir (TÜİK 2017; WHO 2021).

TÜİK 2018 verilerine göre; 6915 bireyi içeren çalışma sonucunda, 40-69 yaş grubunda 10 yıllık kalp damar hastalığı riski %30'dan fazla bulunmuştur. Erkeklerin riski (%13,8) kadınlara (%7,8) göre daha yüksektir. Dolaşım sistemi hastalıkları 75-84 yaş grubunda (55 bin 284 kişi) görülmektedir. Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin en sık görüldüğü iller sırasıyla, Çorum (%48,0), Denizli (%47,2), Adana (%46,7), Çanakkale ve Afyonkarahisar'dır (%46,3) (TÜİK 2018).

2.2.Kardiyovasküler Hastalıkların Tanı ve Tedavisi

KVH küresel olarak önde gelen ölüm nedenlerindedir (WHO 2021). Nedene göre küresel toplam hastalık yükü payı 2019 yılı için %15,52'si KVH'dan kaynaklanmaktadır (Roser vd 2021). KVH, bireyin orta yaş ve erken yaşlılık dönemlerini sosyal, fiziksel, ruhsal ve ekonomik olarak etkileyerek tıbbi tedavi sürecinde sağlık maliyetlerinin önemli düzeyde artmasına neden olmaktadır (Roser ve Ritchie 2016). Kalp hastalıkları ve felç için önde gelen davranışsal risk faktörleri düzensiz beslenme, fiziksel hareketsizlik, sigara ve alkol kullanımıdır.

Davranışsal risk faktörlerinin etkileri, bireylerde HT, DM, hiperkolesterolemi ve obezite olarak ortaya çıkabilmektedir (WHO 2021).Bu risk faktörleri, birinci basamak sağlık kuruluşlarının önleme yönelik çalışmaları ile kontrol altına alınarak kalp krizi, felç, kalp yetmezliği ve diğer komplikasyonların engellenmesi sağlanmalıdır.

Sağlıklı davranış biçimlerini, ekonomik ve erişilebilir kılmak için uygulanabilir sağlık politikaları sürdürülebilirlik ve motivasyon açısından önemlidir (Roger vd 2012). Ayrıca KVH'ların altında yatan birçok nedeni vardır. Bunlar; küreselleşme, kentleşme ve nüfusun yaşlanması gibi sosyal, ekonomik ve kültürel değişimi yönlendiren faktörlerdir. Son yıllarda özellikle diğer belirleyiciler arasında yoksulluk, stres ve kalıtsal faktörler de yer almaktadır. Kalp hastalıklarında, MI veya inme, altında yatan hastalığın ilk belirtisi olabilir. Bireyde MI sırasında göğsün ortasında veya kollarda, sol omuzdan parmak uçlarına doğru yayılan ağrı ve rahatsızlıkla beraber kişide nefes almada zorluk, mide bulantısı, kusma, senkop ve soğuk terleme görülebilir (Visseren vd 2021). Serebrovasküler olayın en yaygın belirtisi, çoğunlukla vücudun bir tarafında olmak üzere yüz, kol veya bacağın aniden fonksiyonunu kaybetmesidir. Bununla birlikte görme bozukluğu, yürüme zorluğu, koordinasyon kaybı ve bilinç kaybı belirtileri görülmektedir (Khaku vd 2022).

KVH'ların tanısı ve değerlendirmesi, önemli dislipidemi, hiperglisemi ya da diğer biyokimyasal risk faktörlerinin belirlenerek, stres-efor testi veya koroner görüntüleme gibi spesifik kardiyak araştırmaları kapsayan klinik bir süreçtir. Bu araştırmalar, KAH şüphesi olan hastalarda iskemi tanısını doğrulamak, ilişkili durumları, tetikleyici faktörleri belirlemek, hastalığa neden olan riskin sınıflandırılmasına yardımcı olmak ve tedavinin etkinliğini değerlendirmek için kullanılabilir. Dikkatli ve ayrıntılı bir anemnez angina pectoris tanısının temel taşı olmaya devam etmektedir. Olguların çoğunda, tanıyı doğrulamak, altında yatan hastalığın ciddiyetini değerlendirmek için fizik muayene ve objektif testler sıklıkla gerekli olsa da yalnızca öykü temelinde güvenilir bir tanı koymak mümkündür (McCord vd 2010). Kardiyovasküler risk faktörleri ile ilişkili durumları ve hastalığın prognozunu belirlemek için standart laboratuvar biyokimya testleri, istirahat elektrokardiyografisi (EKG), ekokardiyografisi ve seçilmiş hastalarda göğüs röntgeni ile ayakta tedavi bazında noninvaziv yöntemlerle tanı konulabilmektedir (Uçar MF vd 2018). KVH'ı azaltmak için hastalığın yönetimi evrensel sağlık kapsamı paketlerine dahil edilmelidir. Çok sayıda ülkede sağlık sistemleri, KVH'ı etkin bir şekilde yönetmek için önemli yatırımlarda bulunmaktadır (Tekin G vd 2015). 18 ülkeden elde edilen kanıtlar, HT programlarının birinci basamak düzeyinde verimli ve maliyet etkin bir şekilde uygulanabileceğini ve bunun sonucunda KVH ve SVH'da azalma ile sonuçlanacağını göstermiştir.

KVH olan hastaların uygun teknoloji ve ilaçlara erişimi olmalıdır. Medikal tedavide; aspirin, beta blokerler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve statinler kullanılmaktadır (WHO, 2021). Medikal tedavinin yetersiz olduğu ve cerrahi operasyon gerektiren durumlarda tedavi olarak; koroner arter baypas, balon anjiyoplasti, valf onarımı ve değiştirilmesi, kalp nakli, yapay kalp ameliyatları yapılmaktadır.

DSÖ, bu hastalıkların insidansını, morbiditesini ve mortalitesini azaltmak için küresel stratejiler geliştirerek KVH'leri önleme, yönetme ve izleme konusunda hükümetleri desteklemektedir. Bu stratejiler, risk faktörlerini azaltmayı, bakım standartlarını geliştirmeyi, KVH'li hastalara bakım sağlamak için sağlık sistemi kapasitesini artırmayı ve ulusal ve küresel eylemleri bilgilendirmek için hastalık kalıplarını ve eğilimlerini izlemeyi içermektedir (WHO 2021).

2.3. Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Sınıflandırılması

KVH'nin görülme sıklıkları ve ölüm oranlarının azalması için risk faktörleri kontrol altına alınmalıdır (Abacı 2011). Bireyin bu faktörlere müdahalesi ne kadar erken olursa hastalığın gelişmesinin önlenmesi ve ilerlemesi daha kolay durdurulur. Erken müdahalede sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları ve davranışlarının kazanılması önemlidir. Bu amaçla risk faktörleri konusunda yeterli bilginin sağlanması en etkili yollardan biridir (Tchicaya vd 2018). Bireylerin yaşam biçimlerinde değişiklik yapması, sağlıklı yaşam biçimi davranışların gelişmesini sağlayarak KVH'nin tekrarını ve hastalığa bağlı ölüm oranlarını azaltmaktadır (Karakoç vd 2017).

KVH'nin risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez şeklinde iki kategoriye ayrılır. Değiştirilemeyen risk faktörlerine müdahale edilemez. Bunlar, kişinin yaşını, cinsiyetini, etnik kökenini ve aile öyküsünü içerir. Değiştirilebilir risk faktörleri, davranış değişikliği ile azaltılabilir veya kontrol edilebilir. Bunlar içinde sigara, alkol, hiperlipidemi, DM, HT, obezite, beslenme ve egzersiz yer almaktadır (WHO 2021, Türk K. Derneği 2002).

2.3.1. Değiştirilemez risk faktörleri

2.3.1.1. Yaş

Yaş, KVH için değiştirilemez önemli bir risk faktörüdür. Ortalama yaşam süresinin artması yaşlı nüfus oranının da artmasını sağlar. Dünya nüfusunun beşte birinin 2030 yılında 65 yaşın üzerinde olacağı tahmin edilmektedir. Yaşın artmasıyla beraber ilerlemeye başlayan aterosklerozdan dolayı KVH'nin prevalansı artmaktadır. Erkeklerde 45 yaş ve üzeri, kadınlarda 55 yaş ve üzeri olmak önemli bir risk faktörüdür (Oh ve Allison 2017).

KVH'dan kaynaklanan ölümlerin %31,0'ı 65 yaş altında, %81,0'ı ise 65 yaş üzerinde görülmektedir (Jackson 2011). Sağlık Bakanlığı KAH sıklığı çalışmasına göre (2013), KAH prevalansı, 55-64 yaş grubu kadınlarda %6,9, erkeklerde %10,9 olarak

görülmektedir. Bu durum 65-74 yaş grubu kadınlarda %9,3, erkeklerde %18,3 iken 75 yaş üzerindeki kadınlarda %10,8 erkeklerde ise %19,6 olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde KVH prevalansı yaşla birlikte artmakta ve erkeklerde daha fazla görülmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı 2013).

2.3.1.2. Cinsiyet

KVH her iki cinsiyette de görülmesine rağmen erkekler, kadınlara göre daha fazla risk altındadır. Erkekler ve kadınlar arasındaki bazı önemli biyolojik farklılıklar da KVH görülme oranını etkilemektedir. Kadınların daha küçük koroner arterlere sahip olması nedeniyle daha az plak oluşumu cinsiyet farklılığı ile açıklanabilir (Pelletier vd 2014). Kadınlardaki östrojenin pre-menopazal dönemdeki koruyucu etkisi nedeniyle hastalık erkekler göre yaklaşık 10 yıl daha geç ortaya çıkmaktadır. Postmenopozal dönemde KVH nedeniyle ölüm riski kadınlarda artış gösterirken, bu oran erkeklerden daha yüksek değildir (European Heart Network, European Cardiovascular Disease Statistics 2008).

2.3.1.3. Aile öyküsü

KVH'ın gelişiminin her evresinde ve bilinen tüm risklerde genetik faktör önemli bir rol oynar. Ailelerin KVH öyküsü; birinci derece akrabalar arasında etkilenen birey sayısı ve bireylerin yaşına bağlı olarak gelecekteki KVH riskini değiştirmektedir.

Güçlü risk faktörleri içinde birinci dereceden akrabalık öyküsünde 65 yaşından önce kadınlarda, 55 yaşından öncesinde erkeklerde KAH varlığı önemlidir ve bu öykü ateroskleroz riskinin iki kat artmasında etkilidir. Bireyin her iki ebeveyninin 55 yaşından önce kalp hastalığına sahip olması, kalp hastalığı gelişme riskini %50'ye çıkarmaktadır (Otaki 2013).

2.3.2. Değiştirilebilir risk faktörleri

2.3.2.1. Hipertansiyon

Yüksek kan basıncı olarak bilinen HT, mortalitenin önde gelen nedeni olan KVH için en önemli risk faktörlerinden biridir. Kan basıncının yüksek olması, endotel disfonksiyona neden olarak ateroskleroz gelişimini tetiklemektedir. Klinik rehberlere göre hipertansiyon; "sistolik kan basıncının 140 mmHg üzeri ve diyastolik kan basıncının 90 mmHg üzeri olması veya antihipertansif ilaç kullanıyor olmak" şeklinde tanımlanmaktadır (TKD 2000). Dünyada meydana gelen tüm ölümlerin %12,8'inin HT kaynaklı olduğu

tahmin edilmektedir (WHO 2016). Ülkemizde, 33 yaş ve üzeri bireylerde, HT prevalansı, erkeklerde %38,0, kadınlarda ise %53,0 olduğu saptanmıştır (TEKHARF 2017).

Değiştirilebilir faktörler içinde yer alan; kötü beslenme alışkanlıkları, tuz, yağ tüketiminin fazla, meyve ve sebze tüketiminin az olması, aşırı alkol alımı, obezite, fiziksel aktivitenin az olması, stres, yetersiz sağlık hizmetlerine ulaşım ve sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicileri gibi nedenler HT için hazırlayıcı faktörlerdir (TC. Sağlık Bakanlığı,2017).

2.3.2.2. Dislipidemi

Dislipidemi; "plazma lipitlerinin anormal düzeyde olması" olarak tanımlanır. En çok görülenler total kolesterol (TK), düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL), trigliserit (TG) yüksekliği ve yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL) düşüklüğüdür. Aterosklerotik KVVH riskini artıran bir diğer faktör yüksek trigliserit seviyesidir. Dünya genelinde iskemik kalp hastalıklarının üçte biri yüksek trigliserit kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. KAH önlemede, plazma total kolesterolünün %10 düşürülmesi, beş yıl sonraki KAH insidansını %25 oranında azaltmaktadır (TEMD 2019).

Dünya genelinde 2008 yılında 25 yaş ve üzeri erkek bireylerin %37,3'ünün, kadınların %40,2'sinin yüksek kolesterole (≥ 190 mg/dL) sahip olduğu belirtilmiştir. Avrupa'da bu oran sırasıyla %54,1 ve %52,7 iken Amerika'da %46,4 ve %48,5'tir.

Türkiye'de ise erkeklerin %38,1'inde, kadınların ise %41,0'ında kolesterol düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (WHO 2016). Serum LDL düzeyi; < 100 mg/dl ise yaşam boyu KAH riskinin çok düşük olmasını, > 190 mg/dl olması riskin çok yüksek olmasını göstermektedir. Kan kolesterol düzeyinin 40 yaşındaki bir erkekte %10 oranında azaltılması beş yıl içindeki KVVH riskini %50 azaltmaktadır (Law 1999, WHO 2011).

2.3.2.3. Sigara

Tütün tüketimi önemli KVVH risk faktörlerindedir ve tüm dünyada önlenebilir mortalite nedenlerinin başında gelmektedir. Sigara kullanımı ile meydana gelen hastalık riski hem doğrudan sigara içme hem de pasif sigara içiciliğine maruz kalma ile artmaktadır. Sigara kullanımı kan basıncında ve kalp atış hızında artmaya neden olur ve koroner arter dilatasyonunu azaltır. Kanın pıhtılaşma riskini artırır ve bu nedenle ateroskleroz oluşumuna neden olarak, egzersiz toleransını düşürür (AHA 2014). Ayrıca glukoz intoleransı ve düşük HDL-K düzeyi gibi kardiyovasküler risk faktörlerini de olumsuz yönde etkiler (CDC 2010). Halk sağlığı açısından tütün kullanımı küresel bir

sağlık problemidir ve ciddi sonuçları olan bir sorundur. Erkeklerde sigara kullanımı iyi bilinen bir risk faktörüdür. Kadınlarda ise ateroskleroz insidansı ve şiddetindeki artış, sigara kullanan kadın sayısındaki artış ile açıklanabilir. (Türkiye Halk sağlığı Kurumu Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2014).

Hem primer hem de sekonder korunma önlemleri ile tütün kullanımının kontrol altına alınması önemlidir.

Tütün kullanımı kontrolünde, toplumsal ve bireysel odaklı yaklaşım sağlanmalıdır. Nüfus sağlığını iyileştirmek için sigarayı bırakmaya yönelik politikalar, sigara kullanımının zararları ve sigara kullanılmayan çevrenin teşvik edilmesi gibi ulusal çalışmalara ihtiyaç vardır. Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığına göre 2016 yılında tütün kullanma oranının en fazla erkeklerde %50,6, kadınlarda %19,6 ile 35-44 yaş grubunda olduğu görülmüştür. 2016 ve 2017 yıllarını kıyasladığımızda, 2017 yılında tütün kullanan erkeklerin oranı %0,3; kadınların oranı ise %4,9 artış göstermiştir (T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017).

2.3.2.4. Alkol

Alkol, mortalite üzerinde etkili olan ve önemli bir risk faktörüdür. Kronik alkol tüketimi nedeniyle meydana gelebilecek olan kardiyomiyopati, kardiyak aritmi, HT, hemorajik inme ve ani ölümlere gidebilen negatif etkiler ile KVH arasında bir ilişki vardır (Holmes vd 2014). Alkol tüketimi ile KAH ve SVH arasındaki ilişki, alkol tüketim miktarına, sıklığına göre değişmektedir (WHO 2011).

Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığına göre alkol kullanımı en yaygın 25-34 yaşlarındadır. Alkol kullanan erkeklerin oranı kadınlardan fazladır (T.C. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017).

2.3.2.5. Diyabet

Diyabet, pankreasın yeterli insülin üretememesi sonucunda kanda yüksek olan glikoz seviyesiyle karakterize ve ateroskleroz hızlandıran bir hastalıktır (IDF 2011). Diyabet hastalarında kalp damar hastalığı diyabet olmayanlardan üç kat daha sıktır. Tip I diyabet otoimmün bir hastalıktır. Diyabet hastalarının yaklaşık %3-5'i ülkemizde Tip I diyabet hastasıdır ve genellikle çocukluk ve gençlik çağlarında görülür. Tip II diyabet ise insülin salınımındaki sorunlardan kaynaklanmaktadır. Hastaların yaklaşık %95,0'i ülkemizde Tip II diyabetlidir ve yaygın olarak görülür. Sıklıkla orta yaşlı ve yaşlı nüfusta görülmesine rağmen obez olan çocuk, ergen ve genç yetişkinlerde de etkili olmaya başlamıştır. Diyabet, uygun ve yeterli tedavisi sağlanamadığında ciddi komplikasyonlara

sebeptir. Sağlıklı kişilere kıyasla Tip II diyabet hastası kişilerde MI riski 2,5-5 kat daha fazladır (Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı Eylem Planı 2011).

Hayatın kolaylaşması sonucu bedensel iş yükünün azalmasıyla sedanter yaşam tarzı değişiklikleri, artmış yaşam beklentisi, obezite gibi faktörler nedeniyle DM, ülkemizde ve dünyada insidansı artarak devam eden önemli bir halk sağlığı sorunudur ve 21. yüzyılın epidemisi olduğu kabul edilir (Zheng vd 2018).DSÖ verilerine göre DM hasta oranı 1980 yıllarda %4,7 iken 2014 yılında %8,5'e yükselmiştir (DSÖ 2014).

Türkiye'de DM görülme oranı, International Diabetes Federation (IDF) göre 2010 yılında %13,7 iken 2014 yılında %14,7'ye yükselmiştir (IDF 2014). Türkiye'de DM insidans ve prevalansı belirlemek için iki ulusal çalışma yapılmıştır. İlk olarak, Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalansı Çalışması (TURDEP-I), 1997-1998 yıllarında gerçekleştirilmiştir. 2010 yılında TURDEP II çalışması rapor edilmiştir. İki çalışma arasında geçen 12 yıl içerisinde diyabet oranının %90 arttığı görülmüştür. TURDEP-II çalışmasında bireyin yaşının, yaşadığı bölgenin, bel çevresi ve beden kitle indeksindeki (BKI) artışın, öğrenim düzeyinin 8 yılın altında olması ve HT olmanın diyabet riskiyle ilişkili olduğu saptanmış ve gelecek yıllarda diyabetin, KAH gelişimini, diğer risk faktörlerinden bağımsız şekilde %81 yükselteceği belirlenmiştir (Türkiye Diyabet Programı 2015-2020).

45 yaşından büyük erkek ve 50 yaşından büyük DM olan kadınlar, makro ve mikrovasküler hastalığı bulunanlar, tek bir risk faktörü aşırı derecede yüksek olanlar, 40 yaşın üzerinde ve 15 yıldan uzun süreli diyabet öyküsü olanlar, KAH bakımından risklerinin yüksek olduğu kabul edilmelidir. Bu bireyler öncelikli olarak KVH koruma programlarına alınmalıdır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2022).

2.3.2.6. Obezite

Obezite, fazla kalori tüketimine bağlı gerçekleşen vücutta yüksek yağ birikimidir. Obeziteyi değerlendirmede beden kitle indeksi (BKİ) hesaplaması, bel çevresi ölçümü ve bel- kalça çevrelerinin oranı gibi yöntemler kullanılmaktadır (Micha 2017).

TEKHARF çalışmasında göre 30 yaş üzeri erkeklerin %25,2'sinin, kadınlarında %44,2'sinin obez olduğu belirlenmiştir. Obezite prevalansı, 31-49 yaş grubu ile 50 yaş üzerindeki erkeklerde sırasıyla %24,8 ve %25,7; kadınlarda ise %38,0'ı ve %50,2 olduğu rapor edilmiştir. Genel olarak obezite prevalansı artış göstermektedir (TC. Sağlık Bakanlığı 2015). DSÖ verilerine göre (2016), Türkiye'de obez birey sayısı 16.092.644, obezite prevalansı ise %29,5 olarak tespit edilmiştir (kadın %35,0, erkek %23,9). Bu verilerle Avrupa'da obezitenin en sık görüldüğu ülke Türkiye'dir. 2015 yılında 20-79 yaş arasındaki yetişkinlerin incelendiği ve 34 ülke ortalamasının yer aldığı raporda, ortalama

obezite prevalansı %19,4 ve fazla kilolu olma prevalansı sırasıyla ve %34,5 iken, Türkiye’de %22,3 ve %33,1 olduğu bildirilmiştir (OECD 2017). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması verilerine göre BKİ her iki cinsiyet için de 60-69 yaşları arasında yüksektir. Yaşın ilerlemesiyle artan BKİ kardiyovasküler hastalıkların da yaşla beraber artmasına neden olmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı 2017).

Abdominal bölgede yağ birikiminin fazla olması insülin seviyesinin artmasına sebep olur ve bunun sonucunda DM, HT, dislipidemi gibi hastalıklar meydana gelir. Obezite kaynaklı risklerin belirlenmesinde özellikle bel çevresi ölçümü önemli bir göstergedir. Obez erkeklerin kilosundaki her %10,0’lık düşüş, KVH riskini %20,0 azaltmaktadır (WHO 2017).

Tüm dünyada obezite, önlenabilir sağlık sorunları içinde yer alan önemli bir konudur. Dünya çapında 1975- 2014 yılları arasında yetişkinlerde yaşa göre standardize edilmiş obezite prevalansı, erkeklerde üç kat, kadınlarda da iki kat artmıştır (NCD 2016). Obezite, öncelikle diyabet olmak üzere KVH, HT, uyku apnesi gibi birçok hastalık için risk oluşturmaktadır (Micha 2017). Ayrıca derin ven trombozu riski de obezite ile birlikte artmaktadır. Obezite nedenli hastalık ve ölüm risklerini düşürmek, bireylerin yaşam kalitesini artırmak, doğru beslenme alışkanlığı edindirmek için obezite önlenmelidir (TC. SB 2017).

2.3.2.7. Fiziksel Hareketsizlik / Egzersiz

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü, fiziksel aktiviteyi günlük yaşamımızda kas ve eklemleri kullanarak enerji tüketimini sağlama, solunum ve kalp hızını artırarak farklı derecelerde yorgunlukla bitirilen aktiviteler şeklinde tanımlar (Fiziksel Aktivite Takip Sistemleri ve Teşvik Fiziksel Aktivite Bilimsel Komisyonu Raporu 2022). Haftalık orta seviyede yapılan egzersizler ile kardiyovasküler mortalite arasında koruyucu bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Warburton vd 2016).

Bireyin gerçekleştirdiği fiziksel aktivite sonucunda sağlıklı kilo değişimi, glisemik indeks, kan basıncı, insülin direnci ve lipid değerlerinde düzelme meydana gelmektedir. Gelir düzeyi yüksek olan ülkelerin günlük ve iş hayatlarında otomasyon ve artan araç kullanımı sebebiyle fiziksel aktivite yetersizliği, gelir düzeyi düşük ülkelere göre daha fazladır (WHO 2014).

Ülkemizde yapılan çalışma bulgularına göre boş zamanlarda erkeklerin yaptığı fiziksel aktivitelerin %23,0’ı yeterli, % 22,0’ı orta ve %55,0’ı düşük düzeydeyken, kadınlarda ise %13,0’ı yeterli, %18,0’ı orta ve %69,0’u düşük düzeydedir. Yeterli ve orta düzeyde yapılan fiziksel aktivite oranı her iki cinsiyette de yaşın artmasıyla azalmaktadır (Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013).

2.3.2.8. Sosyo-ekonomik durum

Bireyin düşük sosyoekonomik durumu; eğitim seviyesi, mesleki pozisyonu ve gelir seviyesinin düşük olması ile tanımlanır ve bu durumun KAH'nın yaşam kalitesini bozarak ömrünün kısalmasına neden olduğu bilinmektedir (Von Känel 2012). KAH'da destek sistemleri büyük önem taşımaktadır. Destek sistemlerinin yetersiz olması, yalnızlık, sağlık ve sosyal güvenceye sahip olmama, yoksulluk, sosyoekonomik düzeyi düşük bölgede yaşama gibi sosyal faktörlerle ilişkilidir (Uysal 2016). Yapılan bir kohort çalışmasında, sosyoekonomik durumun düşük olması, bireylerde KKH riskini ve mortalitesini artırmaktadır (Albus 2010).

Dünya çapında yürütülen INTERHEARTH vaka kontrol çalışmasına göre; işte, ailede ve mali konularda görülen büyük yaşam olayları, yaşam üzerinde kontrol eksikliği, depresyon ve stres de dahil olmak üzere psikososyal faktörlerin kalp krizi riskini üç kat arttırdığı gözlenmiştir (Yusuf vd 2004).

2.3.2.9. Sosyal destek eksikliği

Kalp hastalıklarının hem gelişiminde hem de kardiyak sorunlar oluşuktan sonra sağ kalım oranları üzerinde sosyal faktörler etkili olan bir değişkendir. Yalnızlığın kalp yetmezliği olan hastalarda etkili bir değişken olduğu, kendini yalnız hisseden hastaların, daha ciddi kalp yetmezliği ve daha çok hastane yatışına sahip olduğu gözlenmiştir (Lofvenmark vd 2009).

Sosyal desteğin iki geniş alanından söz edebiliriz. Bu alanlardan işlevsel destek, bir kişiye sosyal ağ tarafından sağlanan yardım anlamına gelmektedir. Buna örnek olarak duygusal destek ve görevlerin yapılmasına yardımcı olan araçsal destek gösterilebilir. Diğer alan olan yapısal destek ise, bir kişiyi çevreleyen insan ağının özelliklerini ve bu ağla etkileşimini ifade etmektedir.

Sosyal destek eksikliği, KAH'nın psikososyal risk faktörü olmakla birlikte diğer faktörlerle arasında etkileşim bulunmaktadır. Örneğin; sosyal etkileşimlere katılmak istemeyen depresif bireyler ve ilişkilerinde olumsuz düşüncelere sahip olanların daha az sosyal destek almalarının sonucu olarak daha fazla stres tepkileri göstermiştir (Von 2012). Yapılan bir meta-analiz çalışmada, KAH tanısı olanların fonksiyonel desteği düşük belirlenmiş, fonksiyonel desteği yetersiz olan hastaların riski yükselmiş ve hastalığın gelişimini etkileyen diğer risk faktörler engellense de tüm nedenlerden mortalite riski 1,6 kat artmıştır (Barth vd 2010).

MI geçiren hastaların %20,0'ünün hafif ve orta derecede depresyona sahip olduğu ve bu kişilere sağlanan sosyal desteğin depresyon etkilerini tedavi ettiği ve mortalite

oranını düşürdüğü vurgulanmıştır (Arthur 2006). Kadınların erkeklere göre daha fazla psikososyal desteğe ihtiyacı vardır ve eş desteğinin yararlı bulunan bir çalışmada, sosyal çevre ile iletişimin sağlanmasının da etkili bir destek olacağı vurgulanmıştır (Davidson vd 2003). Eğitim seviyesi düşük olan, sosyal desteği, ekonomik durumları ve çalışma koşulları yetersiz olan hastalara grup katımlı programlar yapılarak, özellikle depresif hastalarda çaresizlik duygusunu azaltabilir. Kardiyak rehabilitasyon programları sırasında kurulan arkadaşlıklar genellikle daha uzun ömürlü olabilir. Böylece gruplar psikososyal ve motivasyonel destek için önemli bir kaynak olabilir.

2.3.2.10. İş ve aile yaşamı stresi

İş ile ilgili süreçleri ve diğer ekip arkadaşlarıyla olan etkileşimi kapsayan psikolojik ve fizyolojik dengenin bozulmasına iş stresi denir. Bireyin iş arkadaşlarından yetersiz sosyal destekle karşılaşması, iletişim eksikliği, baskı, beklentinin yüksek olması gibi durumlar stres oluşumunu tetiklemekte ve bunun sonucunda oluşan stres, bireyde fiziksel, davranışsal ve ruhsal değişikliklere neden olarak dengesini etkilemektedir (Çam vd 2008). İş yaşamında diğer stres nedenleri içinde; ücret düşüklüğü, iş yükü ve niteliği, vardiya şeklinde çalışma, görev tanımının yetersizliği, yöneticilerle ve çalışanlarla çatışma, monotonluk, kaynakların yetersizliği gibi faktörler sayılabilir.

İş stresi, adrenalin ve kortizol salınımı ile sinir sistemini aktive ederek taşikardi ve kan basıncının artmasına neden olur. Solunumun artmasıyla immün sistem baskılanarak kardiyovasküler olayları tetikler. Sıklıkla sinirlenme ve stres KVVH riskinin artmasına neden olur.

Hafif stres, geçici miyokardial iskemi durumuna, akut stres aritmeye, kronik stres ise aterosklerotik sürecin hızlanmasında etkilidir (Yıldırım vd 2016). Yapılan bir meta analiz çalışmada, uzun çalışma saatlerinin KVVH riskini 1.80 kat artırdığı saptanmıştır (Virtanen vd 2012).

Başka bir çalışmada kadınların evlilik stresi yaşamalarının, KVVH gelişmesi ve yeniden görülmesinde etkili olan bir risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Al-Khalili 2000).

2.3.2.11. Depresyon, anksiyete, hostilite

Akut olarak gerçekleşen kardiyak problemler sonrası yüksek oranda görülen ve KKH'nın en yaygın psikososyal risk faktörü olan depresyon, kalp hızında azalmaya ve pıhtılaşma faktörlerinde aktivasyona neden olarak risk oluşturmaktadır (Von Känel 2012). Depresif durumlar, uyku bozuklukları, isteksizlik, halsizlik, beslenme değişiklikleri, konsantrasyon güçlüğü gibi, semptomların görülmesine neden olabilir. Depresyon ve

KAH arasındaki ilişkide; depresyon düzeyi arttıkça, KAH şiddeti artmaktadır. Uzun süreli yapılan izlemde; ölüm riskinde artışa neden olduğu, MI sonrası gelişen depresyon durumunun ölüm riskini artırdığı, somatik/duyuşsal depresif semptomların bilişsel/duyuşsal semptomlardan kardiyak açıdan daha riskli olduğu belirlenmiştir (Ormel ve Jonge 2011). Reid ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik derleme çalışmasında, iskemik kalp hastalığı olan bireylerin %11,0-25,0'ı depresif bozukluğa sahiptir. Sonuç olarak iskemik kalp hastalığı ve aynı zamanda depresyonu olan hastaların mortalite ve morbidite oranı, depresyonu olmayan gruba göre 3-4 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (Reid vd. 2013). Bir meta analiz çalışmasında, Akut MI geçiren hastalarda depresyonun daha güçlü etkisi olduğu ve depresyon prevalansının %20,0, anksiyetenin prevalansının ise %30,0-40,0 arasında olduğu bulunmuştur (Roest vd 2010).

Anksiyete, kısa ve uzun dönem iyileşmeyi etkilemekle birlikte, olumsuz duygular ve stresörlerin kalp hızı, kan basıncı ve lipit seviyesini artırarak, miyokardın az oksijenlenmesi sonucu psikolojik değişikliği tetikleyerek nöroendokrin sistemi aktive eder. Bunun sonucunda ateroskleroz gelişimi, iskemi ve MI oluşmasına bağlı ölüm görülebilir (Smith 2011).

Roest ve arkadaşlarının çalışmasında, anksiyeteye sahip bireylerde diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak KKH riski 1,3 kat, kardiyak mortalite riski ise 1,5 kat arttığı bulunmuştur (Roest vd 2010). Başka bir çalışmada ise anksiyeteye sahip hastaların, hastalık süreci ve seyrinin daha kötü olduğu, anksiyete riskinin bütün nedenlerden kaynaklanan mortalite için 1,5 kat, kardiyak mortalite için 1,2 kat, yeni kardiyak sorunlar için 1,7 kat arttığını vurgulamıştır (Güler vd 2009).

Hostilite, insanlara karşı duyulan negatif düşünceler ile bireyi öfkeye daha eğilimli yaparak sağlığını doğrudan etkileyen inanç sistemidir (Smith 1992). MI ve ani ölümlerle hostilite arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada kalp damar hastalıkları için hostilitenin bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Dembroski vd 1989). Yüksek düzeyde hostilite seviyesi, kişilerarası ve çevresel stres, çatışma, düşük sosyal destek ve ateroskleroz ilerleten immünolojik ve fizyolojik süreçlere katkıda bulunan kalıcı bir risk faktörüdür (Fernandez ve Smith 2015). Bazı araştırmalar, hostilite ve öfkenin KVH farklı rollere sahip olduğunu göstermektedir. Hostilite, kalp kasına zarar vererek, ölüme neden olabilecek düzensiz kalp atışlarına neden olabilmektedir (Mostofsky vd 2014).

Bir meta analiz çalışması sonucuna göre öfke ve hostalite KAH'nın artmasına sebep olmakta ve aynı zamanda hastalığın prognozunu kötüleştirmektedir (Chida vd 2009). Bir başka çalışmada ise hostilite ve öfke ifade biçiminin akut MI ile ilişkisi incelenmiş, akut MI tanısı almış orta yaş grubu erkeklerin sağlıklı gruba kıyasla daha yüksek hostilite puanına sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonunda öfke kontrolüne

yönelik stratejilerin orta yaş grubundaki erkeklerde akut MI riskini azaltabileceği rapor edilmiştir (Uysal 2016).

2.3.2.12. Kişilik yapısı

Bireyin günlük hayatta karşılaştığı olaylarda tutum ve davranışları üzerinde sürekli bir etkiye sahip olan kişilik yapısı, çevresiyle olan ilişkileri, fiziksel ve ruhsal sağlığı, meslek seçimi, siyasi düşüncesi gibi birçok etkenle de ilişkilidir (Schiffer vd 2007). KVH'nın oluşumu ve klinik ilerlemesi, kişilik faktörleri de dahil olmak üzere çeşitli psikolojik değişkenlerle ilişkilidir. 1960'lardan bu yana, birçok çalışmada kişilik tiplerine odaklanılmıştır.

Tip A ve Tip D, KVH'nın gelişimi üzerinde etkisi en çok incelenen kişilik yapılarıdır (Rosenman vd 1964, Denollet J vd 1996, Albus 2010).

Tip A kişilik yapısı, KAH için önemli bir risk faktörü olduğunu ifade eden Friedman ve Rosenman tarafından 1950'lerde tanımlanmıştır (Rosenman vd 1967). Rosenman ve arkadaşlarının belirttiğine göre, Western Collaborative Group çalışmasında A tipi davranışın KAH na neden olan güçlü bir bağımsız değişken olduğu (Rosenman vd 1976) görülmektedir. Ayrıca Haynes ve arkadaşları tarafından Framingham çalışmasında A tipi davranış ile yaş arasında ilişki olduğu ve koroner aterosklerozu tetiklediği belirtilmiştir (Haynes vd 1980).A tipi kişilik yapısı, özgüveni eksik, öfkeli, aceleci, aşırı sinirli, negatif duygular besleyerek insanlara güven duymayan kişiliği oluşturmaktadır. KVH üzerinde etkili olan risk faktörleri düzeltilse de Tip A kişilik yapısına sahip bireylerin davranışlarının kardiyak sıkıntılara neden olduğu belirtilmiştir (Sirri 2012).

D tipi kişilik yapısına Denollet tarafından tanımlanmıştır (Denollet 2000). Bu kişilik yapısındaki bireyler, depresif, beceriksiz, endişeli, ümitsiz, sosyal olarak izole kişilerdir. Kendilerine ve çevrelerine karşı olumsuz duygular içinde olan ve kendilerini güvensiz hisseden kişilerdir Tip D kişiliği kardiyovasküler morbidite ile bağımsız olarak ilişkilendirilmiştir (Denollet 2005). Araştırmalarda, D tipi kişiliğe sahip olanların daha fazla kardiyak semptom yaşadıkları ancak semptomlarını (şişmiş bacaklar, nefes darlığı vb.) bildirme durumlarının daha düşük olduğu ve sağlık hizmetlerine ulaşmada geç kalma eğilimleri bildirilmiştir. Sosyal engelleme eğilimleri nedeniyle hastalık şiddetinde ve kardiyak mortalitede artış olmasıyla beraber sağlık durumunun bozulduğu, daha fazla depresif belirtilere sahip oldukları bildirilmiştir. D tipi kişilik hem ölümcül hem de ölümcül olmayan (kardiyak dışı göğüs ağrısı) belirtilerle ilişkilendirilmiştir (Schiffer vd 2007, Schiffer vd 2010, Campbell vd 2017).

Saeed ve arkadaşları (2011) çalışmalarında, sağlıklı insanlar ile kalp hastaları arasında D tipi kişiliğin yaşam kalitesi ile ilişkisini incelemiştir. MI geçiren grubun

%71,0'ında, sağlıklı bireylerin ise %31,0'ında, D tipi kişilik özelliği belirlenmiştir. MI geçiren hastalarında D tipi kişiliğin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve sosyal engellenme bileşeninin olumsuz duygulanımdan daha büyük bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Manoj ve arkadaşlarının (2020) Hindistan'da yaptığı bir vaka kontrol çalışmasında, MI hastalarının %50.7'sinde kontrol grubunun %33.3'ünde tip D kişilik özellikleri saptanmış, D tipi kişilik ve MI arasında pozitif bir ilişki olduğu vurgulanmıştır.

Avrupa Kardiyovasküler Önleme kılavuzunda 2012 yılından beri D tipi kişilik bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. D tipi kişilik ve KVH'nın uzun süreli izleminde, tedaviye uyum, yaşam tarzı değişikliği ve hastalık sonrası kardiyak rehabilitasyonu gibi yaklaşımlar önemli rol oynamaktadır (EACPR 2016).

2.3.2.13. Çocukluk dönemi obezitesi

Obezite, çocukluktan başlayarak erişkinlik döneminde de devam eden, yaşam kalitesini etkileyerek fiziksel ve psikolojik sonuçlara neden olan, BOH hızlarını arttıran ciddi sağlık sorunlarından biridir (Whiting 2008, WHO Obesity 2013). Çocukluk çağı obezitesinin oluşmasında biyolojik, çevresel ve davranışsal birçok etken olduğu gibi çocukların yağ ve şeker bakımından yüksek enerjili gıda alımının artması ile oluşan sağlıksız beslenme, şehirleşmenin getirdiği değişen ulaşım türleri ve fiziksel harekette yetersizlik riski artırmaktadır (WHO 2020).

Yüksek gelirli ülkelerde fazla kilo ve obezite problem olarak kabul edilerek, günümüzde özellikle kentsel bölgelerde olmak üzere düşük ve orta gelirli ülkelerde artmaktadır. DSÖ verilerine göre 5 yaşın altındaki 38,3 milyon çocuk fazla kilolu veya obezdir. Aşırı kilolu olan çocuk sayısı son yirmi yılda 8 milyon artış göstermiştir (UNICEF / WHO 2020). Türkiye Çocukluk Çağı Obezite Araştırması sonuçlarına göre, ilkokul ikinci sınıf çocukların %9,9'u, cinsiyete göre erkeklerin %11,3'ü, kızların ise %8,5'i obezdir. Obezite yüzdesi Ege Bölgesinde en yüksek, Güneydoğu Anadolu'da en düşüktür (COSI-TUR 2016). Ülkemizde 2016 yılında %19,6 olan 15 yaş ve üzeri obez birey oranı 2019 yılında %21,1 olmuştur (TÜİK 2019).

Çocukluk dönemi obezite artışı aynı zamanda önemli bir halk sağlığı sorunudur. Vücut yağ oranının artması, ateroskleroz oluşumunu tetiklemekte ve kan basıncını yükselterek KVH gelişme riskini artırmaktadır. Obez çocukların ya da çocukluk döneminde obez olan yetişkinlerin bu durumu kontrol altına alamaması durumunda KVH a sahip olması arasında bir nedensellik oluşmaktadır (Hannah Mc Gee 2010).

Mangner ve arkadaşları (2014) çalışmasında, çocukluk çağı obezitesinin miyokardiyal geometri ve fonksiyondaki önemli değişikliklerle ilişkili olduğunu ve

miyokartta potansiyel olarak olumsuz değişikliklerin erken başlangıcına işaret ettiğini saptamıştır. Çocukluk çağı obezitesinin yetişkin KVH risk faktörleri üzerindeki etkisini inceleyen bir meta analiz değerlendirmesinde, çocukluk çağı obezitesinin yetişkin KVH için bir risk faktörü olabileceği vurgulamaktadır.

İnsülin direnci, HT, dislipidemi gibi metabolik sendrom bileşenlerinin, obez çocuklarda normal çocuklara göre daha sık görüldüğü çalışmalarında belirtilmektedir. Obezite önlenme uygulamalarına prenatal dönemden itibaren başlanması ve yaşam döngüsü boyunca sürdürülmesi gereklidir (Güler ve Akın 2015, Öztekin 2020).

Obezitenin çocukluk çağında önlenmesi, yetişkinlikte oluşabilecek ciddi ikincil komplikasyonların gelişmesini engeller (U.S. HHS 2020).

2.3.2.14. Düşük doğum ağırlığı

Kadınlarda gebelik yaşının çok erken ya da geç olması, çoklu gebelikler, kronik hastalıklar, enfeksiyonlar, beslenme durumu ve çevresel etmenlerle birlikte gebenin alışkanlıkları (tütün, uyuşturucu kullanımı) düşük doğum ağırlığına (2500gr altı) neden olmaktadır (The Lancet Global Health, UNICEF, WHO 2019). Fetal gelişimin kritik erken dönemlerinde ortaya çıkan birçok çevresel faktör bebeğin organ yapısını ve işlevini kalıcı olarak değiştirerek, hayatının geri kalanında da sorunlara neden olduğu gösterilmiştir (Martin-Estal vd 2016). Düşük doğum ağırlığı sadece neonatal ve bebek mortalitesi riskleriyle ilişkili olmamakla birlikte aynı zamanda erişkinlikte metabolik hastalıkları ortaya çıkararak diyabet, KVH ve böbrek hastalığı insidansına da yol açmaktadır (Buhl vd 2018).

Dünyada düşük doğum ağırlığıyla doğan bebek sayısı 2015 yılında 20 milyondur ve her yedi doğumdan yaklaşık biri düşük doğum ağırlıklıdır. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin yaklaşık dörtte üçü Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'dadır (The Lancet Global Health, UNICEF, WHO 2019).

Yapılan bir çalışmada, doğum ağırlıkları 2,5 kg'dan az olan kız bebeklerin %7,2'sinin anlamlı derecede HT'u olduğu belirlenmiştir (Mori vd 2011). Başka bir çalışmada ise düşük doğum ağırlıklı doğan kadınların HT prevalansı normal ağırlıkta doğanlar ile karşılaştırıldığında 60 yaşına kadar arttığı, fetal yaşam sırasındaki olumsuz etkilerin daha sonraki yaşamda KVH riskini artırdığını göstermektedir (Davis vd 2017).

2.3.2.15. Küreselleşme ve kentleşme

Küreselleşme, dünyanın farklı bölgelerinde yaşayan insan, toplum ve ülkeler arasındaki kurulan karşılıklı etkileşimin giderek artmasıdır. Bu artan etkileşim kalkınmayı ve nüfus sağlığını olumlu ve olumsuz etkileyebilmektedir (WHO 2016).

Kentleşme, sağlık üzerinde önemli etkileri olan ve 21. yüzyılın önde gelen problemlerinden biridir. Değişen yaşam tarzları, yaşlanan nüfus, küreselleşme, zayıf sağlık sistemleri, kronik hastalık riski, morbidite ve mortalitede rol oynamaktadır (WHO United Nations Conference, 2016). Kentleşme, KVH üzerindeki etkisi açısından nüfusun yaşlanmasından sonra dünya çapında devam eden en güçlü ikinci demografik değişim olarak ele alınmaktadır (UNFPA 2007).

DSÖ'ne göre şehirlerde yaşayan, 4,2 milyar insan günümüzde yetersiz barınma ve ulaşım, aktif yaşam için gereken alan yetersizliği (yürüme, bisiklet binme), hijyen eksikliği ve çevresel sorunlar (hava, su, toprak kirliliği ve gürültü gibi) yaşamaktadır. Kentleşmedeki bu sorunlar HIV/AIDS, tüberküloz, zatürre ve ishal gibi bulaşıcı hastalıkları; kalp hastalığı, kanserler, diyabet, felç, solunum hastalıkları, depresyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkları, şiddet, yaralanma ve trafik kazaları gibi sağlık yüklerini ortaya çıkarmaktadır (WHO United Nations Conference, 2016). Küreselleşme ve plansız kentleşmenin getirdiği olumsuz koşullar KVH risk faktörlerine maruz kalma olasılığını artırır (UNDESA 2008, T.C. SB Sağlık Araştırma Genel Müd. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013).

Çin'de gelişmiş yaşam standartları sonrası yaşam süresinin uzun olmasına bağlı olarak yaşanan hızlı kır-kent göçünün KVH risk faktörlerinde artışına neden olduğu belirlenmiştir (Adamo vd 2010). Batı bölgelerinde küreselleşmenin artmasıyla birlikte hayvansal ve katı yağların tüketimindeki artış kolesterol yüksekliğine neden olduğu için KVH risk faktörü olarak belirlenmiştir (Vorster vd 2002). Kentsel planlamanın kalp sağlığı üzerindeki etkisi düşünülerek KVH risklerini ele almak, bireyin ve toplumun sağlığını korumak açısından önemlidir (WHO 2016).

2.3.2.16. Uyku bozuklukları

Beynin otonom sinir sistemi aktivitesi, uykudan uyanma durumu ve uyku evrelerine göre değişir. Otonom sinir sistemi aktivitesi, hormon seviyeleri ve metabolizmasındaki değişiklikler, kan basıncını, kalp hızını, insülin duyarlılığını ve KVH'ı etkiler. Uyku, beyin ve vücut için onarıcı bir işlev gören fizyolojik ve psikolojik dayanıklılık kaynağıdır (Sanna 2013).

Genetik ve bireysel faktörlerden kaynaklı olarak uyku saati değişebilmektedir. Uyku miktarı veya kalitesinde bir eksiklik sonucu oluşan uyku eksikliği, otonom sinir sistemi üzerinde zararlı etkilere sahip olmakla birlikte kardiyovasküler sistem için de bir stresördür (Uyku Boz. Araş. Planı 2011).

Prospektif çalışmalar kısa uyku süresini (≤ 6 saat) hipertansiyon ve koroner arter kalsifikasyonu ile ilişkilendirmiştir (King vd 2008).

Uzun uyku da (>9 saat), KVH'ı bağımsız olarak etkileyebilecek aşırı hareketsiz davranış ile de ilişkilidir (Grandner vd 2010). Ayrıca gece vardiyasında beş yıl boyunca dönüşümlü çalışan hemşirelerin, gece vardiyasında hiç çalışmayan hemşirelere kıyasla KVH mortalitesinin önemli ölçüde arttığı belirtilmiştir (Fangyi vd 2015).

2.3.2.17. Tedaviye kötü uyum/uyumsuzluk

KVH'da temel amaç morbitide ve mortaliteyi en aza indirmek, bireyin yaşam kalitesini yükseltmek, riskin farkına varılarak komplikasyonları önlemek ve bireylerin tedaviye uyumunu sağlamaktır. Bireylerin tedaviye uyumu, kalp hastalıklarının seyrini etkiler. Tedaviye uyum sağlamada psikososyal olarak, depresyon, anksiyete ve sosyal istekler gibi duygusal faktörlerin yönetimi etkilidir (Courts 2000). İlaç kullanımına uyum ve etkileyen faktörler belirlendiğinde hastaların uyumunu artıracak stratejiler ortaya koyulabilir. Bu stratejiler hastaneye yatış tekrarlarını, morbitide, mortalite ve sağlık harcamalarını azaltmada önemlidir (Avcı vd 2020).

Yapılan çalışmalar hastaların ilaç kullanma uyumlarının yeterli olmadığını göstermektedir. Avcı ve arkadaşları (2020) KVH olan hastaların yarısının ilaç uyumu düşük bulmuştur ve hastaların büyük çoğunluğu neden ilaç kullandığını, yan etkilerini bilmemektedir. KAH'lı bireylerde ilaç uyumu ile hastalık bilgisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve hastaları eğitmenin ilaç uyum davranışını değiştirip değiştirmediğini araştırmak amacıyla yapılan çalışmada KAH'sı olan bilgili hastaların tedaviye uyumu yüksek bulunurken, birçok hastanın ilaçla ilgili bilgi almakta güçlük çektiği için eğitime daha fazla ihtiyaç olduğuna değinilmiştir (Zhao vd 2015).

2.3.2.18. Çocukluk döneminde pasif içici olarak sigaraya maruz kalma

Tütün kullanımı ve pasif içiciliğe maruz kalmak damarlarda vazokonstriksiyon, pıhtı oluşumu ve oksijen azlığına neden olarak KAH, felç ve PAH gelişimi için önemli risk faktörleridir (U.S.HHS 2015). Tütün kullanımı, HT'dan sonra KVH'ın ikinci önde gelen nedenidir ve tüm kalp hastalığı ölümlerinin yaklaşık %17,0'ından sorumludur. Kalp sağlığı için zararlı olan sigaranın, hastalık ve ölümleri azaltmaya yönelik çözümleri olsa

da, birçok insan sigaranın KVH'ı tetikleyen bir risk olduğunu yeterli düzeyde bilmemektedir (WHO World No Tobacco Day 2018). 2017'de pasif içiciliğe maruz kalan 382.000 kişi KVH nedeniyle yaşamını kaybetmiştir (Global Health Metrics 2018).

Çocukların birçoğu sürekli olarak sigara dumanlı havayı solumaktadır. Çocuklar, ev ile sosyal çevre üzerinde çok az kontrole sahip oldukları için özellikle savunmasızdır ve pasif içiciliğe maruz kalmayı kendi iradeleri ile önleme anlayışından, aracılığından, becerisinden yoksunlardır. Çocukluk döneminde pasif içiciliğe maruz kalma arteriyel işlev ve yapı için zarar vermekte ve erken ateroskleroz oluşumuna ile beraber kardiyovasküler sonuçlara yol açmaktadır (Raghuveer 2016).

Kallio ve arkadaşlarının (2007) randomize kontrollü çalışmasında, çocukluk döneminde pasif içiciliğe maruz kalmanın vasküler endotel disfonksiyona, ateroskleroz ilerlemesine ve KVH oranlarında etkili olduğu belirlenmiştir.

West ve arkadaşlarının (2015) izlem çalışmasında bir veya her iki ebeveyni sigara içen çocukların yetişkinlik dönemlerinde karotis plağı gelişme riskini artırdığı, sigara dumanına uzun süre maruz kalan çocukların, erken KAH gelişimi için yüksek risk altında olduğu bulunmuştur (West vd 2015).

2.3.2.19. COVID 19

Kardiyovasküler sistemi (KVS) doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilen koronavirüs hastalığı (COVID 19), bireylerde özellikle akciğerlerde tutulum yaparak solunum yollarını deprese eden bulaşıcı bir hastalıktır. Miyokart ve birçok hücrede doğrudan sitotoksik etkiye neden olan virüs, enflamasyon sonucunda pıhtılaşma eğilimini artırarak dolaylı olarak KVS'i etkileyebilmektedir. Bu enfeksiyon mekanizması sonucunda bireyde kalp krizi, miyokartta hasar oluşumu, miyokardit, kalp yetmezliği, venöz tromboemboli ve ritim bozukluğu riski artmaktadır (Madjid vd 2020).

COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçlar çeşitli kardiyovasküler yan etkilere sahiptir. Sağlık çalışanları, virüsün yayılmasında taşıyıcı olabilmektedirler (Driggin vd 2020). Metabolik hastalıkların COVID-19 üzerindeki yaygınlığı ve etkisini inceleyen bir meta-analizde, HT, KVH-SVH ve diyabet sıklığı sırasıyla %17,1, %16,4, %9,7 olarak bulunmuştur (Li vd 2020). KVH olan bireylerin yoğun bakım ihtiyacı, olmayanlara göre daha fazladır. Bir kohort araştırmasına göre; Covid hastalarının yaklaşık yarısında (%46,4) HT, DM ve KVH en çok görülen kronik hastalıklardır (Wang vd 2020).

Dünya çapında mortalite oranının en yüksek olduğu İtalya'da COVID-19 nedeni hayatını kaybeden hastaların altta yatan hastalıklarına ait veriler incelendiğinde; HT (%73,8), DM (%33,9), KAH (%30,1), atriyal fibrilasyon (%22,0), kronik böbrek yetmezliği (%20,2), kanser (%19,5) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) (%13,7) başlıca

hastalıklar olarak bildirilmiş ve kardiyometabolik hastalıklar genç yaş COVID-19 ölümlerinde bir etken olarak bulunmuştur (Palmieri vd 2020). Tüm bu çalışmalar ve yapılan klinik gözlemler Covid 19 virüsünün KVH için dolaylı ya da doğrudan risk oluşturduğunu morbidite ve mortaliteyi artırdığını göstermektedir.

2.4. Bilgi Gereksinimi

Birey, toplumsal bir varlık olmakla beraber yaşamını devam ettirirken, günlük hayatında farklı problemlerle karşılaşabilmektedir. Mevcut olan problemi algılayıp, karar verme ve baş etme sürecinde bilgiye ihtiyaç duymaktadır.

Itoga (1992) bilginin her kişide farklı algılanarak yorumlanabileceğini ve bireyin yaşadığı sosyal, kültürel, iş çevresine göre bilgi gereksiniminin değişebileceğini belirtmiştir. Bazı bireyler sorunun getirdiği belirsizliği reddederken, bazıları ise belirsizliği çözebilmek için bilgiye ihtiyacı olduğunu kabullenmektedir (Rohde 1986, Uçak 1997). Kişi karşılaştığı sorunda bilgisi yetersiz kalarak baş edemezse bilgi arama davranışı göstermektedir. Bilgi arama davranışı, bireye özgü olmakla birlikte, bilişsel, dinamik bir süreçtir. Bu süreçte bireyin kişisel ve çevresel faktörlerinden, bilginin ulaşımına kadar birçok etken rol oynamaktadır (Rouse ve Rouse 1984). Marchionini (1995) bilgi edinme davranışını, bireyin süregelen hayatının doğal ve gerekli bir parçası olarak ele alırken, Wilson (2000) ihtiyacını karşılayabilmek için sonuca odaklanmış araştırma şeklinde tanımlamaktadır. Birey, bilgi arama davranışı sırasında yazılı kaynaklar, medya iletişim araçları, kişinin sosyal çevresi ve profesyoneller gibi birçok bilgi kaynağından yararlanabilmektedir (Yusuf 2012).

2.4.1. KVH tanısı alan bireylerde bilgi gereksinimi

Günümüzde artan dolaşım sistemi kaynaklı hastalık ve ölümler tanı alan bireylerde endişeye neden olmaktadır. KVH'lar önlenemediği halde, sigara kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme davranışları gibi risk faktörlerinden dolayı birçok ülkede yaygınlığı artmaktadır (WHO 2013).

Hızlı küreselleşme, kentleşme, nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıklardaki artış modern sağlık sistemine zorluklar getirmekte ve bu durumla başa çıkabilmek için bireyin yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (Horton 2015). Bireylerin kalp hastalığı semptomlarını saptayıp harekete geçebilecekleri önemli bir zaman dilimi vardır. Yeni tanı konmuş kalp hastalarının hastaneye yatıştan kaçınmak için bu semptomları tanıması ve yanıt vermesi için desteğe ihtiyacı bulunmaktadır (Gallagher vd 2012).

Hastaların bilgi gereksinimi, zamanla ve hastalığın ilerlemesiyle değişen dinamik bir kavram olmakla beraber hastaların maneviyat ve kültürel geleneklerine göre değişmektedir. Araştırmaya göre, hastanede yatan hastaların temel ihtiyaçlarının, güven, iletişim, bilgi, eğitim, öz bakım ve destek olduğu belirtilmektedir. Tedavi gören hastaların ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi veya değerlendirilmemesi, hastalığın sonucu üzerinde olumsuz bir etki yaratarak, her ülkede sağlık sistemine maddi zorluklar yaşatabilmektedir (Polikandrioti vd 2011).

Bir derlemeye göre, KVH mortalitesi batı ülkelerinde son on yılda kademeli olarak azalmasına rağmen, bu durum hala 35 yaşından büyük kişilerde tüm ölümlerin yaklaşık üçte birine neden olmaktadır. Bu kanıt, gelişmekte olan ülkelerde KVH kaynaklı ölüm oranının artmaya devam etmesinin beklendiği gerçeğiyle birlikte, dünya çapında etkili birincil önleme yaklaşımlarının uygulanmasına ve risk gruplarının belirlenmesine duyulan ihtiyacı göstermektedir (Fabian vd 2016).

Son yıllarda KAH olan hastalara bilgi sağlamak, sağlık profesyonelleri tarafından büyük ilgi görmektedir. 1997-2011 yıllarını kapsayan araştırma literatürüne göre hastaların hastalıkları, bakımı, komplikasyonları, günlük faaliyetleri ve ekonomik konular hakkında bilgiye ihtiyaç duydukları sonucuna varılmıştır. Yeterli bilginin sağlanmasından; hastanın demografik özellikleri, klinik tablosu, bilginin kaynağı, hastaların günlük yaşamdaki sorunlarının ele alınması, psikolojik sıkıntıları, sağlık profesyonellerinin hastaların sağlıkları hakkında ne bilmeleri gerektiğine dair algıları, hasta ile etkili iletişim gibi birçok faktör sorumludur. Hastaların öğrenme ihtiyaçlarının ve öğrenmeye hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesini içeren bilgiler, hemşirelik sürecindeki anahtar müdahalelerden biridir. Hastanede yatış ve takip klinik ziyaretleri sırasında kişiselleştirilmiş kardiyak bilgi müdahalelerinin geliştirilmesi hayati öneme sahip bir konudur (Polikandrioti vd 2013). Hastaların bilgi ihtiyaçlarının ve bilgi kaynakları tercihinin belirlenerek karşılanması, hasta odaklı hizmetlerin geliştirilmesi çok önemlidir. Araştırmalara göre, KVH olan hastalara gerekli bilginin sağlanması sonucunda davranış değişikliklerinin meydana gelerek tıbbi tedaviye daha iyi uyum sağladıkları ve hastalık üzerinde gelişmiş kontrol algısı oluştuğu bulunmuştur (Greco vd 2016).

Kalp hastası olan bireyler hastalık seyri boyunca sağlık profesyonellerinden yeteri kadar bilgi almayabilir. Günümüzde teknolojinin hızla yayılarak kolay erişilebilir olduğu göz önüne alındığında kalp hastaları edinmek istediği bilgiye internetten ulaşabilmektedir. Ancak bu bilgilerin hasta için önemi, bilgilerin kalitesi ve sağlık okuryazarlığı talebi bilinmemektedir. Yapılan bir araştırmaya göre, internet sitelerinin yalnızca beşte biri iyi ve kaliteli olarak derecelendirilmiştir. Bu durum kişiyi yanlış bilgiye yönlendirmektedir (Kyoung Suk Lee vd 2021).

Kalp hastalarının bilgi ihtiyaçlarını, sağlık profesyonellerinin bakış açısı ile ele alan bir araştırmada, hastaların öğrenmesi için gerekli olarak tanımlanan bilgiler arasında risk faktörleri, semptom yönetimi, prognoz, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliği yer almıştır. Sağlık profesyonelleri tarafından belirlenen bu ihtiyaçlar sağlık eğitimine dâhil edilmelidir (Yu vd 2016).

Literatürde ulaşılan Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi'ni (KARRİF-BD) ölçmede kullanılan ölçekler Tablo 2.1'de gösterilmiştir.

Tablo 2.1 Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyini Ölçmede Kullanılan Ölçekler

Ölçeğin Adı	Ölçeği Geliştiren Yazar	Yılı	Türkçeye çeviren yazar
Kalp Hastalığı Risk Faktörü Bilgisi	Wagner ve arkadaşları	2005	---
Kalp Hastalığı Bilgi Anketi	Bergman ve arkadaşları	2011	---
Eylem Öz Yeterliliği ve Başa Çıkma Öz Yeterliliği	Schwarzer ve Renner	2000	---
Bilgi ve Farkındalık Anketi	RL Bush ve arkadaşları	2008	---

2.5. Hastalık Algısı

Hastalık durumu, süresi belli olmaksızın, bireyin uyumunun bozulduğu, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden zorlanmasına sebep olan ve tepki verdiği bir kriz sürecidir (Ciddi 2010; Millî Eğitim Bakanlığı 2013).

Hastalık sürecinde birey, bilgileri, ihtiyaçları, tecrübeleri, inanışları dâhilinde hastalığını yorumlayarak anlamaya çalışmaktadır (Kepenek 2014, Uysal vd 2013). Hastalık algısı (HA), hem hastaların hem de sağlıklı bireylerin mevcut olan hastalık hakkında sahip oldukları bilişsel temsiller veya inançlardır. Bu temsiller, Leventhal ve arkadaşlarının, hastalık algılarının farklı fakat birbiriyle ilişkili bileşenlerde gruplandığı, hastaların hastalıklarını aktif şekilde anlamaya çalışırken bu dinamik sürecin sorunlarıyla baş etme ve duygusal tepkilerini etkilediğini öne sürdüğü kendini denetleme (self regulatory) modeline dayanmaktadır (Difenchach ve Leventhal 1996, Leventhal vd 2003, Leventhal vd 2016). Model, hastaların hastalıkları hakkındaki fikirlerinin beş ana bileşenden oluştuğunu ileri sürmüştür. Nedensel inanışlar; hastalıklarının nedeni hakkındaki düşünceler, hastanın kimliği; hastalığın etiketi, doğası ve ilişkili semptomlar hakkındaki inançlar, zaman çizelgesi; hastalığın akut, döngüsel veya kronik olup

olmadığına ilişkin zaman süreciyle ilgili algılar, tedavi kontrol ile ilgili inanışlar; durumlarının tedavi veya kontrol için uygun olduğuna inandıkları derece, sonuçlar; hastalığın işlevselliği, kişisel yaşamı, ailesi, sosyal ilişkileri ve mali durumu üzerindeki algılanan etkisidir (Leventhal ve Deifenbach 1991).

Bu bileşenler bilişsel veya duygusal hastalık temsilleri olarak sınıflandırılmıştır (Broadbent vd 2006). Modelin iki yönü dikkate alınmalıdır. İlk olarak, kültür, mevcut tedaviler ve sağlık bilgilerine erişim gibi unsurlar ülkeler arasında değişkenlik gösterdiğinden, belirli hastalıklara ilişkin algılarda da farklılık meydana gelmektedir (Bean vd 2007). İkincisi, hastanın hastalık algısıyla başa çıkma stratejileri de kişisel davranışların sonuçlarına göre değişebilen yinelemeli bir süreçtir (Leventhal vd 2003). Hastalıklar kişilere göre bazen mücadele edebileceği durum bazense tehdit olarak algılanmaktadır. Mücadele eden hastalar baş etmede daha güçlüyken kaybedilen sağlığı kazanmak için konuyla ilgili bilgidense, yaşam tarzında değişiklik yaparak davranışlarda uyum gösterir. Tehdit olarak algılandığında ise, korku ve kaygı bozukluğu oluşmakta bireyin yaşamı ile beraber tedavi sürecini de olumsuz etkilemektedir (Kepenek 2014). Hastalığın algısı ve sonucunun doğrusal olduğu bu dinamik süreçte içsel kontrol algısı yüksek kişilerde hastalığın süreci daha iyi olmaktadır.

Hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılayıp, psikolojik olarak kaygıdan uzak durarak pozitif algı geliştirmeleri gerekmektedir (Uysal vd 2013). Hastada bu algılar, sağlık çalışanları, medya, aile, arkadaşlar ve farklı kaynaklardan aldığı bilgiler yoluyla gelişmekle birlikte sadece tedavi eden klinisyenin değil, aynı tanıya sahip diğer hastaların algılarından da farklılık gösterebilmektedir (Petrie ve Weinman 2006). Özellikle fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylerde tedaviye uyum ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (Hagger ve Orbell 2003, Lobban vd 2003 , Petrie vd 2007, Broadbent vd 2008).

Hastalara uygun tedavi planı hazırlanırken hastanın, HA ve yaşam kalitesindeki değişiklikler göz önünde bulundurulmalıdır (Kaptein vd 2008). Hastalık algısının sorgulanması, kişinin tedaviye uyum sağlayarak hastanede yatış süresinin azalmasını ve hastalığı kontrol edebileceğine inanması doğrultusunda da doğru yaşam tarzı değişiklikleri ile yaşam kalitesinin artırılması sağlayacaktır (Bağçivan vd 2018, Yorulmaz vd 2013).

2.5.1. Kronik hastalıklarda hastalık algısı

Dünyada ve ülkemizde yaşam koşullarının değişmesi ve nüfusun yaşlanmasıyla beraber kronik hastalıkların görülme sıklığı ve prevalansı artmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) her yıl ölen 41 milyon insan, dünyadaki tüm ölümlerin %71,0'ını

oluşturmaktadır. Ölümlerin yılda 17,9 milyonu KVH, 9,3 milyonu kanserler, 4,1 milyonu solunum yolu hastalıkları ve 1,5 milyonu DM meydana gelmektedir (WHO,2021).

Kronik hastalıklar (KVH, kanserler, kronik solunumsal hastalıklar, DM, HT, vd.) birçok nedene bağlı olarak gelişebilen, hastaların yaşamları üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik açıdan olumsuz etkilere sahip, düzenli tıbbi tedavi gerektiren, uzun süreli hastalıklardır. Bu olumsuz etkinin nedeni, insanların hastalığı çaresizlik ve belirsizliğe neden olan ciddi bir hastalık olarak algılamalarıdır (Petrie vd 2007, Howard vd 2009).

Kronik hastalıklar, hastalığın kendisine, bireyin hastalığı nasıl algıladığına ve neden olduğu sorunlara bağlı olarak denge ve uyumu etkilemektedir. HA kavramı son yıllarda önem kazanarak, kronik hastalıkların anlaşılmasında ve yönetilmesinde önemli bir faktör haline gelmiştir (Armay vd 2007, Kocaman vd 2007, Norfazilah vd 2013). Bu hastaları yönetirken ırk, aile öyküsü ve anksiyete gibi psikolojik faktörler ve sosyo-demografik özelliklerin dikkate alınması gerekmektedir.

Hastalık süreci, bir kişinin hastalığı nasıl algıladığı ve kişinin kazandığı hastalıkla ilgili deneyimler ile karakterize edilir, bu nedenle HA ve mevcut semptomların anlamı hastadan hastaya değişmektedir (Acehan 2010, Howard vd 2009).

Kronik hastalığı olan bireyler için tıbbi tedavide başarılı girişimlerde bulunulmasına rağmen öncelikle hastanın hastalığı doğru algılayarak kabullenmesi gerekmektedir (Barlow vd 2002). Bu algı, her kişinin geliştirdiği inançlar, yorumlar, duygusal ve davranışsal tepkilerden oluşmakta ve kişinin yaşam kalitesini belirleyen bir faktör olarak tanımlanmaktadır (Uysal vd 2013).

Farmakolojik müdahaleye ek olarak, sağlık profesyonelleri hastalıktan daha iyi bir sonuç elde etmek için hastalık algısını iyileştirmeye daha fazla önem vermelidir (Norfazilah vd 2013). Sağlıkla ilgili psikolojik araştırmalara göre, kronik hastalığı olan bireylerin hastalık şiddeti gibi tıbbi faktörlerden ziyade, hastaların hastalıklarıyla başa çıkmak için benimsedikleri strateji ve sosyal destek faktörleri önemli rol oynamaktadır (De Ridder vd 2001). Tıbbi belirtiler ve fiziksel bir hastalığın teşhisine ek olarak, bir kişinin hastalık algısı, hastalığın sadece tıbbi ve psikolojik süreçlerini değil, sonuçlarını da etkileyecektir (Kocaman vd 2007, Polat vd 2012).

Fonksiyonel olarak engelliliğe yol açan bazı kronik hastalıklar (KVH, kanser veya osteoartrit) ağrı, yorgunluk ve günlük yaşamın olağan aktivitelerini yapamama, kişinin aile, iş ve sosyal yaşamdaki rollerini yerine getirmesini engelleyerek depresyon, kontrol kaybı ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Heckhausen vd 2010). Bu nedenle hastalığın nasıl algılandığının ve hastalık algısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, yaşanan sorunlara uygun müdahalelerin planlanması açısından önemlidir (Karabulutlu vd 2011).

Tablo 2.2 Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlik Güvenirliğinin Yapıldığı Çalışmalar

Ölçeğin Adı	Geliştiren yazarlar	Yayın Yılı	Türkçe geçerlilik -güvenirliği
Hastalık Algı Anketi	Weinmann ve ark.	1996/İngiltere	-----
Revize Edilmiş Hastalık Algı Anketi	Moss-Morris ark.	2002/Yeni Zelanda	Kocaman ve ark. (2007)

Hastalık algısı ölçeğine (HAÖ) ilişkin Weinmann ve arkadaşları tarafından (1996) geliştirilen HAÖ (Weinman vd 1996), kanser, KH, KOAH, RA, DM gibi birçok hastalık için kullanılmıştır (Kocaman vd 2007).

Moss-Morris ve arkadaşları tarafından ölçek 2002 yılında revize edilmiştir (Moss-Morris vd 2002). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği, Kocaman ve arkadaşları tarafından (2007) kanser hastalarında yapılmıştır. Orjinali versiyonu İngilizce olan ölçek, Yunanca, Portekizce, Almanca, Norveççe ve İtalyanca dillerine de uyarlanmıştır (Kocaman vd 2007).

Efendim ve arkadaşı tarafından akut MI geçirenlerin, HA ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, HA anketi-revize edilmiş alt boyutlarının MI boyutsal değerlendirme ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puan ortalamaları ile pozitif, anlamlı bir ilişkisi olduğu görülmüştür. Hastaların bazı semptomlarının hastalıklarıyla ilgili olduğunu düşündükleri, hastalığı anlama düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Efendim vd 2022).

Kalp yetmezliğine sahip hastaların HA ve bakıma ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, kronik hastalıklarda bakımı değerlendirme ölçeği ile HA ölçeği arasında tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (Tekin vd 2018). Öksüz tarafından (2018) MI geçiren hastalarda risk faktörleri bilgi düzeyi ve HA'nın değerlendirildiği çalışmada ise, hastaların risk faktörleri bilgi düzeyi ile tedavi kontrolü hastalık algısı düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuş, bilgi düzeyi arttıkça tedavi kontrol algısının da arttığı saptanmıştır (Öksüz 2018).

2.5.2. Kardiyovasküler Hastalığa Sahip Bireylerin Risk Faktörleri ve Hastalık Algısında Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Dünya çapında KVH, ölümlerin önde gelen nedenidir. 2016 yılında 17,9 milyon kişinin KVH'dan öldüğü ve tüm küresel ölümlerin %31,0'ını oluşturduğu bildirilmiştir

(WHO 2020). KVH vakalarının %70,0'ından fazlası değiştirilebilir risk faktörlerinden kaynaklanmaktadır (Yusuf vd 2020). Kardiyovasküler riski azaltmak için yaşam tarzı değişikliğinin önemini destekleyen kanıtlara rağmen, birey risk azaltıcı davranışları başlatmada ve sürdürmede başarısız olabilmektedir (Moore vd 2010). Bu başarısızlığın birçok nedeni olmakla birlikte, hastalık riskini yüksek olarak algılayan kişilerin, KV risklerini azaltan davranışlarda bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğu ancak bireysel hastalık ve risk algısını hafife alanların, riski önleyen davranışlarda bulunma olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir (Blokstra vd 2012, Brewer vd 2007, Claassen vd 2010, Katapodi vd 2009).

Hastalık algısı, bireysel kardiyovasküler sağlık davranışı ile ilgili bir faktör olarak tanımlanmış ve (Vilchinsky vd 2013) kalp hastalığı algısının kadın (Hammond vd 2007), genç (Green vd 2003) ve yetersiz hizmet alan bireyler (Homko vd 2008) arasında düşük olduğu, endişeli (Broadbent vd 2006) ve psikolojik olarak sıkıntılı bireylerin (Van Dooren vd 2004) risklerini abarttıkları bildirilmiştir. Doğru bir risk algısı belirlemek, bireylerin kişisel risk faktörleri hakkında iyi bilgi sahibi olmalarını, bu faktörlerin hastalıklarının ilerlemesinde oynadığı rolü anlamalarını ve yaşam tarzlarını değiştirmenin sağlıklarını iyileştirerek gelecekte tekrardan oluşabilecek kardiyak olay riskini nasıl azaltabileceğini sağlayacaktır (Mosca vd 2000). Hastalık algısı sağlıkla ilgili hedeflere uyumlu olan insan davranışları, genellikle hasta tarafından içselleştirilerek motivasyonu artıran ve hastanın sonuçlardan daha fazla sorumlu hissetmesini sağlayarak dikkat etmesi gerektiğini düşündüren bir durumdur (Basu vd 2016). Hastalar ancak yaşam tarzlarında uzun vadeli değişiklikler yaparlarsa ve durumları ile ilgili yanlış inançlarını değiştirirlerse KVH'lara başarılı bir şekilde adapte olabilirler (Gauro vd 2020). Ayrıca hastaların ikincil koruyucu önlemlere uyumu, KKH ilerleme riskini azaltabilir ve iyileşme sürecini hızlandırabilir (Ashour vd 2020). KAH olan hastaların çoğu, hastalığı önlemedeki rolünde yetersiz bilgiye sahiptir ve kendisi risk altına sokmaktadır (Gauro vd 2020).

Nicolai ve arkadaşları, akut miyokard enfarktüsünden sonra değişen yaşam tarzının fiziksel, zihinsel ve sosyal faktörlerden etkilendiğini, bu tür hastaların, yaşam tarzı değişikliğinin avantajlarının yanı sıra hastalıkların nedenleri ve risk faktörleri hakkında daha kişiselleştirilmiş bilgilere ihtiyaç duyduklarını düşünmektedirler. Ayrıca, danışma ve yaşam tarzı eğitimi sırasında sosyal desteğin ve arkadaş ile aile üyelerinin de tedaviye katılımını savunmaktadırlar (Nicolai vd 2018).

Hastaların risk faktörlerini ve KVH algılarını bilmek, klinisyenlere ve sağlık yöneticilerine, değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılması ve KVH önlenmesine ilişkin hasta eğitimini teşvik etmek için halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi ve uygulanması konusunda gerçekçi bilgiler sağlamaktadır. Hastalık algısındaki değişiklikler zamanla arttıkça, hastaların yaşam tarzı ve hastalık riskine ilişkin inançlarını klinik müdahalelerde

fark etmek hemşirelere ve diğer klinisyenlere hastaların yanlış inançlarını düzeltme fırsatı vermektedir (Lerdal vd 2019). Global bir sorun olan KVVH'dan korunma ve tedavi bakımı için multidisipliner ekip çalışması gerekmektedir. DSÖ'ne göre HT, obezite, fiziksel hareketlilik, kolesterol ve sigara tüketimine yönelik önlemler ile KVVH görülme sıklığının %50 azaltılabilir (WHO 2020).

KVVH'ın yönetiminde hemşire, tıbbi tedavi ve bakımın yanı sıra, hastanın yaşı, mesleği, sosyal çevresi, hastalık bilgisi, moral ve motüvasyonu, hastalık algısı ve bakımdaki iş birliği isteğini değerlendirerek plan yapmaktadır. Amaç, hastalığın ilerlemesini yavaşlatarak tekrar etmemesini sağlamaktır (Oğuz 2009). Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık çalışanları, KVVH'ın önlenmesi, risk değerlendirmesi yapılması, erken tanı ve tedavi hizmetlerinden bireylerin yararlanmasının sağlanması konularında çalışmalıdır (Karkoç vd 2017). Hemşireler hastanın bakımının sağlanmasında, eğitim verilmesinde, hasta ve toplum arasında iletişim kurmada, bakımın devamlılığını sağlarken teknolojiyi kullanarak, hastayı desteklemede görevlidir (Üstünova 2013, Furtado vd 2013).

Karabulutlu ve Okanlı tarafından HA ve hastalık süreci arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde tedaviye uyum ve hastalığı ile baş etme yeteneğinin daha başarılı olduğu vurgulanmıştır (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Bundan dolayı, öz bakım ihtiyaçlarında bireyin sorumluluğunu üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem yapılması ve hastanın algısının sorgulanarak bilgilendirilmesi ve risk faktörlerini tanıması hemşirelik girişimi olarak önerilmektedir (Arruda vd 2015).

2.6. Araştırma Hipotezleri

H1: Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin sosyo demografik özellikleri ile risk bilgileri ilişkilidir.

H2: Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin hastalık özellikleri ile risk bilgileri ilişkilidir.

H3: Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin sosyo demografik özellikleri ile hastalık algıları ilişkilidir.

H4: Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin hastalık özellikleri ile hastalık algıları ilişkilidir.

H5: Kardiyovasküler hastalık tanısı alan bireylerin risk bilgileri ve algıları ilişkilidir.

3.GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipde planlanan bu araştırma ile KVH tanısı alan bireylerin risk faktörleri bilgi düzeyleri ve hastalık algılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Pamukkale Üniversitesi (PAÜ) Hastaneleri Kalp Damar Cerrahi (KVC) Servisinde araştırma yürütülmüştür. KVC servisinde KVH tanısı konulmuş preoperatif ve postoperatif hasta takibi yapılmaktadır. KVC servisinde toplam 30 yatak bulunmaktadır. KVH grubunda yer alan tüm hastalık tanısı alan hastalar bakım ve tedavi amaçlı yatmaktadır. Ayrıca KVH nedeni ile pre-op ve post-op hasta takipleri yapılmaktadır. Yatan hasta sayısı çeşitli nedenlerle değişiklik göstermektedir.

Araştırmanın verileri, kurum izinleri alındıktan sonra Şubat 2021- Eylül 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Pandemi nedeni ile hastaların başvurma ve tedavi sayılarında azalma yaşanması nedeni ile veri toplama süreci sekiz ayda tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

PAÜ Hastaneleri KVC Servisinde yatan hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklemin belirlenmesinde; pandemi süreci nedeni ile kayıtlı olan hasta sayısına ve bilgilerine erişim sağlanamadığı ve hastaların sayısı bilinmediği için, evrendeki birey sayısının bilinmediği durumlarda kullanılan örneklem belirleme formülünden yararlanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2019).

Örnekleme büyüklüğü hesaplanmasında; Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması (2013) verilerine göre 18 yaş ve üstünde KKH görülme sıklığı olan %12,7 oranı dikkate alınmıştır (TC. Sağlık Bakanlığı 2015).

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına yapılmak istenen \pm sapma

p:0.127 q:0.873 t:1.96 d:0.05

$n = (t^2 \cdot p \cdot q) \div d^2 \quad \longrightarrow \quad n = (1.96)^2 \cdot (0.127) \cdot (0.873) \div (0.05)^2 = 170$

Örnekleme sayısını belirlemede bir diğer yol olarak güç analizi yapılmıştır. Konu ile ilgili benzer yapılmış çalışmaya ulaşamadığı için, literatürden elde edilen bilgiler ışığında ve varsayılan beklentilere göre G power 3.1.9.4 programı ile güç analizi hesaplanmıştır. İncelenecek değişkenler arasındaki ilişki t testi ile etki büyüklüğünün orta düzeyde ($r=0.5$) olabileceği varsayılarak %95 güven düzeyinde, p değeri 0.05, %90 güç elde edilebilmesi için çalışmaya en az 172 kişi alınması gerektiği hesaplanmıştır. KVH tanısı alan hastalar için minimum örneklem sayısı güç analizi ile 172, formülle 170 hasta olarak belirlenmiş olup, araştırmanın gücünü artırmak amacıyla çalışmaya 200 hasta alınması planlanmış, hasta sayısına ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve gönüllü katılmayı kabul eden hastalar gelişigüzel örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil edilmiştir (Nahcivan 2017).

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişken

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) ve Hastalık Algısı (HAÖ) ölçeği bağımlı değişkenlerdir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Yaş, öğrenim durumu, çalışıp çalışmama durumu, BKİ, çocuk sayısı, sosyal güvence varlığı, medeni durumu, aile yapısı, yaşadığı yer ve gelir düzeyi, KVH varlığı, sürekli ve düzenli ilaç kullanma durumu, kalp hastalığı hakkında bilgi sahibi olma durumu, bilgi kaynağı, düzenli sağlık kontrolüne gitme, akrabasında kalp hastalığı varlığı, sigara, alkol, egzersiz, uyku durumu, Covid geçirme durumu, sağlık algısı, bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5.Araştırmaya Kabul Edilme Kriterleri

- 18 yaş üzerinde olması
- Tanı alma süresinin en az üç ay olması
- KVH içinde yer alan, KKH, SVH, PAH, RKH, KKH, kardiyomiyopati ve kardiyak aritmi tanısı alması
- Preoperatif (pre-op) dönemde olması
- Herhangi bir iletişim engeli olmaması
- Hastanın durumunun stabil olması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu (EK1), Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (EK2) ve Hastalık Algısı Ölçeği (EK3) kullanılarak veriler toplanmıştır.

3.6.1. Hastaları tanıtıcı bilgi formu (EK1)

Bu veri toplama aracı araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (Hepcan Örs ve Tümer 2020, Dağıstan ve Gözüm 2016, Pehlivan Ada ve Öztaş 2017, Uçar ve Arslan 2017). Form hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalıklarına ilişkin bilgilerini içeren toplam 33 sorudan oluşmuştur.

Sosyo-demografik özellikler için hastalara yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, yaşadığı yer, çocuk sayısı, gelir durumu soruları sorulmuştur. Hastalıkla ilgili; aldığı tanı, tanı süresi, ilaç kullanma durumu, ailede kalp hastalığı öyküsü, başka kronik hastalık varlığı, hastalığı ile ilgili eğitim alma, düzenli sağlık muayenelerini yaptırma durumu, sigara ve alkol kullanma, fiziksel aktivite, uyku düzeni, BKİ ile Covid 19 hastalığı geçirme durumuna ilişkin sorular yer almıştır. Bu bölümün sonuna hastalara algılanan sağlık durumunu ölçen soru eklenmiştir.

3.6.2. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği (EK2)

Arıkan ve arkadaşlarının 2009 yılında geliştirdiği ölçek, KVH'nın risk faktörlerinin bilgi düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Toplam 28 maddeden oluşan ölçeğin ilk dört maddesi KVH'nın özelliklerine, korunmaya ve yaş faktörüne yönelik sorulardır.

Riskli davranışları ölçmede; 5,6,9,10,11,12,14,18,19,20,23,24,25,27,28. maddeler, riskli davranışların değiştirilmesini değerlendirmede ise 7,8,13,15,16,17,21,22,26 maddeleri kullanılmaktadır. “Doğru”, “Yanlış” ve “Bilmiyorum” şeklinde ifadeler cevaplanmaktadır. Doğru-yanlış bilgilerin olduğu ifadelerde, her doğru cevap yanıt 1 (bir) puan olarak değerlendirilmekte, toplamda en yüksek 28 puan alınmaktadır. Ters puanlama yapılan maddeler bulunmaktadır (1,12,16,17,24,26). Yazarlar ölçeğin Cronbach’s alfa değerini 0.76 olarak belirtmiştir (Arıkan vd 2009). Çalışmamızda KVH özellikleri alt boyutu 1.68 ± 0.86 ; risk faktörleri alt boyutu 6.70 ± 3.61 ; risk davranışlarında değişim alt boyutu 3.14 ± 2.30 ve toplam KARRİF-BD puanı 11.51 ± 6.28 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach’s alfa değeri 0,91’dir.

3.6.3 Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK3)

İlk kez ölçek, Weinmann ve arkadaşları tarafından 1996’da Leventhal’in hastalık temsili kuramına göre geliştirilmiştir (Weinman vd 1996). Daha sonra Moss-Morris ve arkadaşları 2002’de ölçeğin, alt boyutlarında düzenleme yaparak revize etmişlerdir (Moss-Morris vd 2002). Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Kocaman ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Toplam üç alt boyutu (hastalık belirtileri, hastalık nedenleri, hastalık görüşleri) bulunan ölçeğin sonunda hastalığa neden olan en önemli (üç) 3 etken sorulmaktadır. Yazarlar Cronbach’s alfa değerini 0,69-0,89 olarak bulmuştur (Kocaman vd 2007). Çalışmamızda ise Cronbach’s alfa değerleri, hastalık belirtileri boyutu için 0,76 hastalık hakkındaki görüşler boyutu için 0.81, hastalık nedenleri boyutu için 0,72 belirlenmiştir.

Hastalık Belirtileri Boyutu: Hastalık durumunda en karşılaşılan 14 belirtiyi içerir. Bu belirtiler: ağrı, bulantı, boğazda yanma, kilo kaybı, baş ağrıları, soluk almada güçlük, hırıltılı soluma, mide yakınmaları, yorgunluk, güç kaybı, uyku güçlükleri, eklem sertliği, gözlerde yanma, sersemlik hissidir. Ölçeğin uygulamasında önce, “hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşıyıp yaşamadığı”, sonra da “bu belirtinin hastalığı ile ilgili olup olmadığı” soruları sorulur. Bireyler her bir belirtiyeye evet ya da hayır cevabı verirler. Boyutun değerlendirmesinde evet cevaplarının toplamı sonucu verir (Kocaman vd 2007).

Hastalık Hakkındaki Görüşler Boyutu: 38 maddeden ve 5’li Likert tipi kullanılarak (kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) oluşturulan bu boyut yedi (7) alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar, 1- süre (akut/kronik), 2-sonuçlar, 3-kişisel kontrol, 4-tedavi kontrolü, 5-hastalığı anlayabilme, 6-süre (döngüsel) ve 7- duygusal temsiller alt boyutlarıdır (Kocaman vd 2007).

1-Süre (akut, kronik): Bireyin hastalık süresiyle ilgili düşüncesini araştırır. Ölçeğin 6 maddesini (1,2,3,4,5,18) içerir. Bireyin puanının yüksek olması, hastalığını kronik olarak düşündüğünü gösterir.

2-Sonuçlar: Bireyin hastalığın şiddetinin, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliği üzerindeki etkisiyle ilgili düşüncelerini araştırır. Ölçeğin 6 maddesini (6,7,8,9,10,11) içerir. Bireyin yüksek puan alınması, hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna inandığını gösterir.

3-Kişisel kontrol: Bireyin, hastalığını kontrol algısını belirler. Boyut 6 maddeyi (12,13,14,15,16,17) içerir. Yüksek puan alınması bireyin hastalığını kontrol edebilme algısının yüksek olduğunu gösterir.

4-Tedavi kontrolü: Bireyin hastalığına yapılan tedavinin yararı hakkındaki düşüncelerini araştırır. Ölçeğin 5 maddesini (19,20,21,22,23). Yüksek puan alınması, hastalığın tedavi ile kontrol edebileceği inancını gösterir.

5-Hastalığı anlayabilme: Bireylerin hastalığını ne kadar anlayıp kavrayabildiğini araştırır. Ölçeğin 5 maddesini (24, 25, 26,27,28) içerir. Bu boyuttan yüksek puan alınması, bireyin hastalığını anlayabildiğini göstermektedir.

6-Süre (döngüsel): Bireyin hastalığını döngüsel olup olmadığına yönelik düşüncesini inceler. Ölçeğin 4 maddesini (29,30,31,32) içerir. Bireyin yüksek puan alması, hastalığının dönem dönem meydana geldiği algısını gösterir.

7-Duygusal temsiller: Bireyin hastalığı hakkındaki hislerini araştırır. Ölçeğin 6 maddesi (33,34,35,36,37,38) içerir. Bireyin yüksek puan alması bireyin hastalığıyla ilgili hissettiklerini gösterir.

Hastalık Nedenleri Boyutu: Bu boyut hastalıkların oluşmasına neden olabilecek 5'li Likert tipinde 18 maddeyi içerir. Bireylerin hastalığa neden olan etkenin ne olduğu hakkındaki düşüncesini araştırır. Dört (4) alt boyuttan oluşmaktadır. Psikolojik atıflar boyutu; stres ya da endişe, benim tutumum, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durumum, kişilik özelliklerini, risk faktörleri boyutu, kalıtsal, diyet, yemek alışkanlıkları, geçmişteki kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, alkol, sigara içmeyi, bağışıklık boyutu, mikrop veya virüs, çevre kirliliği, vücut direncinin azalmasını, kaza veya şans boyutu ise şans ya da kötü talih, kaza ya da yaralanmayı içerir (Kocaman vd 2007).

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, PAÜ KVC Servisinde örnekleme alınan kardiyovasküler hastalığa sahip bireylerden Şubat 2021 – Eylül 2021 arasında toplanmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılacak hastalara, araştırma hakkında bilgi verilerek, sözlü onamları alınmış ve

araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır. Çalışmaya gönüllü katılan hastalara veri toplama formları (EK1, EK2, EK3) doldurulmuştur. Tüm formların bir hastadan toplanma süresi yaklaşık 15-20 dakikada tamamlanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın istatistiksel analizleri R istatistik versiyonu 2.15.3 programında (R Core Team, 2013) yapılmıştır. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler yapılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, min-max değerleri, ortalama, ortanca, standart sapma, sayı ve yüzde değerleri ile raporlanmıştır. İki grup arasındaki değerlendirmelerde, normal dağılım gösterenler t testi, normal dağılım göstermeyenler Mann-Whitney U testi ile kullanılmıştır. İki'den fazla grupların değerlendirilmesinde normal dağılanlarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Bonferroni düzeltmesi (Post Hoc), normal dağılım göstermeyenler için Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni (Post Hoc) testi kullanılmıştır.

Kullanılan ölçekler arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmede Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Kullanılan ölçeklerin iç tutarlılıklarını hesaplaması Cronbach alfa ve Kuder-Richardson 20 katsayıları ile belirlenmiştir. Tüm çalışmada istatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ 'dir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Öncelikle veri toplamada kullanılan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapan yazarlardan (Arıkan vd. 2009, Kocama vd. 2007) ölçeğin kullanımı için e posta yolu ile izin alınmıştır (EK-). Etik kurul izni için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak izin alınmıştır (26.01.2021 tarih ve E-60116787-020-9401 sayılı izin yazısı). Sonrasında araştırma verilerinin toplanacağı Pamukkale Üniversitesi Uygulama ve Eğitim ve Araştırma Hastanesinden (18.02.2021 tarih ve E-38623960-600-15783 sayılı yazı) (EK-) kurum izni alınmıştır. Verilerin toplama sürecinde araştırma kapsamına alınacak hastalara araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında açıklamalardan bulunarak, katılımları için onamları alınmıştır. Toplanacak bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri konusunda bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma sadece PAÜ hastanesi KVC servisi hastalarında yapılmıştır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları genellemelere katkı sağlamakla birlikte tüm KVH hastalarına genellenemez. Veri toplama süreci en fazla 4 -6 ay arasında tamamlanabilirdi. Pandemi nedeniyle veri toplama sürecini uzamıştır.

3.11. Süre ve Olanaklar

Tablo 3.1'de araştırma planlamasına ilişkin zaman çizelgesi gösterilmiştir.

Tablo 3.1 Araştırmanın zaman çizelgesi

Tez Konusunun Belirlenmesi	Eylül 2020-Ocak 2021
Literatür Taranması	Eylül 2020- Kasım 2022
Tez Önerisi Hazırlığı	Kasım 2020- Ocak 2021
Kurum İzinleri ve Etik Kurul Onayı	Ocak -Şubat 2021
Tez Önerisi Sunumu	Ocak 2021
Verilerin Toplanması	Şubat 2021-Eylül 2021
Verilerin İşlenmesi Analizi	Ekim 2021- Mayıs 2022
Tez Yazımı	Şubat-Kasım 2022
Tez Sunumu	Ocak 2023

4. BULGULAR

Çalışmanın bulgularının değerlendirildiği ilk bölümde hastaların sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

İkinci bölümde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini ölçmek amacı ile kullanılan KARRİF-BD ölçeğine ilişkin değerlendirmeler yer almıştır. Hastaların KARRİF- BD ölçeğinin maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı ve ölçeğin alt boyutları ile değişkenler arasındaki karşılaştırmaları verilmiştir.

Üçüncü bölümde KVH ilişkin hastaların hastalık algısını ölçmek üzere kullanılan HAÖ maddelerine verdikleri yanıtların dağılımı ve ölçeğin alt boyutları ile değişkenler arasındaki karşılaştırmaları verilmiştir.

Son bölümde ise kullanılan KARRİF-BD ve HAÖ arasındaki ilişki gösterilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyo-demografik ve Hastalık Özellikleri

Tablo 4.1'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Hastaların yaşları 18 ile 84 yıl arasında değişmekte olup yaş ortalaması 56.43 ± 13.94 yıldır. Hastaların %34'ü 65 yaş ve üzerinde, %82,5'i evli, %60,5'i ise erkektir. Hastaların boy ve kilo dağılımlarına göre hesaplanan BKİ değerleri ise 15,03 ile 45,67 kg/m² arasında değişmekte olup ortalama 28.22 ± 5.58 kg/m²'dir. Çocuk sayıları açısından %42,0'sinin 3 ve daha fazla çocuğu vardır. Katılımcıların %52,5'i ilde yaşarken, %12,5'i geniş aile yapısındadır. Eğitim durumu açısından hastaların %39'u lise ve üzerinde eğitime sahiptir. %24'ü emekli olduğunu, %33'ü 8 saatten fazla çalıştığını %46,5'i ise gelirlinin giderinden az olduğunu belirtmektedir.

Tablo 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Yaş		
39 ve altı	26	13.0
40-54 yaş	61	30.5
55-64 yaş	45	22.5
65 ve üzeri	68	34.0
Cinsiyet		
Kadın	79	39.5
Erkek	121	60.5
Medeni durum		
Evli	165	82.5
Bekar	13	6.5
Boşanmış/dul	22	11.0
Çocuk sayısı		
2	81	40.5
3	55	27.5
≥4	29	14.5
Aile tipi		
Geniş aile	25	12.5
Çekirdek aile	175	87.5
Yaşadığı yer		
İl	105	52.5
İlçe	46	23.0
Köy	49	24.5
Eğitim düzeyi		
Okuryazar değil	8	4.0
Okuryazar	30	15.0
İlkokul	20	10.0
Ortaokul	72	36.0
Lise	46	23.0
Üniversite	32	16.0
Sosyal güvence		
Var	186	93.0
Yok	14	7.0
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	22	11.0
Gelir gidere eşit	85	42.5
Gelir giderden az	93	46.5

Tablo 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (devamı)

Değişkenler	n	%
Meslek		
Kamu sektörü	21	10.5
İşçi	24	12.0
Emekli	48	24.0
Özel sektör	34	17.0
Serbest meslek	25	12.5
Çiftçi	18	9.0
Ev hanımı	30	15.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	104	52.0
Çalışmıyor	96	48.0
Çalışma saati		
8 saatten az	13	6.5
8 saat	29	14.5
8 saatten fazla	66	33.0

Hastaların %55,5'i bir kronik hastalığı sahiptir ve bunların %32,5'i HT'dur. KVH hastalıklar içinde ise hastaların %62,5'i koroner kalp hastasıdır. %59'unun ilaç kullandığını, %23'ü ilaçlarını düzenli kullandığını, %21,5'i düzenli sağlık kontrolü yaptırdığını belirtmektedir. Hastaların %35,5'i hastalık hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Bilgiyi %16,0'ı TV-internette, %6,0'ı akraba/arkadaşından, %13,5'i ise doktor-sağlık personelinden aldığını belirtmiştir.

%33,5'inin akrabalarında kalp hastalığı bulunmaktadır. Hastaların %42,5'i sigara, %15,0'ı alkol kullanmakta, %24,0'ı düzenli spor yapmakta, %33,5'inin düzenli uyku alışkanlığı bulunmaktadır. %70,5'i de 8 saatten az uyumaktadır. Çalışmaya katılanların %38,0'ı Covid-19 geçirmiş, %11,0'ı Covid-19 sonrası kalp ile ilgili sorun yaşadığını belirtmiştir. Hastaların %18,0'ı sağlıklarının iyi olduğunu düşünüyorken, %57,5'i orta düzeyde, %24,5'i ise kötü olarak değerlendirmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler	n	%
Eşlik eden kronik hastalık varlığı		
Var	111	55.5
Yok	89	44.5
Kronik hastalık türü		
HT	65	32.5
DM	27	13.5
KAH	2	1.0
KOAH	4	2.0
Diğer	13	6.5
Kalp hastalığı türü		
Koroner kalp hastalığı	125	62.5
Serebrovasküler hastalık	25	12.5
Konjenital kalp hastalığı	10	5.0
Kardiyak aritmi	25	12.5
Periferik arter hastalığı	15	7.5
İlaç kullanma durumu		
Evet	118	59.0
Hayır	82	41.0
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Kullanmıyorum	82	41.0
Düzenli kullanıyorum	46	23.0
Düzenli kullanmıyorum	72	36.0
Düzenli sağlık kontrolü		
Evet	43	21.5
Hayır	157	78.5
Hastalık tanı süresi		
3-5 ay	67	33.5
6-11 ay	50	25.0
1-5 yıl	44	22.0
≥ 5 yıl	39	19.5
Hastalık bilgisine sahip olma durumu		
Evet	71	35.5
Hastalık hakkında bilgi kaynakları*		
TV-internet	32	16.0
Akraba, arkadaş	12	6.0
Doktor-sağlık personeli	27	13.5

Tablo 4.2 Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (devamı)

Değişkenler	n	%
Ailede kalp hastalığı öyküsü		
Evet	67	33.5
Hayır	133	66.5
Ailede kalp hastalığı öyküsü olan kişi*		
Anne	41	20.5
Baba	21	10.5
Kardeş	5	2.5
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	85	42.5
Kullanmıyor	115	57.5
Alkol kullanma durumu		
Kullanıyor	30	15.0
Kullanmıyor	170	85.0
Spor yapma durumu		
Yapıyor	48	24.0
Yapmıyor	152	76.0
Spor yapma süresi*		
Her gün	2	1.0
Haftada 2 ya da 3	31	15.5
Haftada 1 gün	15	7.5
Düzenli uyku alışkanlığı		
Var	67	33.5
Yok	133	66.5
Uyku süresi		
8 saat ve üzeri	59	29.5
8 saatten az	141	70.5
COİVD 19 Geçirme Durumu		
Geçirmiş	76	38.0
Geçirmemiş	124	62
Komplikasyon Görülme Durumu		
Evet	22	11.0
Hayır	178	89.0

Tablo 4.2 Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklere Göre Dağılımı (devamı)

Değişkenler	n	%
Covid 19 Sonrası Komplikasyon*		
Taşikardi	10	5.0
Ritim bozukluğu	3	1.5
Solunum sıkıntısı	3	1.5
Emboli	3	1.5
Çeşitli ağrı	3	1.5
Sağlık algısı		
İyi düzeyde	36	18.0
Orta düzeyde	115	57.5
Kötü düzeyde	49	24.5

*Yüzdeler evet cevabı veren hastaların sayısına göre hesaplanmıştır.

4.2. KARRİF- BD Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3' de hastaların KARRİF-BD maddelerine verdiği yanıtların dağılımı verilmiştir. Hastaların doğru cevapladığı ilk üç bilgi içinde sırasıyla; stres, kahr, üzüntünün kalp hastalığı riskini artırdığı (%93,0), yaşlıların kalp hastalığı için daha fazla risk taşıdığı (%90,0), her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemenin faydalı olduğu (%82,0) yer almaktadır.

Tablo 4.3 KARRİF- BD Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı

	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)
Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.	14 (7.0)	100 (50.0)	86 (43.0)
Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.	117 (58.5)	3 (1.5)	80 (40.0)
Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.	180 (90.0)	8 (4.0)	12 (6.0)
Koroner kalp hastalığı önlenbilir.	24 (12.0)	16 (8.0)	160 (80.0)
Ülkemizde ölüm ve hastalıkların önlenbilir nedeni sigaradır.	123 (61.5)	18 (9.0)	59 (29.5)
Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.	116 (58.0)	11 (5.5)	73 (36.5)
Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.	92 (46.0)	13 (6.5)	95 (47.5)

Tablo 4.3 KARRİF- BD Maddelerine Verilen Yanıtların Dağılımı (devamı)

	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)
Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.	164 (82.0)	2 (1.0)	34 (17.0)
Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.	45 (22.5)	87 (43.5)	68 (34.0)
Tuzlu yemek yüksek tansiyon taşır.	143 (71.5)	5 (2.5)	52 (26.0)
Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.	9 (4.5)	81 (40.5)	110 (55.0)
Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.	20 (10.0)	57 (28.5)	123 (61.5)
Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır.	40 (20.0)	27 (13.5)	133 (66.5)
Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.	148 (74.0)	4 (2.0)	48 (24.0)
Düzenli egzersiz kalp hastalığı riski azaltır.	85 (42.5)	8 (4.0)	107 (53.5)
Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.	6 (3.0)	73 (36.5)	121 (60.5)
Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.	41 (20.5)	56 (28.0)	103 (51.5)
Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.	186 (93.0)	3 (1.5)	11 (5.5)
İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.	155 (77.5)	2 (1.0)	43 (21.5)
Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.	82 (41.0)	3 (1.5)	115 (57.5)
Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.	68 (34.0)	4 (2.0)	128 (64.0)
Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir.	46 (23.0)	6 (3.0)	148 (74.0)
Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.	54 (27.0)	2 (1.0)	144 (72.0)
İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.	9 (4.5)	10 (5.0)	181 (90.5)
Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır	17 (8.5)	1 (0.5)	182 (91.0)
Kolestrolü yüksek olan herkese ilaç verilir.	27 (13.5)	4 (2.0)	169 (84.5)
Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.	63 (31.5)	3 (1.5)	134 (67.0)
Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.	59 (29.5)	3 (1.5)	138 (69.0)

Hastaların yanlış cevapladığı ilk üç bilgi içinde sırasıyla; bir kişinin kalp hastası olduğunu her zaman anlamadığı (%50,0), haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmenin zararlı olmadığı (%43,5), yağlı yiyeceklerin kandaki kolesterol seviyesini artırmadığı (%40,5) ifade edilmiştir.

Hastaların hiç bilmediği ilk üç bilgi içinde; kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riskinin var olduğu (%91,0), iyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riskinin var olduğu (%90,5), kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verildiği (%84,5) şeklinde saptanmıştır (Tablo 4.3).

Araştırma kapsamına alınan hastaların KARRİF-BD ölçeğine ilişkin toplam puanı ve alt boyut puan ortalaması Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.908 bulunmuştur.

Tablo 4.4 KARRİF-BD Ölçeğin Toplam Puanı ve Alt Boyutlarına Göre Puan Dağılımı

Boyut	$\bar{X} \pm SS$	Min-Max	Cronbach's alfa
KVH Özellikleri	1.68±0.86	0-4	0.425
Risk faktörleri	6.70±3.61	0-15	0.847
Risk davranışlarında değişim	3.14±2.30	0-8	0.772
Toplam KARRİF-BD	11.51±6.28	0-26	0.908

Tablo 4.5 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	KVH Özellikleri	Risk davranışları	Risk davranışlarında değişim	KARRİF-BD Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş Grupları					
39 ve altı	26	2 (1 - 2)	6,5 (4 - 10)	2 (1 - 5)	11 (7 - 17)
40-54 yaş	61	2 (1 - 2)	7 (5 - 10)	3 (1 - 5)	12 (8 - 18)
55-64 yaş	45	2 (1 - 2)	8 (5 - 10)	4 (2 - 6)	13 (7 - 18)
65 ve üzeri	68	1 (1 - 2)	4,5 (3 - 8)	2 (1 - 4)	7,5 (5 - 14)
^a Test değeri (χ^2)		16,059	12,176	11,025	14,410
p değeri		0,001*	0,007*	0,012*	0,002*

Tablo 4.5 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	KVH	Risk	Risk	KARRİF-BD
		Özellikleri	davranışları	davranışlarında	Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	değişim Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet					
Kadın	79	1,71±0,86	7,04±3,71	3,29±2,33	12,04±6,33
Erkek	121	1,65±0,86	6,47±3,54	3,04±2,29	11,17±6,24
^b Test değeri (t)		0,448	1,086	0,750	0,961
p değeri		0,655	0,279	0,454	0,338
Medeni durum					
Evli	165	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	3 (1 - 5)	11 (6 - 16)
Bekar	13	2 (1 - 2)	7 (5 - 9)	2 (2 - 4)	11 (10 - 12)
Boşanmış/dul	22	2 (1 - 2)	6,5 (4 - 10)	2 (1 - 5)	11 (6 - 18)
^a Test değeri (χ^2)		0,007	0,122	0,642	0,019
p değeri		0,996	0,941	0,725	0,990
Çocuk sahibi olma					
Evet	178	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	3 (1 - 5)	11 (6 - 16)
Hayır	22	2 (1 - 2)	7 (5 - 10)	3 (2 - 5)	11,5 (9 - 17)
^c Test değeri (z)		-1,172	-0,819	-0,148	-0,749
p değeri		0,241	0,413	0,882	0,454
Aile tipi					
Geniş aile	25	2 (1 - 2)	7 (5 - 10)	4 (2 - 5)	13 (11 - 17)
Çekirdek aile	175	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	2 (1 - 5)	10 (6 - 16)
^c Test değeri (z)		-1,424	-0,938	-1,550	-1,304
p değeri		0,155	0,348	0,121	0,192
Yaşadığı yer					
İl	105	1,71±0,82	7,3±3,59	3,34±2,37	12,36±6,28
İlçe	46	1,74±0,83	6,7±3,56	3,3±2,21	11,74±6,11
Köy	49	1,53±0,98	5,39±3,43	2,55±2,18	9,47±6,09
^d Test değeri (F)		0,923	4,889	2,154	3,684
p değeri		0,399	0,008*	0,119	0,027*

Tablo 4.5 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	KVH Özellikleri	Risk davranışları	Risk davranışlarında değişim	KARRİF-BD Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eğitim düzeyi					
Okuryazar değil	8	2 (1 - 2,5)	6,5 (5 - 8,5)	4 (1,5 - 5)	13 (7 - 15,5)
Okuryazar	22	1 (1 - 2)	4 (3 - 8)	1,5 (1 - 4)	6 (5 - 14)
İlkokul	20	1,5 (1 - 2)	4,5 (3 - 9)	2 (1 - 5)	9,5 (5 - 16)
Ortaokul	72	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	2 (1 - 4,5)	11 (6 - 15)
Lise	46	2 (1 - 2)	6 (4 - 10)	3 (1 - 5)	11 (7 - 18)
Üniversite	32	2 (1 - 2)	8 (5 - 12)	4 (1,5 - 6)	12 (8 - 20)
^a Test değeri (χ^2)		9,223	9,100	4,862	8,530
p değeri		0,100	0,105	0,433	0,129
Gelir durumu					
Gelir giderden fazla	22	2 (1 - 2)	8,5 (5 - 12)	4,5 (2 - 6)	13 (9 - 21)
Gelir gidere eşit	85	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	3 (1 - 5)	11 (6 - 16)
Gelir giderden az	93	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	2 (1 - 4)	10 (6 - 15)
^a Test değeri (χ^2)		1,571	4,401	4,774	4,486
p değeri		0,456	0,111	0,092	0,106
Meslek					
Kamu sektörü	21	2 (2 - 2)	8 (6 - 9)	4 (2 - 5)	12 (11 - 17)
İşçi	24	1,5 (1 - 2)	5,5 (3 - 7)	1,5 (1 - 3)	8 (5,5 - 11)
Emekli	48	1 (1 - 2)	5 (3 - 10,5)	2 (1 - 6)	9 (5 - 17,5)
Özel sektör	34	2 (1 - 2)	7 (5 - 11)	3,5 (1 - 6)	13 (7 - 20)
Serbest meslek	25	1 (1 - 2)	6 (4 - 9)	3 (1 - 4)	11 (6 - 13)
Çiftçi	18	2 (1 - 2)	7,5 (6 - 9)	4 (2 - 5)	13,5 (9 - 16)
Ev hanımı	30	1 (1 - 2)	5 (4 - 9)	2 (1 - 5)	8,5 (6 - 16)
^a Test değeri (χ^2)		9,896	10,396	12,190	12,040
p değeri		0,129	0,109	0,058	0,061
Çalışma durumu					
Evet	104	1,73±0,89	6,97±3,61	3,22±2,29	11,92±6,25
Hayır	96	1,61±0,83	6,4±3,61	3,05±2,33	11,06±6,3
^b Test değeri (t)		0,952	1,126	0,518	0,969
p değeri		0,342	0,261	0,605	0,334

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

* $p < 0,05$

Tablo 4.5' de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile KARRİF-BD ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların yaşları ile KARRİF-BD ölçeğinin KVH Özellikleri ($r = -0,202$, $p = 0,004$), Risk davranışları ($r = -0,188$, $p = 0,008$) alt boyut puanları ve ölçek toplam ($r = -0,183$, $p = 0,010$) puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanırken risk davranışlarında değişim alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Hastaların BKİ değerleri ile KARRİF-BD ölçeğinin alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Hastaların yaşlarına göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH Özellikleri, risk faktörleri, risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ile ölçek toplam puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda yaşı 65 ve üzeri olanların puanlarının, 40-54 ve 55-64 yaş arası olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

Hastaların cinsiyetleri, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumları, aile tipleri, eğitim düzeyleri, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi, meslekleri, çalışma durumu, kronik hastalık varlığına göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH özellikleri, risk davranışları, risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ile ölçek toplam puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.5).

Hastaların yaşadıkları yere göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH Özellikleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) Ancak KARRİF-BD ölçeğinin Risk faktörleri ve ölçek toplam puan bakımından istatistiksel anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda ilde yaşayanların puanlarının köyde yaşayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.6 da hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile KARRİF-BD ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların kronik hastalık varlığı, kronik hastalıkları, sigara öyküsü, düzenli uyku alışkanlığına göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH Özellikleri, risk davranışları, risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ile ölçek toplam puan bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.6 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	KVH Özellikleri	Risk davranışları	Risk davranışlarında değişim	KARRİF-BD Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eşlik eden kronik hastalık varlığı					
Evet	111	1,68±0,81	6,96±3,39	3,32±2,31	11,96±6,05
Hayır	89	1,67±0,93	6,36±3,86	2,91±2,28	10,94±6,54
^b Test değeri (t)		0,012	1,177	1,267	1,143
p değeri		0,99	0,241	0,207	0,254
Kronik hastalık türü					
Yok	89	2 (1 - 2)	6 (3 - 9)	2 (1 - 5)	10 (6 - 16)
HT	65	2 (1 - 2)	7 (4 - 9)	3 (2 - 6)	13 (6 - 17)
DM	27	2 (1 - 2)	6 (3 - 9)	2 (1 - 4)	10 (5 - 14)
KAH	2	2 (2 - 2)	12,5 (12 - 13)	6 (5 - 7)	20,5 (19 - 22)
KOAH	4	1,5 (1 - 2)	7,5 (4,5 - 9,5)	3,5 (2 - 5)	13 (8 - 16)
Diğer	13	1 (1 - 2)	6 (3 - 7)	2 (1 - 4)	9 (5 - 14)
^a Test değeri (χ^2)		2,336	7,192	10,641	7,448
p değeri		0,801	0,207	0,059	0,189
Kalp hastalığı türü					
KKH	125	2 (1 - 2)	7 (4 - 9)	3 (1 - 5)	11 (6 - 16)
SVH	25	1 (1 - 2)	3 (2 - 7)	1 (1 - 3)	6 (4 - 11)
Konjenital KH.	10	1,5 (1 - 2)	6 (3 - 8)	2,5 (0 - 4)	10,5 (10 - 12)
Kardiyak aritmi	25	2 (1 - 2)	5 (5 - 11)	3 (1 - 6)	11 (7 - 19)
PAH	15	2 (1 - 3)	9 (5 - 11)	4 (1 - 6)	17 (7 - 19)
^a Test değeri (χ^2)		2,769	14,052	9,790	12,407
p değeri		0,597	0,007*	0,044*	0,015*
İlaç kullanma durumu					
Evet	118	1,75±0,81	7,38±3,58	3,58±2,31	12,71±6,21
Hayır	82	1,57±0,93	5,71±3,45	2,5±2,14	9,78±5,99
^b Test değeri (t)		1,396	3,303	3,362	3,330
p değeri		0,164	0,001*	0,001*	0,001*

Tablo 4.6 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	KVH Özellikleri	Risk davranışları	Risk davranışlarında değişim	KARRİF-BD Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Düzenli ilaç kullanma durumu					
Kullanmıyorum	82	1,57±0,93	5,71±3,45	2,5±2,14	9,78±5,99
Düzenli kullanıyorum	46	2,02±0,8	9,2±3,54	4,59±2,1	15,8±5,84
Düzenli kullanmıyorum	72	1,57±0,77	6,22±3,1	2,94±2,22	10,74±5,64
^d Test değeri (F)		5,029	17,083	14,180	16,703
p değeri		0,007*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Düzenli sağlık kontrolü					
Evet	43	2,05±0,9	8,88±3,6	4,58±2,08	15,51±5,86
Hayır	157	1,57±0,83	6,1±3,39	2,75±2,2	10,41±5,95
^b Test değeri (t)		3,266	4,718	4,895	4,994
p değeri		0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Hastalık tanı süresi					
3-5 ay	67	1,55±0,82	6,3±3,68	2,99±2,16	10,84±6,19
6-11 ay	50	1,7±0,91	5,6±3,08	2,58±2,27	9,88±5,67
1-5 yıl	44	1,75±0,87	7,61±3,8	3,77±2,45	13,14±6,73
≥ 5 yıl	39	1,77±0,87	7,74±3,51	3,41±2,29	12,92±6,14
^d Test değeri (F)		0,730	4,020	2,427	3,122
p değeri		0,535	0,008*	0,067	0,027*
Hastalık bilgisine sahip olma durumu					
Evet	71	2,28±0,78	9,35±2,97	4,89±1,95	16,52±4,94
Hayır	129	1,34±0,71	5,23±3,07	2,18±1,88	8,75±5,13
^b Test değeri (t)		8,644	9,197	9,627	10,384
p değeri		<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
Hastalık hakkında bilgi kaynakları					
Hiç kimse	129	1 (1 - 2)	5 (3 - 7)	2 (1 - 3)	7 (5 - 12)
TV-internet	32	2 (2 - 2)	8 (7 - 11)	5 (2 - 6)	15 (12 - 20)
Akraba, arkadaş	12	2 (1,5 - 2,5)	9 (6,5 - 12)	4,5 (3,5 - 5,5)	14 (11 - 19,5)
Doktor-sağlık personeli	27	2 (2 - 3)	11 (9 - 12)	6 (5 - 7)	19 (16 - 22)
^a Test değeri (χ^2)		57,544	63,321	65,408	72,317
p değeri		<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*

Tablo 4.6 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	KVH	Risk	Risk	KARRİF-BD
		Özellikleri	davranışları	davranışlarında	Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Ailede kalp hastalığı öyküsü					
Evet	67	1,93±0,82	8,07±3,76	3,93±2,28	13,93±6,29
Hayır	133	1,55±0,86	6±3,34	2,74±2,22	10,29±5,93
^b Test değeri (t)		3,013	3,974	3,522	4,006
p değeri		0,003*	<0,001*	0,001*	<0,001*
Ailede kalp hastalığı öyküsü olan kişi					
Hiç kimse	133	1 (1 - 2)	5 (3 - 8)	2 (1 - 5)	9 (6 - 15)
Anne	41	2 (1 - 2)	8 (6 - 11)	4 (2 - 6)	13 (10 - 19)
Baba	21	2 (2 - 2)	9 (6 - 11)	5 (3 - 6)	17 (11 - 20)
Kardeş	5	2 (1 - 3)	5 (2 - 7)	4 (0 - 5)	13 (3 - 14)
^a Test değeri (χ^2)		10,896	18,872	14,120	18,028
p değeri		0,012*	<0,001*	0,003*	<0,001*
Sigara kullanma durumu					
Kullanıyor	85	1,76±0,95	7,14±3,73	3,31±2,28	12,21±6,52
Kullanmıyor	115	1,61±0,79	6,37±3,5	3,02±2,32	10,99±6,07
^b Test değeri (t)		1,267	1,507	0,876	1,362
p değeri		0,207	0,134	0,382	0,175
Alkol kullanma durumu					
Kullanıyor	30	1,93±0,91	8,53±3,79	4,17±2,49	14,63±6,81
Kullanmıyor	170	1,63±0,85	6,37±3,49	2,96±2,23	10,96±6,03
^b Test değeri (t)		1,790	3,088	2,691	3,016
p değeri		0,075	0,002*	0,008*	0,003*
Spor yapma durumu					
Yapıyor	48	2,13±0,91	8,19±3,86	4±2,34	14,31±6,47
Yapmıyor	152	1,53±0,8	6,22±3,41	2,87±2,23	10,63±5,97
^b Test değeri (t)		4,330	3,368	3,030	3,657
p değeri		<0,001*	0,001*	0,003*	<0,001*

Tablo 4.6 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	KVH Özellikleri	Risk davranışları	Risk davranışlarında değişim	KARRİF-BD Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Spor yapma süresi					
Yapmıyorum	152	1 (1 - 2)	6 (3 - 9)	2 (1 - 5)	10 (6 - 15)
Haftada 2 ya da 3	33	2 (2 - 3)	8 (6 - 12)	5 (2 - 6)	15 (11 - 20)
Haftada 1 gün	15	2 (1 - 3)	8 (4 - 9)	3 (1 - 5)	12 (7 - 16)
^a Test değeri (χ^2)		16,472	10,749	11,250	13,698
p değeri		<0,001*	0,005*	0,004*	0,001*
Düzenli uyku alışkanlığı					
Evet	67	1,75±0,86	6,52±3,95	3,19±2,36	11,46±6,67
Hayır	133	1,64±0,86	6,78±3,44	3,11±2,28	11,53±6,09
^b Test değeri (t)		0,829	-0,479	0,235	-0,075
p değeri		0,408	0,633	0,814	0,940
Uyku süresi					
8 saat ve üzeri	59	1,64±0,87	5,92±3,58	2,75±2,19	10,31±6,12
8 saatten az	141	1,69±0,86	7,02±3,59	3,3±2,34	12,01±6,29
^b Test değeri (t)		-0,328	-1,989	-1,573	-1,765
p değeri		0,744	0,048*	0,117	0,079
COVİD 19 geçirme durumu					
Geçirmiş	76	1,75±0,85	6,87±3,55	3,14±2,32	11,76±6,24
Geçirmemiş	124	1,63±0,87	6,59±3,66	3,14±2,3	11,35±6,32
^b Test değeri (t)		0,963	0,531	0,023	0,446
p değeri		0,337	0,596	0,982	0,656
Komplikasyon görülme durumu					
Evet	22	2 (1 - 2)	9,5 (6 - 11)	5 (3 - 6)	17 (11 - 20)
Hayır	178	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	2 (1 - 5)	10 (6 - 15)
^c Test değeri (z)		-1,974	-2,974	-3,110	-3,120
p değeri		0,048*	0,003*	0,002*	0,002*

Tablo 4.6 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre KARRİF-BD Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	KVH Özellikleri	Risk davranışları	Risk davranışlarında değişim	KARRİF-BD Toplam
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
COVID 19 sonrası komplikasyon					
Yok	178	2 (1 - 2)	6 (4 - 9)	2 (1 - 5)	10 (6 - 15)
Taşikardi	10	2 (2 - 3)	11 (11 - 12)	6 (4 - 6)	20 (17 - 21)
Ritim bozukluğu	3	1 (1 - 2)	9 (4 - 10)	2 (1 - 5)	13 (6 - 16)
Solunum sıkıntısı	3	2 (1 - 2)	10 (4 - 12)	6 (3 - 6)	18 (8 - 20)
Emboli	3	2 (1 - 3)	6 (3 - 8)	3 (1 - 5)	11 (5 - 16)
Çeşitli ağrı	3	2 (1 - 2)	9 (4 - 9)	6 (2 - 6)	17 (7 - 17)
^a Test değeri (χ^2)		8,687	13,596	14,064	14,346
p değeri		0,122	0,018*	0,015*	0,014*
Sağlık algısı					
İyi düzeyde	36	2,19±0,89	7,5±3,47	3,72±1,94	13,42±5,51
Orta düzeyde	115	1,64±0,81	6,73±3,66	3,1±2,37	11,48±6,33
Kötü düzeyde	49	1,37±0,81	6,02±3,53	2,8±2,35	10,18±6,43
^d Test değeri (F)		10,680	1,768	1,726	2,806
p değeri		<0,001*	0,173	0,181	0,063

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Hastaların tedavi gördükleri kalp hastalığına göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH özellikleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak risk davranışları, risk davranışlarında değişim alt boyutları ve ölçeğin toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Risk Faktörleri alt boyutunda Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda SVH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarının KKH ve PAH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Diğer alt boyutlarda yapılan Dunn-Bonferroni testinde SVH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarının KKH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.6).

Hastaların sürekli kullandıkları ilaç olması durumuna göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH özellikleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin risk davranışları, risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$), ilaç kullananların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

İlaçlarını düzenli kullanma durumu ve düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumlarına göre KARRİF-BD ölçeğinin alt boyut puanları ve ölçeğin toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda ilaçlarını düzenli kullananların puanlarının, ilaç kullanmayanların ve ilaçlarını düzenli kullanmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanırken ($p<0.05$), düzenli sağlık kontrolü yaptıranların puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastaların hastalık sürelerine göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH özellikleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Risk davranışları alt boyut puanları ve KARRİF-BD toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda hastalık süresi 6-11 ay olanların puanlarının 1-5 yıl arası ve 5 yıl ve üzeri olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kalp hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumları ve bilgileri edindikleri kaynağa göre KARRİF-BD ölçeğinin alt boyutları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,001$) saptanmıştır. Bilgi sahibi olanların puanları daha yüksek bulunmuştur. Dunn-Bonferroni ile yapılan değerlendirmeler sonucunda bilgi sahibi olmayanların puanlarının, TV-internet, akraba/arkadaş ve sağlık personelinden bilgi edinenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). (Tablo 4.6).

Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olması ve kalp hastalığı olan akrabaya sahip olma durumuna göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH özellikleri, risk davranışları, risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p<0,001$, $p<0.05$). Birinci derece yakınarda kalp hastalığı olanların puanlarının daha yüksektir.

Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmede kalp hastalığı olan akrabası bulunmayanların puanları, annesi ve babası kalp hastası olanların puanlarından daha düşüktür ($p<0.05$). (Tablo 4.6).

Hastaların alkol kullanımına göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH özellikleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış ($p>0,05$) iken risk

davranışları, risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Alkol kullananların puanları daha yüksektir.

Düzenli spor yapma durumu ve spor yapma sıklıklarına göre KARRİF-BD ölçeğinin alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Düzenli spor yapanların puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Dunn-Bonferroni testi sonucunda spor yapmayanların puanlarının haftada 2 ya da 3 gün spor yapanların puanlarından daha düşüktür ($p<0,01$).

Hastaların günlük uyku sürelerine göre KARRİF-BD ölçeğinin alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak ölçeğin risk davranışları alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Uyku süresi 8 saatten az olanların puanları daha yüksektir.

Hastaların Covid-19 sonrası kalp ile ilgili komplikasyon yaşama durumuna göre KARRİF-BD ölçeğinin alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Komplikasyon yaşayanların puanları daha yüksektir (Tablo 4.6).

Covid-19 sonrası kalp ile ilgili komplikasyona göre KARRİF-BD ölçeğinin KVH özellikleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmez iken ($p>0,05$), risk davranışları, risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ve ölçeğin toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni testinde taşikardi gelişenlerin puanlarının komplikasyon gözlenmeyenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların sağlık algılarına göre KARRİF-BD ölçeğinin risk davranışları ve risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ve ölçek toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaz iken ($p>0,05$). ölçeğin KVH Özellikleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda sağlığının iyi olduğunu düşünenlerin puanlarının orta ve kötü olduğunu düşünenlerin puanlarından daha yüksektir ($p<0,01$) (Tablo 4.6).

4.3 Hastalık Algısı Ölçeğine (HAÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 4.7 HAÖ hastalık belirtileri boyutuna ilişkin maddelere verilen yanıtların dağılımı

	A) Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		B) Bu belirti hastalığım ile ilgili	
	Evet n (%)	Hayır n (%)	Evet n (%)	Hayır n (%)
Ağrı	141 (70.5)	59 (29.5)	92 (46.0)	108 (54.0)
Boğazda yanma	14 (7.0)	186 (93.0)	7 (3.5)	193 (96.5)
Bulantı	67 (33.5)	133 (66.5)	18 (9.0)	182 (91.0)
Soluk almada güçlük	139 (69.5)	61 (30.5)	102 (51.0)	98 (49.0)
Kilo kaybı	31 (15.5)	169 (84.5)	15 (7.5)	185 (92.5)
Yorgunluk	183 (91.5)	17 (8.5)	115 (57.5)	85 (42.5)
Eklem sertliği	115 (57.5)	85 (42.5)	76 (38.0)	124 (62.0)
Gözlerde yanma	8 (4.0)	192 (96.0)	6 (3.0)	194 (97.0)
Hırıltılı soluma	58 (29.0)	142 (71.0)	40 (20.0)	160 (80.0)
Baş ağrıları	85 (42.5)	115 (57.5)	28 (14.0)	172 (86.0)
Mide yakınmaları	63 (31.5)	137 (68.5)	16 (8.0)	184 (92.0)
Uyku güçlükleri	114 (57.0)	86 (43.0)	61 (30.5)	139 (69.5)
Sersemlik hissi	147 (73.5)	53 (26.5)	116 (58.0)	84 (42.0)
Güç kaybı	173 (86.5)	27 (13.5)	134 (67.0)	66 (33.0)

HAÖ belirtilere ilişkin maddelere verilen yanıtların dağılımı Tablo 4.7'te verilmiştir. Hastaların hastalığın başlangıcından bu yana en çok yaşadığı ilk üç belirti içerisinde; yorgunluk (%91,5), güç kaybı (%86,5) ve sersemlik hissi (%73,5) yer almaktadır. Hastalar en az yaşadığı ilk üç belirti içinde gözlerde yanma (%96,0), boğazda yanma (%93,0) ve kilo kaybı (%84,5) yer almaktadır. Yaşamış oldukları belirtilerden hangilerinin hastalıklarıyla ilgili olduğu sorusuna %67,0'ı güç kaybı, %58,0'ı sersemlik hissi, %57,5 'i de yorgunluk şeklinde ifade etmiştir. Hastaların %97,0'si gözlerde yanma, boğazda yanma %96,5 'i, %92,5'i kilo kaybı ve %92,0'si de mide yakınma belirtilerinin hastalıklarıyla ilgili olmadığını düşünmektedir.

Tablo 4.8 HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüşlere İlişkin Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımı

C)Hastalık hakkındaki görüşler	Kesinlikle böyle düşünüyorum	Böyle düşünüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hastalığım kısa sürecek	32 (16.0)	78 (39.0)	59 (29.5)	26 (13.0)	5 (2.5)
Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı	4 (2.0)	29 (14.5)	54 (27.0)	76 (38.0)	37 (18.5)
Bu hastalık uzun sürecek	4 (2.0)	25 (12.5)	53 (26.5)	83 (41.5)	35 (17.5)
Bu hastalık çabuk geçecek	32 (16.0)	78 (39.0)	65 (32.5)	18 (9.0)	7 (3.5)
Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum	6 (3.0)	26 (13.0)	63 (31.5)	70 (35.0)	35 (17.5)
Ciddi bir hastalığım var	3 (1.5)	7 (3.5)	13 (6.5)	102 (51.0)	75 (37.5)
Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var	1 (0.5)	6 (3.0)	17 (8.5)	100 (50.0)	76 (38.0)
Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor	69 (34.5)	107(53.5)	17 (8.5)	6 (3.0)	1 (0.5)
Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor	25 (12.5)	59 (29.5)	39 (19.5)	50 (25)	27 (13.5)
Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var	5 (2.5)	3 (1.5)	27 (13.5)	84 (42.0)	81 (40.5)
Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor	16 (8.0)	36 (18.0)	24 (12.0)	62 (31.0)	62 (31.0)
Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var	16 (8.0)	21 (10.5)	109(54.5)	48 (24.0)	6 (3.0)
Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir	10 (5.0)	13 (6.5)	70 (35.0)	97 (48.5)	10 (5.0)
Hastalığımın seyri bana bağlı	8 (4.0)	19 (9.5)	112(56.0)	50 (25.0)	11 (5.5)
Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez	21 (10.5)	102(51.0)	58 (29.0)	12 (6.0)	7 (3.5)
Hastalığımı etkileyebilme gücüm var	12 (6.0)	13 (6.5)	72 (36.0)	93 (46.5)	10 (5.0)
Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek	20 (10.0)	92 (46.0)	67 (33.5)	14 (7.0)	7 (3.5)
Hastalığım zamanla iyileşecek	10 (5.0)	26 (13.0)	111(55.5)	45 (22.5)	8 (4.0)
Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var	11 (5.5)	76 (38.0)	83 (41.5)	24 (12.0)	6 (3.0)
Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak	5 (2.5)	3 (1.5)	73 (36.5)	110 (55.0)	9 (4.5)
Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir	4 (2.0)	5 (2.5)	79 (39.5)	101 (50.5)	11 (5.5)
Tedavim hastalığımı kontrol edebilir	5 (2.5)	4 (2.0)	72 (36.0)	107 (53.5)	12 (6.0)
Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez	22 (11.0)	107(53.5)	50 (25.0)	18 (9.0)	3 (1.5)

Tablo 4.8 HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüşlere İlişkin Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımı (devamı)

C)Hastalık hakkındaki görüşler	Kesinlikle böyle düşünmüyorum	Böyle düşünmüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor	6 (3.0)	12 (6.0)	31 (15.5)	124 (62.0)	27 (13.5)
Hastalığım bana anlamsız geliyor	12 (6.0)	32 (16.0)	29 (14.5)	106 (53.0)	21 (10.5)
Hastalığımı anlamıyorum	10 (5.0)	40 (20.0)	24 (12.0)	103 (51.5)	23 (11.5)
Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum	13 (6.5)	34 (17.0)	27 (13.5)	104 (52.0)	22 (11.0)
Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum	31 (15.5)	94 (47.0)	28 (14.0)	41 (20.5)	6 (3.0)
Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor	4 (2.0)	8 (4.0)	27 (13.5)	129 (64.5)	32 (16.0)
Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok	2 (1.0)	10 (5.0)	33 (16.5)	117 (58.5)	38 (19.0)
Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)	2 (1.0)	10 (5.0)	56 (28.0)	89 (44.5)	43 (21.5)
Hastalığımın daha iyi ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor	1 (0.5)	3 (1.5)	18 (9.0)	131 (65.5)	47 (23.5)
Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum	7 (3.5)	9 (4.5)	18 (9.0)	90 (45.0)	76 (38.0)
Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum	4 (2.0)	6 (3.0)	18 (9.0)	89 (44.5)	83 (41.5)
Hastalığım beni öfkeli yapıyor	7 (3.5)	35 (17.5)	29 (14.5)	52 (26.0)	77 (38.5)
Hastalığım beni endişelendirmiyor	80 (40.0)	95 (47.5)	12 (6.0)	10 (5.0)	3 (1.5)
Bu hastalık beni kaygılandırıyor	3 (1.5)	3 (1.5)	7 (3.5)	95 (47.5)	92 (46.0)
Hastalığım beni korkutuyor	4 (2.0)	4 (2.0)	5 (2.5)	82 (41.0)	105 (52.5)

Hastaların %52,5'i hastalığın kendisini korkuttuğunu, %64,5'i hastalığın belirtilerinin günden güne farklılık gösterdiğini söylerken, %56,0'ı hastalığın seyrinin kendisine bağlı olduğu konusunda kararsız kalmıştır. Hastaların %53,5'i hastalığının yaşamını çok fazla etkilemediği fikrine katılmadığını, %40,0'ı hastalığının kendisini endişelendirmiyor ifadesine kesinlikle katılmadığını ifade etmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9'da HAÖ olası nedenlere ilişkin maddelere verilen yanıtların dağılımı sunulmuştur. Buna göre en yüksek oranda verilen cevaplar içinde, %49,5'i hastalığın kalıtsal ve sigara içme nedenli olduğuna kesinlikle katılmadığını, %35,5'i çevre kirliliği nedenli olduğuna katılmadığını, %29,5'i diyet- yemek alışkanlıkları ile ilgili neden konusunda kararsız olduğunu, %49,0'ı kendi davranışını nedenli olduğunu, %61,0'ı ise stres ya da endişe nedenine kesinlikle katıldığını ifade etmiştir.

Tablo 4.9 HAÖ Olası Nedenlere İlişkin Maddelere Verilen Yanıtların Dağılımı

D) Olası nedenler	Kesinlikle böyle düşünmüyorum	Böyle düşünmüyorum	Kararsızım	Böyle düşünüyorum	Kesinlikle böyle düşünüyorum
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Stres ya da endişe	8 (4.0)	11 (5.5)	27 (13.5)	32 (16.0)	122(61.0)
Kalıtsal (irisi)	99 (49.5)	34 (17.0)	17 (8.5)	24 (12.0)	26 (13.0)
Bir mikrop ya da virüs	65 (32.5)	31 (15.5)	34 (17.0)	32 (16.0)	38 (19.0)
Diyet- yemek alışkanlıklar	23 (11.5)	31 (15.5)	59 (29.5)	47 (23.5)	40 (20.0)
Şans ya da kötü talih	40 (20.0)	30 (15.0)	28 (14.0)	52 (26.0)	50 (25.0)
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım	63 (31.5)	58 (29.0)	33 (16.5)	27 (13.5)	19 (9.5)
Çevre kirliliği	68 (34.0)	71 (35.5)	39 (19.5)	16 (8.0)	6 (3.0)
Kendi davranışım	14 (7.0)	17 (8.5)	39 (19.5)	98 (49.0)	32 (16.0)
Benim tutumum, örneğin; yaşamım hakkında olumsuz düşünmem	10 (5.0)	27 (13.5)	41 (20.5)	94 (47.0)	28 (14.0)
Aile problemleri	16 (8.0)	36 (18.0)	39 (19.5)	57 (28.5)	52 (26.0)
Aşırı çalışma	27 (13.5)	47 (23.5)	30 (15.0)	36 (18.0)	60 (30.0)
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem	12 (6.0)	24 (12.0)	49 (24.5)	71 (35.5)	44 (22.0)
Yaşlanma	35 (17.5)	30 (15.0)	37 (18.5)	57 (28.5)	41 (20.5)
Alkol	147 (73.5)	19 (9.5)	6 (3.0)	22 (11.0)	6 (3.0)
Sigara içme	99 (49.5)	14 (7.0)	21 (10.5)	48 (24.0)	18 (9.0)
Kaza ya da yaralanma	160 (80.0)	31 (15.5)	2 (1.0)	4 (2.0)	3 (1.5)
Kişilik özelliklerim	22 (11.0)	15 (7.5)	30 (15.0)	114(57.0)	19 (9.5)
Vücut direncimin azalması	9 (4.5)	27 (13.5)	32 (16.0)	87 (43.5)	45 (22.5)

Hastalıklarına neden olan faktörler sorulduğunda; %80,0'ı kaza ya da yaralanma, %73,5'i alkol kullanımı, %49,5'i sigara kullanımı ve kalıtsal durumun kesinlikle etken olmadığını belirtirken, %35,5'i çevre kirliliğinin hasta olmasını etkilemediğini belirtmiştir. Hastaların %29,5'i diyet-yemek alışkanlıklarının, %24,5'i duygusal durumun, %20,5'i de kendi tutumunun hastalığa neden olduğu konusunda kararsız kalmıştır. Hastaların %57,0'ı kişilik özelliklerinin, %49,0'ı kendi davranışlarının, %47,0'ı da kendi tutumunun hastalık üzerinde etkisi olduğunu ifade ederken, %61,0'ı stres ya da endişenin, %30,0'ı aşırı çalışmanın, %26,0'ı aile problemlerinin kesinlikle hasta olmasındaki etken olarak görmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10 Katılımcıların Hastalıklarına Neden Olduğunu Düşündüğü Faktörlerin Önem Sırası

	Hastalık nedenleri önem sırası		
	1.sıra n (%)	2.sıra n (%)	3.sıra n (%)
Stres-endişe, duygu durumu, gelecek kaygısı, ekonomik sorun, düzensiz yaşam, kaza	76 (38.0)	54 (27.0)	45 (22.5)
Aşırı çalışma	25 (12.5)	20 (10.0)	16 (8.0)
Aile problemleri	19 (9.5)	17 (8.5)	9 (4.5)
Yaşlılık, kronik hastalıklar	20 (10.0)	11 (5.5)	11 (5.5)
Covid-19	13 (6.5)	9 (4.5)	12 (6.0)
Kalıtsal	13 (6.5)	18 (9.0)	14 (7.0)
Geçmişteki kötü tıbbi bakım, yanlış teşhis, şans, talih	8 (4.0)	6 (3.0)	2 (1.0)
Sağlıksız yaşam biçimi davranışları	21 (10.5)	54 (27.0)	72 (36.0)
Kişisel özelliklerim	5 (2.5)	11 (5.5)	19 (9.5)

Tablo 4.10'da hastaların hastalıklarına neden olduğu düşünüldüğü faktörler sunulmuştur. Hastaların hastalıklarına neden olduğunu düşündükleri faktörlere ilişkin dağılımda ilk sırada değerlendirilen faktörler incelendiğinde; hastaların %38'i stres-endişe, duygu durumu, gelecek kaygısı, ekonomik sorun, düzensiz yaşam, kazanın hastalığına neden olduğunu düşünürken, %12,5'i aşırı çalışma, %10,5'i sağlıksız yaşam biçimi davranışları, %10,0'ı yaşlılık, kronik hastalıklar nedeniyle hasta olduklarını ifade etmektedir (Tablo 4.10).

Hastaların HAÖ'lerine ilişkin alt boyut puan ortalaması Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11 HAÖ Puanlarına İlişkin Bilgiler

Boyut	Min-Max	$\bar{X}\pm SS$	Cronbach's alfa
HAÖ Belirtiler	0-14	4,13±2,80	0,76
HAÖ Görüşler	90-172	134,98±12,15	0,81
HAÖ Süre (kronik)	6-30	20,68±4,76	0,89
HAÖ Sonuçlar	9-30	23,33±4,18	0,79
HAÖ Kişisel kontrol	6-30	20,13±4,50	0,92
HAÖ Tedavi kontrolü	5-25	17,66±3,30	0,89
HAÖ Hastalığı Anlayabilme	5-24	12,37±4,59	0,92
HAÖ Süre (düngüsel)	7-20	15,69±2,44	0,78
HAÖ Duygusal temsiller	10-30	25,03±4,32	0,86
HAÖ Olası Nedenler	26-90	53,30± 9.29	0,72
HAÖ Psikolojik atıflar	6-30	21,52±4,47	0,68
HAÖ Risk faktörleri	10-35	18,62±4,02	0,29
HAÖ Bağışıklık	3-15	8,50±2,77	0,59
HAÖ Kaza Şans	2-10	4,51±1,65	0,02

Tablo 4.12 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Belirtiler Medyan (Min-Max) $\bar{X}\pm SS$
Yaş		
39 ve altı	26	3 (1 - 6)
40-54 yaş	61	5 (3 - 7)
55-64 yaş	45	5 (1 - 6)
65 ve üzeri	68	4 (1 - 5)
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2= 11,444$, $p= 0,010^*$
Cinsiyet		
Kadın	79	3,73±2,65
Erkek	121	4,39±2,88
^b Test değeri (t)		t= -1,621, $p= 0,107$
Medeni durum		
Evli	165	5 (2 - 6)
Bekar	13	3 (1 - 5)
Boşanmış/dul	22	3 (0 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2= 2,799$ $p=0,247$

Tablo 4.12 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Belirtiler Medyan (Min-Max)	
		$\bar{X} \pm SS$	
Çocuk sahibi olma			
Evet	178	4 (2 - 6)	
Hayır	22	3,5 (1 - 6)	
^c Test değeri (z)		Z= -0,236	p= 0,813
Aile tipi			
Geniş aile	25	4 (0 - 5)	
Çekirdek aile	175	4 (2 - 6)	
^c Test değeri (z)		Z=-0,926	p=0,354
Yaşadığı yer			
İl	105	4,55±2,7	
İlçe	46	3,67±3,16	
Köy	49	3,65±2,58	
^d Test değeri (F)		F=2,551	p=0,081
Eğitim düzeyi			
Okuryazar değil	8	3,5 (1,5 - 6)	
Okuryazar	22	4 (0 - 5)	
İlkokul	20	5 (3 - 5)	
Ortaokul	72	4 (1 - 6)	
Lise	46	4,5 (2 - 6)	
Üniversite	32	5 (3 - 7)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2=4,359$	p=0,499
Gelir durumu			
Gelir giderden fazla	22	6 (4 - 7)	
Gelir gidere eşit	85	4 (2 - 6)	
Gelir giderden az	93	4 (1 - 6)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2=4,702$	p=0,095
Meslek			
Kamu sektörü	21	5 (3 - 6)	
İşçi	24	5,5 (0,5 - 7)	
Emekli	48	4 (2,5 - 5,5)	
Özel sektör	34	5 (1 - 6)	
Serbest meslek	25	5 (3 - 6)	
Çiftçi	18	3 (2 - 5)	
Ev hanımı	30	4 (1 - 5)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2=5,590$	p=0,471

Tablo 4.12 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	Belirtiler Medyan (Min-Max)	
	n	$\bar{X} \pm SS$
Çalışma durumu		
Evet	104	4,29±2,86
Hayır	96	3,96±2,75
^b Test değeri (t)		t=0,832 p= 0,407

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Tablo 4.12 de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre HAÖ ölçeği belirtiler alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların yaşlarına göre HAÖ belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.01). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda yaşı 65 ve üzeri olanların puanlarının 40-54 yaş arası olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.01).

Hastaların BMI değerleri, cinsiyetleri, medeni durumları, çocuk sahibi olma durumları, aile tipleri, yaşadığı yer, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, mesleği ve çalışma durumlarına göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13 de hastaların hastalık özelliklerine göre HAÖ belirtiler puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların kronik hastalık varlığı, kronik hastalıkları, sürekli kullandıkları ilaç olması durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumları, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumları, kalp hastalığı olan akraba, sigara ve alkol kullanma durumları, düzenli spor yapma durumu, düzenli uyku alışkanlığı, günlük uyku süreleri, Covid-19 sonrası kalp ile ilgili komplikasyon yaşama durumu ve sağlık algılarına göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tedavi gördükleri kalp hastalığına ve kalp hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumlarına göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Bilgi sahibi olanların puanları daha yüksektir. Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda koroner KH tedavisi görenlerin puanlarının PAH tedavisi görenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Hastaların hastalık sürelerine göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,013). Bonferroni testi sonucunda hastalık süresi 5 yıl ve üzeri olanların puanlarının 3-5 ay arası olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Hastaların kalp hastalıkları hakkındaki bilgi edindikleri kaynağa göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,001). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda bilgiyi sağlık personelinden alanların puanlarının bilgisi olmayan ve akraba/arkadaşlarından edinenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,01).

Hastaların birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olması durumuna göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,044). Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olanların puanları daha düşüktür. Hastaların düzenli spor yapma durumu ve spor yapma sıklıklarına göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Düzenli spor yapanların puanları daha düşüktür. Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda spor yapmayanların puanlarının haftada 2-3 gün spor yapanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Hastaların COVID-19 geçirme durumuna göre HAÖ Belirtiler alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p=0,010). COVID-19 geçirenlerin puanları daha yüksektir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Belirtiler Medyan (Min-Max)	
		\bar{X}	SS
Eşlik eden kronik hastalık varlığı			
Evet	111	4,29	2,67
Hayır	89	3,93	2,96
^b Test değeri (t)		t=0,892	p=0,374

Tablo 4.13 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Belirtiler Medyan (Min-Max)	
		$\bar{X} \pm SS$	
Kronik hastalık türü			
Yok	89	4 (1 - 6)	
HT	65	5 (3 - 6)	
DM	27	4 (3 - 5)	
KAH	2	3,5 (0 - 7)	
KOAH	4	1,5 (0 - 4,5)	
Diğer	13	5 (2 - 7)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2=3,735$	p=0,588
Kalp hastalığı türü			
Koroner kalp hastalığı	125	5 (3 - 6)	
Serebrovasküler hastalık	25	4 (1 - 5)	
Konjenital kalp hastalığı	10	2,5 (1 - 5)	
Kardiyak aritmi	25	4 (2 - 6)	
Periferik arter hastalığı	15	2 (0 - 5)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2=9,768$	p=0.045*
İlaç kullanma durumu			
Evet	118	4,16 \pm 2,88	
Hayır	82	4,09 \pm 2,7	
^b Test değeri (t)		t=0,187	p=0,852
Düzenli ilaç kullanma durumu			
Kullanmıyorum	82	4,09 \pm 2,7	
Düzenli kullanıyorum	46	4,22 \pm 2,86	
Düzenli kullanmıyorum	72	4,13 \pm 2,92	
^d Test değeri (F)		F=0,033	p=0,968
Düzenli sağlık kontrolü			
Evet	43	4,16 \pm 2,97	
Hayır	157	4,12 \pm 2,77	
^b Test değeri (t)		t=0,086	p=0,931
Hastalık tanı süresi			
3-5 ay	67	3,24 \pm 2,84	
6-11 ay	50	4,46 \pm 2,7	
1-5 yıl	44	4,48 \pm 2,71	
\geq 5 yıl	39	4,85 \pm 2,67	
^d Test değeri (F)		F=3,710	p=0,013*

Tablo 4.13 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Belirtiler	
		Medyan (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$
Hastalık bilgisine sahip olma durumu			
Evet	71		4,93±2,98
Hayır	129		3,69±2,61
^b Test değeri (t)		t=3,056	p=0,003*
Hastalık hakkında bilgi kaynakları			
Hiç kimse	129	4 (1 - 6)	
TV-internet	32	5 (3 - 6)	
Akraba, arkadaş	12	2,5 (0 - 5,5)	
Doktor-sağlık personeli	27	6 (5 - 8)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2=18,734$	p<0.01*
Ailede kalp hastalığı öyküsü			
Evet	67		3,57±3,02
Hayır	133		4,41±2,65
^b Test değeri (t)		t = -2,032	p=0,044*
Ailede kalp hastalığı öyküsü olan kişi			
Hiç kimse	133	5 (3 - 6)	
Anne	41	3 (1 - 5)	
Baba	21	4 (0 - 6)	
Kardeş	5	4 (0 - 6)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2 =4,233$	p=0,237
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyor	85		4,56±2,89
Kullanmıyor	115		3,81±2,7
^b Test değeri (t)		t=1,898	p=0,059
Alkol kullanma durumu			
Kullanıyor	30		3,47±2,81
Kullanmıyor	170		4,25±2,79
^b Test değeri (t)		t= -1,410	p=0,160
Spor yapma durumu			
Yapıyor	48		3,4±2,57
Yapmıyor	152		4,36±2,84
^b Test değeri (t)		t=-2,100	p=0,037*

Tablo 4.13 Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre HAÖ Belirtiler Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Belirtiler	
		Medyan (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$
Spor yapma süresi			
Yapmıyorum	152	5 (2 - 6)	
Haftada 2 ya da 3	33	3 (0 - 5)	
Haftada 1 gün	15	5 (3 - 6)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2 = 7,341$	p=0,025*
Düzenli uyku alışkanlığı			
Evet	67	3,88±2,68	
Hayır	133	4,26±2,86	
^b Test değeri (t)		t=-0,893	p=0,373
Uyku süresi			
8 saat ve üzeri	59	3,69±2,87	
8 saatten az	141	4,31±2,76	
^b Test değeri (t)		t=-1,424	p=0,156
COVID 19 geçirme durumu			
Geçirmiş	76	4,78±2,77	
Geçirmemiş	124	3,73±2,76	
^b Test değeri (t)		t=2,590	p=0,010*
Komplikasyon görülme durumu			
Evet	22	5 (3 - 6)	
Hayır	178	4 (2 - 6)	
^c Test değeri (z)		z=-0,687	p=0,492
COVID 19 sonrası komplikasyon			
Yok	178	4 (2 - 6)	
Taşikardi	10	6 (5 - 7)	
Ritim bozukluğu	3	5 (4 - 7)	
Solunum sıkıntısı	3	3 (3 - 8)	
Emboli	3	5 (3 - 5)	
Çeşitli ağrı	3	0 (0 - 0)	
^a Test değeri (χ^2)		$\chi^2 = 10,030$	p=0,074
Sağlık algısı			
İyi düzeyde	36	3,78±3,01	
Orta düzeyde	115	4,4±2,72	
Kötü düzeyde	49	3,76±2,82	
^d Test değeri (F)		F=1,260	p=0,286

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Tablo 4.14 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüş Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Süre	Sonuçlar	Kişisel	Tedavi	Hastalığı	Süre	Duygusal
		Kronik		kontrol	kontrolü	anlayabilme	döngüsel	temsiller
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min-Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yaş								
39 ve altı	26	21(17-25)	23(19-24)	20(16-23)	16(14-20)	10(10-17)	16(15-18)	29(23-30)
40-54 yaş	61	20(18-23)	23(20-26)	22(19-24)	19(16-20)	13(10-18)	16(15-16)	24(22-28)
55-64 yaş	45	21(18-23)	24(22-26)	21(20-24)	20(18-20)	10(10-16)	16(15-16)	24(22-27)
65 ve üzeri	68	21(18-24)	24(22,5- 26)	18(18- 22,5)	17(15-20)	10(10-15)	16(14- 16,5)	25(22-30)
^a Test (χ^2)		1,779	5,968	14,360	12,516	3,851	1,792	4,799
p		0,619	0,113	0,002*	0,006*	0,278	0,617	0,187
Cinsiyet								
Kadın	79	21,23±4,68	23,56±4,49	20,18±4,35	17,41±3,23	12,13±4,59	15,8±2,72	25,78±4,08
Erkek	121	20,32±4,79	23,18±3,98	20,1±4,62	17,82±3,35	12,53±4,6	15,61±2,24	24,54±4,41
^b Test (t)		1,319	0,620	0,120	-0,865	-0,605	0,527	2,013
p değeri		0,189	0,536	0,905	0,388	0,546	0,599	0,045*
Medeni durum								
Evli	165	21 (18-23)	24 (21-26)	21 (18-24)	19 (15-20)	10 (10-15)	16 (14-16)	24 (22-30)
Bekar	13	23 (19-25)	24 (23-27)	20 (16-22)	16 (13-19)	10 (10-18)	16 (16-18)	30 (24-30)
Boşanmış/d ul	22	22 (18-26)	25 (22-30)	18,5 (18- 22)	16,5 (15- 20)	10 (10-15)	16 (15-16)	25 (22-29)
^a Test (χ^2)		2,761	4,286	4,742	8,525	0,137	0,922	5,186
p		0,251	0,117	0,093	0,014*	0,934	0,631	0,075
Çocuk sahibi olma								
Evet	178	21(18-24)	24(21-26)	20(18-24)	19(15-20)	10(10-15)	16(14-16)	24(22-29)
Hayır	22	22(17-26)	24(21-29)	20,5(16- 22)	17,5(14- 19)	11(10-18)	16(15-18)	28,5(24- 30)
^c Test (z)		-0,653	-0,183	-0,798	-1,834	-0,427	-0,968	-1,798
p		0,514	0,855	0,425	0,067	0,670	0,333	0,072
Aile tipi								
Geniş aile	25	20(18-23)	24(22-25)	20(18-24)	19(16-20)	15(10-15)	15(13-16)	24(22-26)
Çekirdek A.	175	21(18-24)	24(21-26)	20(18-23)	18(15-20)	10(10-15)	16(15-16)	25(22- 30)
^c Test (z)		-1,002	-0,160	-0,379	-0,235	-1,359	-1,916	-1,128
p		0,316	0,873	0,705		0,174	0,055	0,259
Yaşadığı yer								
İl	105	20,8±4,88	22,92±4,34	20,67±4,34	17,63±3,49	12,76±4,73	16,01±2,49	25,34±4,52
İlçe	46	19,57±4,85	23,2±4,18	20,39±3,96	18,52±2,9	12,87±4,9	15,2±2,26	23,91±4,25
Köy	49	21,47±4,27	24,33±3,72	18,73±5,08	16,9±3,1	11,06±3,73	15,45±2,43	25,41±3,82
^d Test (F)		1,992	1,930	3,249	2,938	2,693	2,113	2,025
p		0,139	0,148	0,041*	0,055	0,070	0,124	0,135

Tablo 4.14 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüş Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Süre	Sonuçlar	Kişisel	Tedavi	Hastalığı	Süre	Duygusal
		Kronik		kontrol	kontrolü	anlayabilme	döngüsel	temsiller
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min-Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eğitim düzeyi								
Okuryazar değil	8	20,5 (18- 23)	23,5 (23- 24,5)	22,5 (19- 24)	20 (19- 20,5)	12,5 (10-15)	15,5 (14,5- 18)	24 (23- 27,5)
Okuryazar	22	23 (18-24)	24,5 (24- 27)	18 (12-19)	15 (14-17)	10 (10-15)	15,5 (15- 16)	27,5 (24- 29)
İlkokul	20	19,5 (17,5- 25)	25 (23,5- 26)	18,5 (18- 24)	19 (15-20)	10,5 (10-15)	15 (14-16)	24 (22-30)
Ortaokul	72	21 (18-24)	23,5 (20,5- 26)	20,5 (18- 23)	18,5 (15- 20)	10 (10-15)	16 (14,5- 17)	24 (22- 29,5)
Lise	46	21 (18-24)	22,5 (20- 25)	21 (18-24)	18 (15-20)	12 (10-18)	16 (14-16)	24 (18-29)
Üniversite	32	20 (18-23)	23 (20-24)	22 (19,5- 24)	19 (15,5- 20)	10 (10-18)	16 (15-16)	26,5 (22,5 - 30)
^aTest (χ^2)		3,032	13,061	16,496	15,429	6,070	3,404	6,654
p		0,695	0,023*	0,006*	0,009*	0,299	0,638	0,248
Sosyal güvence varlığı								
Evet	186	21 (18-24)	24 (21-26)	21 (18-23)	19 (15-20)	10 (10-15)	16 (14-16)	25 (22-30)
Hayır	14	21 (18-24)	23,5 (22- 26)	19,5 (18- 24)	16 (13-20)	10 (10-15)	16 (14-18)	23,5 (22- 26)
^cTest (z)		-0,101	-0,106	-0,087	-0,881	-0,660	-0,010	-1,452
p		0,920	0,916	0,931	0,378	0,509	0,992	0,146
Gelir durumu								
Gelir giderden fazla	22	20 (18-24)	22,5 (21- 27)	22 (19-24)	19 (16-20)	14,5 (10-18)	16 (15-16)	24 (22-30)
Gelir gidere eşit	85	21 (18-23)	24 (20-26)	20 (18-24)	18 (15-20)	10 (10-15)	16 (14-16)	25 (22-29)
Gelir giderden az	93	21 (18-24)	24 (22-26)	20 (18-23)	18 (15-20)	10 (10-15)	16 (15-16)	24 (22-30)
^aTest (χ^2)		0,135	1,411	3,052	0,988	3,054	0,144	0,014
p		0,935	0,494	0,217	0,610	0,217	0,930	0,993

Tablo 4.14 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüş Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Süre	Sonuçlar	Kişisel	Tedavi	Hastalığı	Süre	Duygusal
		Kronik		kontrol	kontrolü	anlayabilme	döngüsel	temsiller
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min-Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Meslek								
Kamu sektörü	21	20 (18-22)	23 (20-24)	22 (20-24)	20 (16-20)	12 (10 - 17)	16 (16-16)	24 (23-27)
İşçi	24	23 (18-26)	23,5 (21-26)	20 (18-23)	17 (15-20)	10 (10 - 14)	16 (14-17)	24 (21-27,5)
Emekli	48	21 (18-24)	25 (23-26,5)	18 (18-23,5)	17 (15-20)	10 (10 - 15)	15,5 (14-16,5)	24,5 (22,5-30)
Özel sektör	34	20 (17-23)	21,5 (20-24)	21 (19-23)	19 (15-20)	11 (10 - 18)	16 (15-16)	27 (22-30)
Serbest meslek	25	22 (18-24)	24 (20-27)	20 (18-22)	18 (15-20)	12 (10 - 15)	16 (13-16)	24 (22-29)
Çiftçi	18	20,5 (18-23)	24 (21-25)	23,5 (18-24)	20 (19-20)	10 (10 - 10)	15,5 (15-16)	24 (22-26)
Ev hanımı	30	21 (18-24)	23,5 (22-26)	20 (18-22)	17 (15-20)	10 (10 - 14)	16 (15-18)	25,5 (24 - 30)
^aTest (χ^2)		5,471	13,902	9,263	5,088	7,754	2,788	5,150
p		0,485	0,031*	0,159	0,533	0,257	0,835	0,525
Çalışma durumu								
Evet	104	20,38±4,77	22,55±4,29	20,83±3,7	18,03±3,27	12,78±4,53	15,59±2,35	24,08±4,76
Hayır	96	21±4,74	24,18±3,91	19,38±5,15	17,25±3,3	11,93±4,64	15,79±2,53	26,06±3,52
^bTest (t)		-0,914	-2,801	2,274	1,676	1,314	-0,594	-3,371
p		0,362	0,006*	0,024*	0,095	0,190	0,553	0,001*

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Tablo 4.14 de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre HAÖ hastalık hakkındaki görüş puanları karşılaştırılmıştır. Hastaların yaşları ile HAÖ Süre (kronik), Kişisel kontrol, Tedavi kontrolü, Hastalığı anlayabilme, Süre (döngüsel), Duygusal temsiller alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Hastaların yaşları ile HAÖ Sonuçlar alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (r=0,218, p=0,002).

Hastaların BKÍ değerleri ile HAÖ Süre (kronik), Sonuçlar, Kişisel kontrol, Tedavi kontrolü, Hastalığı anlayabilme, Duygusal temsiller alt boyut puanları arasında

istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların BKİ değerleri ile HAÖ Süre (döngüsel) alt boyut puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,184$, $p=0,009$).

Katılımcıların yaşlarına göre HAÖ Süre (kronik), Sonuçlar, Hastalığı anlayabilme, Süre (döngüsel), Duygusal temsiller alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların yaşlarına göre kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Dunn-Bonferroni test düzeltilmesinde kişisel kontrol alt boyutunda 65 ve üzeri olanların puanlarının 40-54 ve 55-64 yaş arası olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Tedavi kontrolü alt boyutunda ise yaşı 55-64 yaş arası olanların puanlarının 39 yaş altı ve 65 ve üzeri olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların cinsiyetlerine göre Duygusal temsiller alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanırken ($p<0,05$) diğer alt boyutlarda anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kadınların puanları daha yüksektir. Medeni duruma göre Tedavi kontrolü alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda evli olanların puanlarının bekar olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çocuk sahibi olma durumları, aile tipleri ve gelir düzeyleri, sosyal güvence durumu göre HAÖ alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların yaşadıkları yere göre HAÖ Kişisel kontrol alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanırken ($p<0,05$), diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda ilde yaşayanların puanlarının köyde yaşayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların eğitim düzeyine göre Sonuçlar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda okuryazar olanların puanlarının lise ve üniversite mezunu olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların eğitim düzeyine göre kişisel kontrol alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda okuryazar olanların puanlarının ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların eğitim düzeyine göre tedavi kontrolü alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda okuryazar olanların puanlarının okuryazar olmayanların ve ortaokul mezunu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların mesleklerine göre HAÖ sonuçlar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda emeklilerin puanlarının özel sektörde çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hastaların çalışma durumlarına göre HAÖ sonuçlar, kişisel kontrol, duygusal temsiller alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışanların kişisel kontrol puanı daha yüksek iken sonuçlar ve duygusal temsiller puanları daha düşüktür (tablo 4.14).

Tablo 4.15 Hastaların hastalık özelliklerine göre HAÖ hastalık hakkındaki görüş puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Süre Kronik	Sonuçlar	Kişisel kontrol	Tedavi kontrolü	Hastalığı anlayabilme	Süre döngüsel	Duygusal temsiller	
								Medyan (Min-Max)
n	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Eşlik eden kronik hastalık varlığı								
Evet	111	21,35±4,55	24,07±3,99	19,79±4,91	17,5±3,32	12,51±4,68	15,55±2,38	25,28±4,12
Hayır	89	19,84±4,9	22,4±4,24	20,55±3,91	17,84±3,28	12,19±4,49	15,85±2,51	24,72±4,55
^b Test (t)		2,253	2,854	-1,214	-0,720	0,493	-0,878	0,912
p		0,025*	0,005*	0,226	0,473	0,623	0,381	0,363
Kronik hastalık türü								
Yok	89	20 (18-23)	22 (20-25)	21 (18-23)	19 (16-20)	10 (10-15)	16 (15-16)	24 (22-29)
HT	65	22 (18-24)	24 (22-26)	21 (18-23)	19 (15-20)	10 (10-15)	16 (14-16)	24 (22-30)
DM	27	21 (19-24)	24 (23-27)	20 (18-23)	17 (15-20)	10 (10-18)	16 (15-16)	26 (24-30)
KAH	2	22 (16-28)	20,5 (11-30)	19,5 (19-20)	16,5 (14-19)	12 (10-14)	15 (13-17)	28,5 (27-30)
KOAH	4	23,5 (22,5-24,5)	23,5 (22,5-25)	19,5 (18-22)	15,5 (14,5-17,5)	10 (10-10)	15,5 (14-17)	24 (24-25,5)
Diğer	13	22 (18-25)	25 (23-25)	24 (18-24)	20 (15-20)	10 (9-15)	16 (15-16)	24 (22-26)
^a Test (χ^2)		7,685	11,243	2,409	5,082	3,157	1,665	5,563
p		0,174	0,047*	0,790	0,406	0,676	0,893	0,351

Tablo 4.15 Hastaların hastalık özelliklerine göre HAÖ hastalık hakkındaki görüş puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Süre	Sonuçlar	Kişisel	Tedavi	Hastalığı	Süre	Duygusal
		Kronik		control	kontrolü	anlayabilme	döngüsel	temsiller
		Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)	Medyan (Min- Max)
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Kalp hastalığı türü								
Koroner KH	125	21 (18-24)	24 (22-26)	21 (18-24)	19 (16-20)	10 (10-15)	16 (15-16)	24 (22-29)
SVH	25	20 (18-24)	24 (23- 26)	18 (16-20)	15 (15-17)	10 (6-14)	15 (14-17)	25 (24-30)
KKH	10	25 (18-26)	23,5 (20- 27)	19,5 (8-22)	16,5 (13- 19)	10 (10-18)	16 (14-16)	26 (23-30)
Kardiyak aritmi	25	18 (15-20)	19 (17-21)	20 (18-23)	19 (18-20)	10 (10-17)	16 (15-20)	24 (22-29)
PAH	15	23 (19-24)	24 (18- 27)	19 (12-23)	16 (15-18)	10 (10-15)	16 (13-16)	24 (16-30)
^a Test (χ^2)		16,327	24,983	16,588	20,408	3,961	3,055	3,316
p		0,003*	<0,001*	0,002*	<0,001*	0,411	0,549	0,506
İlaç kullanma durumu								
Evet	118	21,35±4,57	23,98±4,04	19,94±4,93	17,58±3,3	12,78±4,79	15,38±2,5	24,91±4,48
Hayır	82	19,72±4,87	22,39±4,22	20,4±3,81	17,77±3,31	11,78±4,25	16,12±2,28	25,21±4,1
^b Test (t)		2,410	2,692	-0,746	-0,404	1,519	-2,133	-0,483
p		0,017*	0,008*	0,457	0,687	0,130	0,034*	0,629
Düzenli ilaç kullanma durumu								
Kullanmıyorum	82	19,72±4,87	22,39±4,22	20,4±3,81	17,77±3,31	11,78±4,25	16,12±2,28	25,21±4,1
Düzenli kullanıyorum	46	20,72±4,73	23,96±3,9	22,37±3,56	18,41±2,93	14,24±4,68	14,91±1,9	23,87±4,2
Düzenli kullanmıyorum	72	21,75±4,46	24±4,16	18,39±5,08	17,04±3,43	11,85±4,65	15,68±2,79	25,57±4,55
^d Test (F)		3,588	3,607	12,529	2,547	5,167	3,728	2,324
p		0,029*	0,029*	<0,001*	0,081	0,006*	0,026*	0,101
Düzenli sağlık kontrolü								
Evet	43	20,95±4,21	23,47±4,26	21,79±3,56	18,16±3,14	13,91±4,42	14,86±1,91	24,07±3,74
Hayır	157	20,61±4,9	23,29±4,17	19,68±4,63	17,52±3,34	11,95±4,56	15,91±2,52	25,29±4,44
^b Test (t)		0,425	0,239	2,776	1,140	2,512	-2,539	-1,821
p		0,671	0,812	0,006*	0,256	0,013*	0,012*	0,072
Hastalık tanı süresi								
3-5 ay	67	19,45±4,79	23,01±3,85	20±4,12	17,6±3,07	11,37±4,07	15,52±2,43	24,81±4,45
6-11 ay	50	20±4,19	22,66±5,06	19,84±3,58	17,18±3,22	12,22±4,33	15,88±2,77	24,42±4,26
1-5 yıl	44	21,41±4,54	23,41±3,49	20,98±4,39	18,36±3,53	13,23±4,52	15,8±2,19	24,86±4,37
≥ 5 yıl	39	22,85±4,87	24,64±4,05	19,77±6,11	17,56±3,49	13,31±5,54	15,59±2,3	26,38±3,96
^d Test (F)		5,192	1,864	0,688	1,040	2,164	0,253	1,713
p		0,002*	0,137	0,561	0,376	0,094	0,859	0,166

Tablo 4.15 Hastaların hastalık özelliklerine göre HAÖ hastalık hakkındaki görüş puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	Süre		Sonuçlar		Kişisel	Tedavi	Hastalığı	Süre	Duygusal
	Kronik				control	kontrolü	anlayabilme	döngüsel	temsiller
	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)
n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Hastalık bilgisine sahip olma durumu									
Evet	71	21,17±4,74	23,01±4,65	21,51±4,28	17,93±3,37	14,35±4,75	15,39±2,62	24,69±4,46	
Hayır	129	20,41±4,76	23,5±3,9	19,37±4,45	17,5±3,26	11,28±4,12	15,84±2,32	25,22±4,24	
^bTest (t)		1,079	-0,792	3,288	0,873	4,580	-1,253	-0,825	
p		0,282	0,429	0,001*	0,384	<0,001*	0,212	0,410	
Hastalık hakkında bilgi kaynakları									
Hiç kimse	129	21 (18-23)	24 (21-26)	19 (18-22)	18 (15-20)	10 (10-14)	16 (15-16)	24 (22-30)	
TV-internet	32	20,5 (18-24)	23 (20-25)	22 (20-24)	19 (16-20)	13,5 (10-18)	16 (14-16)	26 (22,5 - 30)	
Akraba, arkadaş	12	18 (15,5-25)	23 (19,5-28,5)	23,5 (19,5-25)	19,5 (16-21,5)	15 (10-19,5)	16 (13,5-18,5)	23 (20,5-27)	
Doktor-Sağlık personeli	27	23 (19-25)	24 (22-26)	21 (19-24)	19 (15-20)	15 (10-19)	15 (14-16)	25 (22-28)	
^aTest (χ^2)		4,297	2,347	15,278	2,678	18,717	1,582	2,408	
p		0,231	0,504	0,002*	0,444	<0,001*	0,664	0,492	
Ailede kalp hastalığı öyküsü									
Evet	67	21,37±4,71	23,58±4,21	20,82±4,8	17,7±3,4	13,51±4,63	15,46±2,26	24,18±4,41	
Hayır	133	20,33±4,76	23,2±4,18	19,78±4,32	17,63±3,26	11,8±4,48	15,8±2,52	25,46±4,22	
^bTest (t)		1,467	0,604	1,546	0,141	2,521	-0,916	-1,993	
p		0,144	0,546	0,124	0,888	0,012*	0,361	0,048*	
Ailede kalp hastalığı öyküsü olan kişi									
Hiç kimse	133	21 (18 -23)	23 (21 -26)	20 (18 -23)	18 (15 -20)	10 (10 -15)	16 (14 -16)	25 (23 -30)	
Anne	41	22 (18 -25)	24 (22 -26)	21 (18 -24)	18 (15 -20)	15 (10 -18)	16 (14 -16)	24 (22 -30)	
Baba	21	22 (19 -24)	24 (22 -26)	22 (20 -23)	20 (17 -20)	10 (10 -16)	15 (15 -16)	23 (21 -27)	
Kardeş	5	23 (18 -25)	25 (24 -26)	24 (10 -25)	20 (17 -21)	10 (5 - 15)	16 (15 -20)	25 (20 -26)	
^aTest (χ^2)		2,673	2,520	4,820	3,489	9,690	1,889	6,361	
p değeri		0,445	0,472	0,185	0,322	0,021*	0,596	0,095	
Sigara kullanma durumu									
Kullanıyor	85	20,08±4,94	22,76±4,32	19,88±5,18	17,85±3,57	12,84±4,71	15,71±2,58	24,36±4,45	
Kullanmıyor	115	21,12±4,59	23,75±4,04	20,31±3,94	17,51±3,09	12,03±4,49	15,67±2,34	25,52±4,17	
^bTest (t)		-1,533	-1,652	-0,668	0,707	1,234	0,104	-1,886	
p		0,127	0,100	0,505	0,480	0,219	0,917	0,061	
Alkol kullanma durumu									
Kullanıyor	30	20,87±4,75	22,67±4,74	19,1±4,78	16,73±3,89	13,57±4,83	14,9±2,63	23,93±5,49	
Kullanmıyor	170	20,65±4,77	23,45±4,08	20,31±4,44	17,82±3,17	12,16±4,53	15,82±2,38	25,22±4,06	
^bTest (t)		0,233	-0,943	-1,362	-1,667	1,555	-1,927	-1,514	
p		0,816	0,347	0,175	0,097	0,122	0,055	0,132	

Tablo 4.15 Hastaların hastalık özelliklerine göre HAÖ hastalık hakkındaki görüş puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Süre	Sonuçlar	Kişisel	Tedavi	Hastalığı	Süre	Duygusal
		Kronik		control	kontrolü	anlayabilme	döngüsel	temsiller
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
		(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Spor yapma durumu								
Yapıyor	48	18,92±4,93	22,88±3,93	21,92±4,09	18,83±3,08	12,56±4,58	16,04±2,26	24,27±4,36
Yapmıyor	152	21,24±4,58	23,47±4,26	19,57±4,49	17,28±3,29	12,31±4,6	15,57±2,49	25,27±4,29
^b Test (t)		-3,006	-0,865	3,228	2,891	0,333	1,164	-1,401
p		0,003*	0,388	0,001*	0,004*	0,740	0,246	0,163
Spor yapma süresi								
Yapmıyorum	152	22 (18-24)	24(21-26)	20(18-23)	17,5(15-20)	10(10-15)	16(14-16)	25(22-30)
Haftada 2 ya da 3	33	18(15-21)	23(20-25)	23(20-24)	20(18-20)	10(10-16)	16(15-16)	24(22-25)
Haftada 1 gün	15	18(17-26)	24(21-26)	22(18-24)	18(16-20)	11(10-18)	16(16-20)	26(21-30)
^a Test (χ^2)		10,385	1,612	12,055	9,983	0,244	3,240	2,658
p		0,006*	0,447	0,002*	0,007*	0,885	0,198	0,265
Düzenli uyku alışkanlığı								
Evet	67	20,22±4,74	23,25±4,21	20,19±5,05	18,22±3,34	12,82±4,83	15,37±2,42	24,97±4,32
Hayır	133	20,91±4,76	23,37±4,18	20,1±4,22	17,37±3,25	12,14±4,46	15,84±2,44	25,06±4,33
^b Test (t)		-0,963	-0,183	0,142	1,740	0,986	-1,287	-0,139
p		0,337	0,855	0,887	0,083	0,325	0,200	0,890
COVID 19 geçirme durumu								
Geçirmiş	76	20,16±4,6	22,51±4,46	20,89±3,9	17,91±3,39	12,45±4,79	16,01±2,49	25,43±4,65
Geçirmemiş	124	21±4,84	23,83±3,93	19,66±4,79	17,5±3,24	12,32±4,48	15,48±2,39	24,78±4,1
^b Test (t)		-1,217	-2,184	1,893	0,848	0,186	1,496	1,037
p		0,225	0,030*	0,060	0,397	0,852	0,136	0,301
Komplikasyon görülme durumu								
Evet	22	21(19-23)	22,5(20-26)	21,5(19-23)	19(16-20)	10(10-17)	16(15-16)	25(24-27)
Hayır	178	21(18-24)	24(21-26)	20(18-24)	18(15-20)	10(10-15)	16(14-16)	24(22-30)
^c Test (z)		-0,243	-0,507	-0,997	-0,458	-0,545	-0,454	-0,040
p		0,808	0,612	0,319	0,647	0,586	0,65	0,968

Tablo 4.15 Hastaların hastalık özelliklerine göre HAÖ hastalık hakkındaki görüş puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	Süre	Sonuçlar	Kişisel	Tedavi	Hastalığı	Süre	Duygusal	
	Kronik		control	kontrolü	anlayabilme	döngüsel	temsiller	
	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	
	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	(Min- Max)	
n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık algısı								
İyi düzeyde	36	19,33±5,19	22,22±4,56	21,5±4,88	18,25±3,97	13,64±4,68	14,86±2,81	23,78±5,55
Orta düzeyde	115	20,37±4,4	23,03±4,04	20,63±3,95	18,06±3,24	12,65±4,57	15,88±2,34	25,03±4,18
Kötü düzeyde	49	22,41±4,86	24,86±3,86	17,94±4,75	16,27±2,46	10,78±4,21	15,84±2,28	25,94±3,36
^dTest (F)		5,137	5,036	8,841	6,103	4,722	2,555	2,644
p		0,007*	0,007*	<0,001*	0,003*	0,010*	0,080	0,074

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Tablo 4.15’de hastaların kronik hastalık varlığına göre süre (kronik), sonuçlar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanırken (p<0,05), HAÖ nin diğer alt boyutlarında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Kronik hastalığı olanların puanları daha yüksektir. Kronik hastalıklarına göre ise Sonuçlar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Dunn-Bonferroni test değerlendirmesinde kronik hastalığı olmayanların puanlarının DM hastalığı olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Hastaların tedavi gördükleri kalp hastalığına göre süre (kronik), sonuçlar, kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0,01). Her alt boyut için yapılan Dunn-Bonferroni testi sonucunda Süre (kronik) alt boyutunda, kardiyak aritmi nedeniyle tedavi görenlerin puanlarının koroner KH, KKH ve PAH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05). Sonuçlar alt boyutunda kardiyak aritmi nedeniyle tedavi görenlerin puanlarının koroner KH ve SVH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,001). Kişisel kontrol alt boyutunda koroner KH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarının SVH hastalık nedeniyle tedavi görenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,01). Tedavi kontrolü alt boyutunsa ise SVH nedeniyle tedavi görenlerin puanlarının koroner KH ve kardiyak aritmi nedeniyle tedavi görenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Hastaların sürekli kullandıkları ilaç olması durumuna göre Süre (kronik), Sonuçlar, Süre (döngüsel) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). İlaç kullananların Süre (kronik), Sonuçlar puanları daha yüksek iken Süre (döngüsel) puanları daha düşüktür.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre ölçeğin Süre (kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda süre (kronik), sonuçlar ve süre (döngüsel) alt boyutlarında ilaç kullanmayanların puanlarının ilaçlarını düzenli kullanmayanların puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme süre (döngüsel) alt boyutlarında ise ilaç kullanmayanların ve ilaçlarını düzenli kullanmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumlarına göre ölçeğin kişisel kontrol, Hastalığı anlayabilme, Süre (döngüsel) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Düzenli sağlık kontrolü yaptıranların Kişisel kontrol ve Hastalığı anlayabilme puanları daha yüksek iken Süre (döngüsel) puanları daha düşüktür.

Hastaların hastalık sürelerine göre Süre (kronik) alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanırken ($p<0,01$), diğer alt boyutlarda anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bonferroni düzeltmesinde hastalık süresi 5 yıl ve üzeri olanların puanlarının 3-5 ay arası ve 6-11 ay arası olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Hastaların kalp hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumları ve kalp hastalıkları hakkındaki bilgileri edindikleri kaynağa göre ölçeğin yalnızca Kişisel kontrol ve Hastalığı anlayabilme alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,001$). Bilgi sahibi olanların puanları daha yüksektir. Dunn-Bonferroni test kullanılarak yapılan değerlendirmede kişisel kontrol alt boyutunda bilgi sahibi olmayanların puanlarının TV-internette bilgi edinenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanırken, hastalığı anlayabilme boyutunda ise bilgi sahibi olmayanların puanları hem TV-internet hem de sağlık personelinden bilgi edinenlerin puanlarından daha düşüktür ($p<0,05$).

Hastaların birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olması durumuna göre ölçeğin hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olanların hastalığı anlayabilme puanları daha yüksek iken duygusal temsiller puanları daha düşüktür.

Düzenli spor yapma durumuna göre ölçeğin süre (kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Düzenli spor yapanların Kişisel kontrol ve Tedavi kontrolü puanları daha yüksek iken Süre (kronik) puanları daha düşüktür.

Spor yapma sıklıklarına göre süre (kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Dunn-Bonferroni test sonucunda, süre (kronik) alt boyutunda spor yapmayanların puanlarının haftada 2 ya da 3 gün spor yapanların puanlarından daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Kişisel kontrol, tedavi kontrolü alt boyutlarında ise tam tersine spor yapmayanların puanlarının haftada 2 ya da 3 gün spor yapanların puanlarından daha yüksektir ($p<0,01$).

Hastaların COVID-19 geçirme durumuna göre ölçeğin yalnızca sonuçlar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). COVID-19 geçirenlerin puanları daha düşüktür.

Sağlık algılarına göre ölçeğin süre (kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan Bonferroni test sonucunda, süre (kronik), sonuçlar alt boyutlarında sağlığının kötü olduğunu düşünenlerin puanlarının iyi ve orta olduğunu düşünenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme boyutlarında ise sağlığının kötü olduğunu düşünenlerin puanlarının iyi ve orta olduğunu düşünenlerin puanlarından daha düşük belirlenmiştir ($p<0,05$).

Hastaların sigara, alkol kullanımı, düzenli uyku alışkanlığı, günlük uyku süreleri ve Covid-19 sonrası kalp ile ilgili komplikasyon yaşama durumuna göre HAÖ alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.15).

Tablo 14.6' da hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4.16 Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	n	Psikolojik atıflar	Risk faktörleri	Bağışıklık	Kaza Şans
		Medyan (Min-Max) X̄±SS	Medyan (Min-Max) X̄±SS	Medyan (Min-Max) X̄±SS	Medyan (Min-Max) X̄±SS
Yaş					
39 ve altı	26	23 (20 - 25)	18 (16 - 21)	10 (7 - 11)	6 (5 - 6)
40-54 yaş	61	24 (20 - 26)	18 (16 - 20)	9 (8 - 10)	5 (3 - 6)
55-64 yaş	45	23 (20 - 24)	19 (16 - 21)	8 (6 - 11)	4 (2 - 6)
65 ve üzeri	68	21 (18 - 23)	18 (17 - 21)	8 (6 - 10)	4 (3 - 5)
^a Test (χ ²)		17,909	1,754	4,409	15,704
p		<0,001*	0,625	0,221	0,001*
Cinsiyet					
Kadın	79	22,28±3,67	18,39±4,2	8,47±2,86	4,58±1,77
Erkek	121	21,02±4,87	18,77±3,92	8,52±2,72	4,45±1,58
^b Test değeri (t)		2,072	-0,645	-0,130	0,533
p değeri		0,040*	0,519	0,897	0,595
Medeni durum					
Evlü	165	22 (19 - 24)	18 (16 - 20)	8 (6 - 10)	5 (3 - 6)
Bekar	13	23 (21 - 25)	21 (18 - 22)	11 (7 - 12)	6 (5 - 6)
Boşanmış/dul	22	22,5 (19 - 24)	19,5 (17 - 23)	9 (4 - 11)	4 (2 - 6)
^a Test değeri (χ ²)		1,576	8,047	2,147	5,723
p değeri		0,455	0,018*	0,342	0,057
Çocuk sahibi olma					
Evet	178	22 (19 - 24)	18 (16 - 21)	8 (6 - 10)	5 (3 - 6)
Hayır	22	23 (20 - 25)	20 (18 - 22)	10 (7 - 12)	5,5 (5 - 6)
^c Test değeri (z)		-1,095	-2,244	-1,628	-2,207
p değeri		0,274	0,025*	0,104	0,027*
Aile tipi					
Geniş aile	25	20 (17 - 23)	19 (16 - 22)	6 (5 - 10)	4 (2 - 6)
Çekirdek aile	175	23 (20 - 25)	18 (16 - 21)	9 (7 - 11)	5 (3 - 6)
^c Test değeri (z)		-2,164	-0,481	-2,008	-1,700
p değeri		0,030*	0,631	0,045*	0,089
Yaşadığı yer					
İl	105	22,54±4,32	18,67±4,16	8,88±2,82	4,64±1,6
İlçe	46	21,3±4,02	18,59±4,5	7,96±2,84	4,57±1,71
Köy	49	19,53±4,55	18,55±3,27	8,2±2,53	4,16±1,7
^d Test değeri (F)		8,220	0,016	2,154	1,423
p değeri		<0,001*	0,984	0,119	0,243

Tablo 4.16 Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Psikolojik	Risk faktörleri	Bağışıklık	Kaza Şans
		atflar			
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
		(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Eğitim düzeyi					
Okuryazar değil	8	22 (20,5-23,5)	20 (17 - 23)	7 (6 - 9,5)	4,5 (3 - 5,5)
Okuryazar	22	19 (15 - 21)	18 (16 - 22)	7,5 (6 - 10)	3,5 (2 - 5)
İlkokul	20	21 (18,5-22,5)	19 (16 - 21)	8 (4 - 9,5)	4 (2 - 5,5)
Ortaokul	72	22,5 (19 - 24)	19 (16 - 21)	9 (7 - 11)	5 (3 - 6)
Lise	46	24 (20 - 25)	17,5 (15 - 21)	8 (6 - 10)	5 (3 - 6)
Üniversite	32	23,5 (20 - 26)	18 (16,5 - 19)	9 (7,5 - 11)	5 (4 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		20,523	4,987	6,928	10,948
p değeri		0,001*	0,417	0,226	0,052
Gelir durumu					
Gelir giderden fazla	22	23 (20 - 25)	18 (16 - 21)	9 (6 - 11)	5 (3 - 6)
Gelir gidere eşit	85	22 (19 - 24)	18 (16 - 21)	9 (7 - 10)	5 (4 - 6)
Gelir giderden az	93	23 (19 - 24)	19 (16 - 21)	8 (6 - 10)	5 (3 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		1,611	0,554	0,472	0,907
p değeri		0,447	0,758	0,790	0,635
Meslek					
Kamu sektörü	21	23 (20 - 25)	18 (16 - 21)	9 (8 - 10)	6 (5 - 6)
İşçi	24	24 (21,5 - 25)	19 (16 - 21)	8,5 (7 - 12,5)	5 (3 - 5,5)
Emekli	48	20 (17 - 22)	18,5 (16,5-21)	8 (6 - 10)	4 (2,5 - 5)
Özel sektör	34	24 (22 - 27)	18 (16 - 21)	10 (7 - 11)	5 (4 - 6)
Serbest meslek	25	22 (19 - 27)	19 (18 - 21)	9 (7 - 11)	5 (3 - 6)
Çiftçi	18	21,5 (17 - 24)	16 (15 - 18)	6 (5 - 9)	4 (2 - 5)
Ev hanımı	30	22 (19 - 24)	18 (16 - 19)	9 (6 - 11)	4,5 (4 - 5)
^a Test (χ^2)		27,728	8,149	17,157	19,489
p		<0,001*	0,227	0,009*	0,003*
Çalışma durumu					
Çalışıyor	104	22,49±4,58	18,59±4,31	8,68±2,77	4,63±1,73
Çalışmıyor	96	20,47±4,12	18,66±3,71	8,3±2,77	4,38±1,56
^b Test (t)		3,274	-0,122	0,970	1,069
p		0,001*	0,903	0,333	0,286

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

*p<0,05

Hastaların yaşlarına göre psikolojik atıflar, Kaza/Şans alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,001$). Dunn-Bonferroni test sonucunda psikolojik atıflar alt boyutunda yaşı 65 ve üzeri olanların puanlarının 40-64 yaş arası olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanırken, kaza/şans alt boyutunda 39 yaş altı olanların puanlarının 55-64 yaş arası ve 65 yaş ve üzeri olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Hastaların cinsiyetlerine göre ölçeğin yalnızca psikolojik atıflar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,040$). Kadınların puanları daha yüksektir.

Medeni durumlarına göre risk faktörleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda evli olanların puanlarının bekâr olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çocuk sahibi olma durumlarına göre ölçeğin risk faktörleri ve Kaza/Şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuk sahibi olanların puanları daha düşüktür. Sahip oldukları çocuk sayısına göre HAÖ Psikolojik atıflar ve Kaza/Şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Dunn-Bonferroni testinde, psikolojik atıflar alt boyutunda 4 ve daha fazla çocuğu olanlar ile 3 çocuğu olanların puanlarının 1 ve 2 çocuğu olanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kaza/Şans alt boyutunda ise 3 çocuğu olanların puanlarının çocuğu olmayanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların aile tiplerine göre ölçeğin Psikolojik atıflar, Bağışıklık alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çekirdek ailesiyle yaşayanların puanları daha yüksektir.

Yaşadıkları yere, eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına ve çalışma sürelerine göre ölçeğin psikolojik atıflar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Bonferroni düzeltmesinde ilde yaşayanların puanlarının köyde yaşayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Dunn-Bonferroni testinde ise okuryazar olanların puanlarının lise ve üniversite mezunu olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Çalışanların puanları daha yüksektir. Dunn-Bonferroni testinde çalışmayanların puanlarının 8 saatten fazla çalışanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Hastaların sosyal güvence durumuna göre Risk faktörleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0,005$). Sosyal

güvencesi olanları puanları daha düşüktür. Gelir düzeylerine göre ölçeğin alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların mesleklerine göre Ölçeğin psikolojik atıflar, Bağışıklık ve Kaza/Şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Dunn-Bonferroni test yapılarak gerçekleştirilen değerlendirmede psikolojik alt boyutta emeklilerin puanlarının işçi ve özel sektörde çalışanların puanlarından daha düşük olduğu, bağışıklık alt boyutunda çiftçilerin puanlarının özel sektörde çalışanların puanlarından daha düşük olduğu, Kaza/şans alt boyutunda ise kamu sektöründe çalışanların puanlarının çiftçi ve emeklilerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17 Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması

Değişkenler	n	Psikolojik atflar	Risk faktörleri	Bağışıklık	Kaza Şans
		Medyan (Min-Max) X̄±SS	Medyan (Min-Max) X̄±SS	Medyan (Min-Max) X̄±SS	Medyan (Min-Max) X̄±SS
Eşlik eden kronik hastalık varlığı					
Evet	111	20,96±4,27	18,91±4,14	8,16±2,84	4,14±1,66
Hayır	89	22,21±4,63	18,26±3,87	8,92±2,64	4,97±1,53
^b Test değeri (t)		-1,980	1,139	-1,938	-3,640
p değeri		0,049*	0,256	0,054	<0,001*
Kronik hastalık türü					
Yok	89	23 (20- 26)	18 (16- 20)	9 (7 - 11)	5 (4 - 6)
HT	65	21 (19- 24)	18 (16 - 21)	8 (6 - 10)	4 (3 - 6)
DM	27	23 (21- 24)	19 (16 - 23)	8 (6 - 11)	5 (2 - 6)
KAH	2	18 (16- 20)	16,5 (14 - 19)	6,5 (5 - 8)	3,5 (3 - 4)
KOAH	4	21,5(16,5-25)	19,5 (14-21)	8,5(6,5-9,5)	4 (3-4,5)
Diğer	13	21 (19- 23)	19 (17- 20)	6 (5- 9)	3 (2- 4)
^a Test değeri (χ^2)		8,295	2,595	6,769	18,725
p değeri		0,141	0,762	0,238	0,002*
Kalp hastalığı türü					
Koroner KH	125	22 (19 - 24)	18 (16 - 21)	8 (6 - 10)	4 (3 - 6)
SVH	25	22 (20 - 24)	19 (16 - 21)	10 (7 - 11)	5 (4 - 6)
KKH	10	20,5 (15 - 25)	21 (18 - 24)	9,5 (6 - 12)	6 (5 - 6)
Kardiyak aritmi	25	24 (21 - 27)	18 (15 - 19)	10 (8 - 11)	5 (4 - 6)
PAH	15	18 (14 - 23)	19 (17 - 22)	8 (7 - 11)	5 (2 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		8,617	6,253	6,881	8,587
p değeri		0,071	0,181	0,142	0,072

Tablo 4.17 Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Psikolojik	Risk	Bağışıklık	Kaza Şans
		atflar	faktörleri		
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
		(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
İlaç kullanma durumu					
Evet	118	20,71±4,49	19,1±4,25	8,19±2,87	4,29±1,74
Hayır	82	22,68±4,2	17,93±3,59	8,95±2,58	4,82±1,48
^b Test değeri (t)		-3,136	2,047	-1,932	-2,312
p değeri		0,002*	0,042*	0,055	0,022*
Düzenli ilaç kullanma durumu					
Kullanmıyorum	82	22,68±4,2	17,93±3,59	8,95±2,58	4,82±1,48
Düzenli kullanıyorum	46	21,09±4,41	19,67±4,92	7,83±3,1	4,3±1,87
Düzenli kullanmıyorum	72	20,47±4,55	18,74±3,75	8,42±2,71	4,28±1,65
^d Test değeri (F)		5,183	2,877	2,515	2,517
p değeri		0,006*	0,059	0,083	0,083
Düzenli sağlık kontrolü					
Evet	43	20,67±4,8	18,37±3,99	7,88±2,86	4,26±1,93
Hayır	157	21,75±4,36	18,69±4,04	8,67±2,73	4,57±1,57
^b Test değeri (t)		-1,404	-0,455	-1,652	-1,116
p değeri		0,162	0,650	0,100	0,266
Hastalık tanı süresi					
3-5 ay	67	21,55±4,4	17,57±3,65	8,55±2,82	4,21±1,49
6-11 ay	50	21,78±4,14	18,38±3,39	8,52±2,26	4,84±1,63
1-5 yıl	44	21,52±5,41	19,41±4,67	8,18±2,66	4,57±1,95
≥ 5 yıl	39	21,13±3,93	19,85±4,23	8,74±3,42	4,51±1,55
^d Test değeri (F)		0,156	3,484	0,299	1,431
p değeri		0,926	0,017*	0,826	0,235
Hastalık bilgisine sahip olma durumu					
Evet	71	21,45±4,52	19,56±4,15	8,56±3,1	4,66±1,76
Hayır	129	21,56±4,46	18,1±3,87	8,47±2,59	4,42±1,59
^b Test değeri (t)		-0,162	2,491	0,239	0,996
p değeri		0,871	0,014*	0,811	0,320
Hastalık hakkında bilgi kaynakları					
Hiç kimse	129	22 (19 - 24)	18 (16 - 20)	8 (6 - 10)	5 (3 - 6)
TV-internet	32	23 (19,5 - 25)	18 (15,5 - 21)	9 (6 - 12)	5 (3 - 6)
Akraba, arkadaş	12	20 (17,5 - 21)	19,5(17- 2,5)	6,5 (5,5 - 8)	4,5 (4 - 6)
Doktor-sağlık personeli	27	22 (17 - 25)	20 (18 - 22)	9 (6 - 10)	5 (3 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		4,874	11,545	5,027	1,249
p değeri		0,181	0,009*	0,170	0,741

Tablo 4.17 Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Psikolojik	Risk	Bağışıklık	Kaza Şans
		atflar	faktörleri		
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
		(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Ailede kalp hastalığı öyküsü					
Evet	67	21,42±4,93	19,88±4,52	7,61±3,14	4,34±1,82
Hayır	133	21,57±4,23	17,98±3,6	8,95±2,46	4,59±1,56
^b Test değeri (t)		-0,229	3,217	-3,040	-0,982
p değeri		0,819	0,002*	0,003*	0,327
Ailede kalp hastalığı öyküsü olan kişi					
Hiç kimse	133	22 (19 - 24)	18 (16 - 20)	9 (7 - 11)	5 (4 - 6)
Anne	41	22 (19 - 24)	20 (17 - 21)	7 (5 - 9)	4 (3 - 6)
Baba	21	23 (21 - 26)	20 (17 - 22)	7 (6 - 9)	4 (3 - 6)
Kardeş	5	17 (15 - 23)	17 (16 - 20)	4 (3 - 8)	5 (3 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		3,361	9,835	13,060	1,339
p değeri		0,339	0,020*	0,005*	0,720
Sigara kullanma durumu					
Kullanıyor	85	21,66±4,65	20,22±4,35	8,67±2,82	4,67±1,79
Kullanmıyor	115	21,42±4,34	17,43±3,31	8,37±2,74	4,38±1,54
^b Test değeri (t)		0,377	4,943	0,747	1,219
p değeri		0,707	<0,001*	0,456	0,224
Alkol kullanma durumu					
Kullanıyor	30	20,43±5,62	21,13±4,83	8,47±3,01	4,7±1,93
Kullanmıyor	170	21,71±4,22	18,18±3,71	8,51±2,74	4,47±1,6
^b Test değeri (t)		-1,187	3,836	-0,071	0,700
p değeri		0,243	<0,001*	0,943	0,485
Spor yapma durumu					
Yapıyor	48	22,56±4,66	18,96±4,96	8,67±3,59	4,58±1,88
Yapmıyor	152	21,19±4,37	18,51±3,69	8,45±2,47	4,48±1,58
^b Test değeri (t)		1,866	0,667	0,395	0,376
p değeri		0,064	0,505	0,694	0,708
Spor yapma süresi					
Yapmıyorum	152	22 (19 - 24)	18 (16 - 21)	8 (6,5 - 10)	5 (3 - 6)
Haftada 2 ya da 3	33	23 (20 - 24)	18 (15 - 20)	7 (5 - 11)	4 (2 - 6)
Haftada 1 gün	15	25 (23 - 27)	21 (18 - 23)	11 (9 - 13)	6 (4 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		8,723	6,206	9,144	7,016
p değeri		0,013*	0,045*	0,010*	0,030*

Tablo 4.17 Hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması (devamı)

Değişkenler	n	Psikolojik	Risk	Bağışıklık	Kaza Şans
		atflar	faktörleri		
		Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
		(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)	(Min-Max)
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Düzenli uyku alışkanlığı					
Evet	67	20,91±4,38	19,22±4,65	8,4±2,78	4,6±1,63
Hayır	133	21,83±4,5	18,32±3,65	8,55±2,78	4,46±1,67
^b Test değeri (t)		-1,373	1,511	-0,350	0,558
p değeri		0,171	0,132	0,726	0,578
Uyku süresi					
8 saat ve üzeri	59	20,69±4,6	18,78±3,68	8,2±2,64	4,58±1,68
8 saatten az	141	21,87±4,38	18,55±4,17	8,62±2,82	4,48±1,65
^b Test değeri (t)		-1,697	0,362	-0,978	0,394
p değeri		0,091	0,718	0,329	0,694
COVID 19 geçirme durumu					
Geçirmiş	76	22,66±3,97	18,79±3,83	9,97±2,63	4,88±1,51
Geçirmemiş	124	20,82±4,62	18,52±4,15	7,6±2,46	4,27±1,7
^b Test değeri (t)		2,871	0,465	6,458	2,557
p değeri		0,005*	0,642	<0,001*	0,011*
Komplikasyon görülme durumu					
Evet	22	21,5 (18 - 24)	18 (16 - 22)	9,5 (6 - 12)	4,5 (3 - 6)
Hayır	178	22,5 (19 - 25)	18 (16 - 21)	8 (6 - 10)	5 (3 - 6)
^c Test değeri (z)		-0,642	-0,143	-1,149	-0,735
p değeri		0,521	0,886	0,251	0,462
COVID 19 sonrası komplikasyon					
Yok	178	22,5 (19 - 25)	18 (16 - 21)	8 (6 - 10)	5 (3 - 6)
Taşikardi	10	22,5 (20 - 25)	22 (17 - 23)	9,5 (7 - 12)	3 (3 - 5)
Ritim bozukluğu	3	24 (15 - 30)	21 (20 - 21)	11 (6 - 14)	6 (2 - 7)
Solunum sıkıntısı	3	15 (15 - 30)	15 (13 - 18)	10 (8 - 12)	5 (4 - 5)
Emboli	3	22 (14 - 23)	14 (13 - 16)	5 (5 - 11)	4 (3 - 5)
Çeşitli ağrı	3	20 (18 - 21)	16 (13 - 18)	8 (4 - 12)	6 (2 - 6)
^a Test değeri (χ^2)		2,780	15,188	4,446	2,901
p değeri		0,734	0,010*	0,487	0,715
Sağlık algısı					
İyi düzeyde	36	19,53±5,12	18,25±3,77	7,92±3,12	4,31±1,8
Orta düzeyde	115	22,36±4,14	18,88±4,35	8,95±2,65	4,7±1,62
Kötü düzeyde	49	21,02±4,25	18,29±3,39	7,88±2,64	4,2±1,58
^d Test değeri (F)		6,211	0,555	3,624	1,854
p değeri		0,002*	0,575	0,028*	0,159

r=Pearson korelasyon katsayısı

^aKruskal-Wallis test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^bBağımsız gruplar t testi

^cMann-Whitney U test, sonuçlar medyan (birinci çeyreklik – üçüncü çeyreklik) şeklinde sunulmuştur.

^dTek yönlü varyans analizi

* $p < 0,05$

Tablo 14.7 de hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bilgilere göre HAÖ olası nedenler puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların tedavi gördükleri kalp hastalığına, düzenli sağlık kontrolü yaptırma, düzenli spor yapma, uyku alışkanlığı ve günlük uyku süreleri durumları ile ölçeğin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Hastaların kronik hastalık varlığına göre HAÖ psikolojik atıflar ve kaza/şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Kronik hastalığı olanların puanları daha düşüktür. Kronik hastalıklarına göre ölçeğin yalnızca kaza/şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). Dunn-Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda kronik hastalığı olmayanların puanlarının “diğer” hastalıkları olanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

Hastaların sürekli kullandıkları ilaç olması durumuna göre HAÖ psikolojik atıflar, risk faktörleri ve kaza/şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). İlaç kullananların Risk faktörleri puanları daha yüksek iken Psikolojik atıflar ve Kaza/Şans puanları daha düşüktür.

İlaçlarını düzenli kullanma durumlarına göre ölçeğin yalnızca psikolojik atıflar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). Bonferroni test sonucunda ilaç kullanmayanların puanlarının ilaçlarını düzenli kullanmayanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

Hastalık süreleri ve kalp hastalıkları hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre ölçeğin yalnızca risk faktörleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Bonferroni test sonucunda hastalık süresi 5 yıl ve üzeri olanların puanları 3-5 ay arası olanların puanlarından daha yüksektir ($p < 0,05$).

Bilgi sahibi olanların puanları da daha yüksek belirlenmiştir. Kalp hastalıkları hakkındaki bilgileri edindikleri kaynağa göre ölçeğin yalnızca risk faktörleri alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0,01$). Dunn-Bonferroni testi sonucunda bilgi sahibi olmayanların puanlarının sağlık personelinden bilgi edinenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

Hastaların birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olması durumu ve kalp hastalığı olan akrabaya göre HAÖ risk faktörleri, bağışıklık alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$). Birinci derece yakınlarında kalp hastalığı olanların Risk faktörleri puanları daha yüksek iken Bağışıklık puanları daha

düşüktür. Hastaların sigara ve alkol kullanımına göre ölçeğin risk faktörleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Sigara ve alkol kullananların puanları daha yüksektir.

Hastaların spor yapma sıklıklarına göre HAÖ psikolojik atıflar, risk faktörleri, bağışıklık, kaza/şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Dunn-Bonferroni test sonucunda psikolojik atıflar alt boyutunda spor yapmayanların puanlarının haftada 1 gün spor yapanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Risk faktörleri ve bağışıklık ile kaza/şans alt boyutunda ise haftada 2 ya da 3 gün spor yapanların puanlarının haftada 1 gün spor yapanların puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Hastaların Covid-19 geçirme durumuna göre HAÖ psikolojik atıflar, bağışıklık ve kaza/şans alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Covid-19 geçirenlerin puanları daha yüksektir.

Covid-19 sonrası kalp ile ilgili komplikasyona göre ölçeğin yalnızca risk faktörleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Dunn-Bonferroni test sonucunda taşikardi gelişenlerin puanlarının emboli gelişenlerin puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sağlık algılarına göre ölçeğin yalnızca psikolojik atıflar alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Bonferroni test kullanılarak gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda sağlığının iyi olduğunu düşünenlerin puanlarının orta olduğunu düşünenlerin puanlarından daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 4.17).

4.4. KARRİF-BD ve HAÖ Arasındaki İlişkiyi Gösteren Bulgular

Tablo 14.18 de KARRİF-BD ve HAÖ puanları arası ilişki düzeyleri verilmiştir.

Tablo 4.18 KARRİF-BD ve HAÖ puanları arası ilişki düzeyleri

		KVH Özellikleri	Risk Faktörleri	Risk Davranışlarında Değişim	KBDToplam
HAÖ Belirtiler	r	0,051	-0,033	-0,100	-0,049
	p	0,474	0,640	0,158	0,491
HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüşler					
HAÖ Süre (kronik)	r	-0,152	0,000	-0,012	-0,025
	p	0,032*	0,998	0,861	0,722
HAÖ Sonuçlar	r	-0,110	-0,091	-0,094	-0,102
	p	0,123	0,199	0,185	0,151
HAÖ Kişisel kontrol	r	0,340	0,373	0,318	0,378
	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
HAÖ Tedavi kontrolü	r	0,158	0,226	0,192	0,222
	p	0,025*	0,001*	0,007*	0,002*
HAÖ Hastalığı anlayabilme	r	0,398	0,404	0,343	0,413
	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
HAÖ Süre (döngüsel)	r	-0,128	-0,256	-0,324	-0,284
	p	0,071	<0,001*	<0,001*	<0,001*
HAÖ Duygusal temsiller	r	-0,278	-0,301	-0,319	-0,328
	p	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
HAÖ Hastalık Nedenleri					
HAÖ Psikolojik atıflar	r	-0,073	-0,120	-0,206	-0,154
	p	0,302	0,091	0,003*	0,029*
HAÖ Risk faktörleri	r	0,202	0,143	0,050	0,128
	p	0,004*	0,043*	0,480	0,070
HAÖ Bağışıklık	r	-0,043	-0,199	-0,252	-0,213
	p	0,545	0,005*	<0,001*	0,002*
HAÖ Kaza Şans	r	0,049	-0,142	-0,145	-0,128
	p	0,493	0,046*	0,040*	0,071

r=Pearson korelasyon katsayısı

*p<0,05

Hastaların KBD KVH Özellikleri alt boyut puanları ile Kişisel kontrol ($r=0,340$, $p<0,001$), Tedavi kontrolü ($r=0,158$, $p=0,025$), Hastalığı anlayabilme ($r=0,398$, $p<0,001$), Risk faktörleri ($r=0,202$, $p=0,004$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde, Süre (kronik) ($r=-0,152$, $p=0,032$), Duygusal temsiller ($r=-0,278$, $p<0,001$) alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların KBD Risk davranışları alt boyut puanları ile HAÖ Belirtiler, Süre (kronik), Sonuçlar, Psikolojik atıflar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların KBD Risk davranışları alt boyut puanları ile HAÖ Kişisel kontrol ($r=0,373$, $p<0,001$), Tedavi kontrolü ($r=0,226$, $p=0,001$), Hastalığı anlayabilme ($r=0,403$, $p<0,001$), Risk faktörleri ($r=0,143$, $p=0,043$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde, Süre (döngüsel) ($r=-0,256$, $p<0,001$), Duygusal temsiller ($r=-0,301$, $p<0,001$), Bağışıklık ($r=-0,199$, $p=0,004$) ve Kaza/Şans ($r=-0,142$, $p=0,046$) alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların KBD Risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ile HAÖ Belirtiler, Süre (kronik), Sonuçlar, Risk faktörleri alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların KBD Risk davranışlarında değişim alt boyut puanları ile HAÖ Kişisel kontrol ($r=0,318$, $p<0,001$), Tedavi kontrolü ($r=0,192$, $p=0,007$), Hastalığı anlayabilme ($r=0,343$, $p<0,001$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde, Süre (döngüsel) ($r=-0,324$, $p<0,001$), Duygusal temsiller ($r=-0,319$, $p<0,001$), Psikolojik atıflar ($r=-0,206$, $p=0,003$), Bağışıklık ($r=-0,252$, $p<0,001$) ve Kaza/Şans ($r=-0,145$, $p=0,040$) alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların KBD toplam puanları ile HAÖ Belirtiler, Süre (kronik), Sonuçlar, Risk faktörleri ve Kaza/Şans alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların KBD toplam puanları ile HAÖ Kişisel kontrol ($r=0,378$, $p<0,001$), Tedavi kontrolü ($r=0,222$, $p=0,002$), Hastalığı anlayabilme ($r=0,413$, $p<0,001$) alt boyut puanları arasında pozitif yönde, Süre (döngüsel) ($r=-0,284$, $p<0,001$), Duygusal temsiller ($r=-0,328$, $p<0,001$), Psikolojik atıflar ($r=-0,154$, $p=0,029$), Bağışıklık ($r=-0,213$, $p=0,002$) alt boyut puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 14.18).

5.TARTIŞMA

Çalışmamızın bulguları üç farklı başlık altında tartışılmıştır. KVH tanısı alanların KARRİF-BD ve HAÖ puan ortalamaları ile sosyo demografik ve hastalık özellikleri arasındaki ilişki sonuçları tartışılmıştır. Son bölümde ölçeklerin kendi içindeki ve arasındaki korelasyon sonuçları değerlendirilmiştir.

5.1. KVH Sahip Bireylerin Sosyo Demografik ve Hastalık Özelliklerinin, KARRİF – BD Ölçeğine İlişkin Değerlendirilmesi

KARRİF-BD ölçeğinin, KVH ilişkin kontrol edilebilen risk faktörlerini sağlık çalışanlarına ve hastaya hatırlatma özelliği bulunmaktadır (Arıkan 2009). Koruma stratejilerinin risk faktörlerini belirlemeye ve bilgi düzeyini ölçmeye temellendirilmesi önerilmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu 2021). Bu çalışmada KARRİF-BD ölçeği ile KVH tanısı alan hastaların bilgi düzeyi ölçülerek etkili olan değişkenler belirlenmiştir.

Çalışmamızda hastaların KARRİF-BD sorularına en yüksek oranda verdiği cevap “stres, kahır, üzüntünün kalp hastalığı riskini artırdığı” (%93,0) iken en düşük oranda cevapladıkları bilgi sorusu ise “bir kişinin kalp hastası olduğunu her zaman anlamadığı” (%50,0) şeklindedir. Bu sorularda hastaların bilmediği konu, kolesterol ile KVH arasındaki ilişkidir. Literatürde yapılan çalışmalarda ölçeğin BD maddelerine ilişkin değerlendirme ve tartışma bulgularına rastlanmamıştır. Genellikle puan ortalamasına yönelik çalışmalar verilmiştir. Hastaların bu çalışmada maddelere verdiği genel cevaplar kapsamında bilgi eksikliklerinin olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda KVH tanısı olan hastaların KARRİF- BD ölçek puan ortalaması (11.51±6.28) literatürde yapılan diğer çalışmalara göre düşük bulunmuştur.

Sağlıklı yetişkinlerde ölçeğin kullanılarak yapıldığı çalışmalarda puan ortalamaları çalışma bulgumuzdan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda; Karatay ve arkadaşları (2021) kırk yaş üstü bireylerde 19,92±4,4, Aslan ve arkadaşları (2020) akademik personellerde 20.23±3.49, Örs ve arkadaşları (2020) yetişkin

kadınlarda $17,67\pm 4,85$, Erten ve arkadaşları (2019) yarı kentsel bölgedeki kırk yaş üstü bireylerde $16,97\pm 4,22$, Kırığ ve arkadaşları (2019) ise aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde ölçeğin puan ortalamasını $18,96\pm 3,78$ olarak bulmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerde yapılan çalışmalarda, Baş ve arkadaşları (2021) Tip 2 DM hastalarda $22,14\pm 2,19$, Çürük ve arkadaşları (2018) KVH olan hasta ve yakınlarında sırasıyla $18,7\pm 4,1$ ve $19,3\pm 5,8$, Uçar ve arkadaşları (2017) HT ve KVH öyküsü olan hastalarda $20,21\pm 4,39$; 17, Yılmaz vd (2017) diyabet tanısı alan bireylerde ölçeğin puan ortalamasını $19,35\pm 2,99$ olarak belirtmiştir. Ölçeği geliştiren Arıkan ve arkadaşları, KVH ve risk faktörü öyküsü olanlarda ölçekten alınan puan ortalamasının yüksek olmasını beklemektedir (Arıkan vd 2009). Çalışmamızda KVH tanısı olanların risk faktörleri bilgi düzeyinin düşük olmasının nedenleri içinde, preoperatif dönemdeki hastaların alınmış olması olabilir. Bu hastaların %58,5'i ilk 3-11 ay içinde hastalık tanısı almış ve aniden pre-op sürecin içinde yer almıştır. Ayrıca ailede hastalık öykü oranları da düşüktür. Çalışma grubunun hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumlarının da düşük olması da bulgumuzu desteklemektedir. Çalışmamızda hastaların hastalık algısı ve risk faktörleri bilgi düzeylerine ilişkin bulgularımız da bu sonucu açıklamaktadır.

Genel KARRIF-BD'ni etkileyen faktörleri; yaş, yaşanılan yer, KVH türü, hastalık süresi, ilaç kullanma, düzenli ilaç kullanma, sağlık kontrolünü yaptırma, bilgi alma durumu ve kaynağı, aile öyküsü ve kimde olduğu, spor yapma ve süresi, COVID 19 sonrası komplikasyon yaşama ve var olan komplikasyonlardır.

Sosyo-demografik özelliklerden yaş değerlendirildiğinde, çalışmamızda hastaların yaşı attıkça risk faktörleri bilgi düzeyi azalmıştır. Sağlıklı ve kronik hastalığı olan yetişkinlerde yapılan birçok çalışmada yaşın bilgi düzeyini etkilemediği vurgulanmıştır (Kırığ vd 2019, Örs vd 2020, Erten vd 2019, Aslan vd 2020, Çürük vd 2018, Baş vd 2021, Yılmaz vd 2017). Çalışmaların aksine Uçar (2017), yaş arttıkça bilgi düzeyinin arttığını saptamıştır. Literatürde yaşın artmasının KVH görülme sıklığı artırdığı belirtilmektedir (Oh ve Allison 2017, Özer ve Aykar 2022). Yaşın artmasının bilgi düzeyini etkilememesi birçok nedenle ilişki olabileceği düşünülebilir (eğitim, yaşanılan yer, hastalık deneyimi vb.).

Sosyo-demografik özelliklerden etkili bulduğumuz yaşanılan yer değişkeninde, il merkezinde yaşıyor olmak bilgi puanını yükseltmektedir. Boateng ve arkadaşlarının (2017) Sahra Altı Afrika'da yapmış olduğu sistematik derlemede, Hassen ve arkadaşlarının (2022) Belçika ve İngiltere'de yaptığı çalışmada kırsal alanda yaşayanların bilgi puanı daha düşük belirtilmiştir. Muhhi ve arkadaşlarının (2020) Tanzania'da genç ve orta yaşlılarda yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuç gösterilmiştir. Boateng ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında kırsal bölgedeki olanaklardan kaynaklı hastaların BD düşük bulunmuştur. Ülkemizde Öz ve

arkadaşlarının (2020), üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada köyde büyüyen öğrencilerin bilgi düzey puanı daha düşük saptanmıştır. Sonuç olarak, kentsel alanda yaşayanların her türlü teknolojik, eğitim ve sağlık hizmetlerine ulaşım imkânlarından yararlanma olasılığı etkili faktörler olabilir.

Çalışmamızda sosyo-demografik özelliklerden medeni durum, cinsiyet ve öğrenim durumu etkili faktörler olarak bulunmamıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda cinsiyet ve medeni durumun etkili bulunmadığını gösteren benzer çalışmalar yer almaktadır (Karatay vd 2021, Kırış vd 2019, Baş vd 2021, Oğuz vd 2019) ancak eğitim durumu açısından eğitimin bilgi düzeyini etkilediği çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda eğitim düzeyi attıkça bilgi puan ortalamasının arttığı ifade edilmiştir (Kırış vd 2019, Hassen vd 2022, Karatay vd 2021, Örs vd 2020, Erten vd 2019). Sahada yapılan çalışmalarda özellikle birinci basamakta koruyucu sağlık eğitimleri daha çok yapılmaktadır. Bu kapsamda bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarından aktif bir sağlık hizmeti alması bilgi düzeyini etkilemiş olabilir. Klinik ortamlarda ise daha çok tedavi hizmetleri ön plandadır ve eğitim almayan hasta olma olasılığı daha yüksek olabilir.

Çalışmamızda hastalığa ilişkin birçok faktörün bilgi düzeyinde etkili olduğunu belirledik. Hastalık özellikleri içinde KVH'dan tedavi gördükleri hastalıklara göre PAH ve KKH olanların bilgi düzeyi daha yüksektir. Literatürde yapılan çalışmalarda hastalıkların birlikte bilgi düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda PAH ve KKH tanısı olanların bilgi düzeyinin yüksekliği daha gözlenebilir ve kontrole gitmeye teşvik eden belirti bulguların olması hastaların sağlık hizmeti ve bilgisi almalarını desteklemiş olabilir. Çalışmamızda etkili bir diğer faktör de kardiyovasküler hastalık süresidir. Hastalık tanısı aldığı süre arttıkça hastaların bilgi düzeyi de artmaktadır. Çürük ve arkadaşlarının (2018) KVH tanısı alan hasta ve yakınlarında yapmış olduğu çalışmada, hastalık sürelerine ilişkin veri bulunmamakla birlikte, KVH hakkında hastaların %61,0'ı, hasta yakınlarının da %67,8'inin bilgi sahibi olduğu ve bilgi düzeyi puanlarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda hastalık süresi ve bilgi düzeyi ilişkisine ulaşılamamıştır. Bulgularımıza göre hastalar tanı aldıktan sonra hem kendileri hem de sağlık hizmetleri aracılığı ile bilgilere ulaşmış olabilirler. Tanı süresinin artması bu nedenle bilgiyi artırabilir.

Hastaların hastalık özelliklerine göre, ilaç kullananların ve ilaçlarını düzenli kullanan hastaların bilgi düzeyi daha yüksektir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında DM hastalarının %89,0'ının tedavisine düzenli uymadığı saptanmıştır. Hastaların ilaçlar hakkındaki olumsuz algı ve inanışlarının yanında, hastaların ilaçları konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, tedavi sürelerinin uzamasına ve uyumlarının azalmasına neden olmaktadır (AlHewiti 2014). Çalışmamızda düzenli sağlık kontrollerini yaptıran hastaların bilgi düzeyi yüksektir. Uğrak ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında

kronik hastalıkların, hastaların sağlık hizmetleri kullanım eğilimlerini etkilediğini belirtmiştir. Hastaların düzenli ilaç kullanmaları aynı zamanda düzenli sağlık hizmeti almasını gerektirdiğinden bu süreçte sağlık çalışanları tarafından bilgilendiriliyor olabileceği düşünülmüştür.

Bireylerin kalp hastalığı hakkında bilgi sahibi olmaları bilgi puanını artırmıştır. Kalp hastalıkları hakkında hastaların doktor/sağlık personelinden bilgi alması bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasını sağlamıştır. Çürük ve arkadaşlarının (2018) KVH olan hasta ve yakınlarında yaptığı çalışmada KVH hakkında bilgi sahibi olma KARRİF-BD puanlarını da yükseltmiştir. Aslan ve arkadaşlarının (2020) akademik personellerdeki çalışmasında risk faktörlerini bilenlerin bilgi düzeyi puanı daha yüksek bulunmuş ve bireylerin bilgiyi daha çok sağlık personelinden aldığı belirtilmiştir. Tüm çalışmalarda bilgi sahibi olmanın etkili bir değişken olduğu görülmektedir. Bu nedenle KVH sahip bireylere özellikle sağlık çalışanlarının etkili bilgi vermesi önemlidir.

Değiştirilemeyen risk faktörü olan aile öyküsü KVH riskini artırmaktadır. Cinsiyet açısından ise kardiyovasküler sağlığın patofizyolojik temeli aynı değildir. Bu durum tedavi sonuçları ve değişken KVH semptomlarına neden olabilir (Özer ve Aykar 2022). Ailede KVH öyküsünün varlığı hastaların bilgi düzeyini yükseltmiştir. Özellikle hastaların birinci derece yakınlarından babanın hastalık öyküsü bilgi düzeyini daha fazla etkilemektedir. Bartlo ve arkadaşlarının (2020) farklı yaş gruplarında yapmış olduğu çalışmada, ailesinde kalp hastası olan ve birlikte eğitim alan kişilerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) tip 2 DM hastalarında yaptığı çalışmada bireylerin %47,0'ünün yakınlarında kalp hastalığına sahiptir ve onlarında bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur. Diğer yapılan çalışmalar da aile öyküsünü etkili bir faktör olarak belirlemiştir (Aslan 2020, Örs 2020, Şimşek 2020). Anne, baba ve kardeş gibi ailede kalp rahatsızlığı olması genetik/ kalıtsal yatkınlık olduğunu göstermektedir (Badır ve Korkmaz 2010; Eroğlu Aygül 2019). KVH'da aile öyküsü hastaların yakınlarından hastalığı tanıma ve hastalık hakkında bilgi edinmelerini sağlayabilir. Ayrıca erkeklerde KVH nedeni ile mortalite oranının daha erken yaşlarda olması babalarında KVH öyküsü olanların bilgi düzeylerini artırabilir.

Haftalık orta seviyede yapılan egzersizler ile kardiyovasküler mortalite arasında koruyucu bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Warburton vd 2016). Düzenli spor yapanların ve yapılan spor süresi daha fazla olanların KVH bilgi düzeyi de artmaktadır. Hassen ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında erkeklerin kadınlardan daha fazla egzersiz yaptığını ve kadınlarda öz yeterlilik, sosyal destek ve motivasyonun az olması nedeniyle risk faktörleri bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Şimşek ve arkadaşlarının (2020) spor bilimleri fakültesindeki öğrencilerde yapmış olduğu çalışma sonucunda fiziksel aktivitede bulunanların bilgi düzeyi puanları daha yüksektir. Literatürde yapılan

bazı çalışmalar ise anlamlı fark bulunamadığı belirtilmiştir. (Uçar 2017, Oğuz 2019). Çalışmamızda spor yapan hastaların, spor yapmanın hastalıklardan korunmada etkili bir değişken olarak gördükleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların sigara ve alkol alışkanlığı ile bilgi düzeyi puanları farklıdır. KVH tanısı olan hastaların sigara kullanmaları hastalık bilgilerini değiştirmezken, alkol kullananlarda bilgi düzeyi daha yüksektir. Literatürde farklı yaş grupları ve popülasyonlarda yapılan çalışmalarda sigara kullanımının bilgi düzeyi puanını etkilemediği belirtilmiştir (Karatay 2021, Kırış 2019, Uçar 2017, Oğuz 2019). Her yaş, cinsiyet ve farklı eğitim gruplarında sigara kullanımının yaygın olmasının yanında hastaların sigara kullanımı ile KVH arasında bir ilişki düşünmediği görülmektedir. Çalışmamızın HAÖ'ne ilişkin bulgularında hastaların yaklaşık yarısı hastalığının sigara içme nedeni olmadığını belirtmiştir. Çalışmamızda alkol kullanan hasta oranı daha az olmasına rağmen kullanan hastaların KVH BD leri daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda alkol kullanımı ile BD arasında ilişki gösterilmemiştir (Karatay 2021, Kırış 2019, Oğuz 2019).

Son yıllarda görülen COVID 19 pandemisinin KVH'lar üzerinde etkili olduğu, bu enfeksiyon mekanizması sonucunda bireylerde kalp krizi, miyokartta hasar oluşumu, miyokardit, kalp yetmezliği, venöz tromboemboli ve ritim bozukluğu riskinin arttığı vurgulanmıştır (Madjid vd 2020). Yapılan araştırmalarda COVID 19 sonrası bireyler için bir risk olduğu ve kronik hastalığı olan bireylerde COVID 19 un daha ölümcül olduğu bulunmuştur. Ancak çalışmamızla benzer şekilde bilgi puan düzeyi ve COVID 19 geçirme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Sandalcı vd 2020, Gülbahar vd 2020). COVID 19 tedavisinde kullanılan ilaçların çeşitli kardiyovasküler yan etkilere sahip olduğu belirtilmektedir (Driggin vd 2020). Çalışmamızda, COVID 19 geçirenler içinde komplikasyon görülen hastaların bilgi düzeylerinin de yüksek olduğu görüldü. Görülen komplikasyonlar içinde ise özellikle taşikardi gelişenlerin bilgi düzeyleri daha yüksektir. Literatürde konu ile yapılmış çalışmaya rastlanmadı. Komplikasyonu olan hastaların bilgi düzeylerinin yüksekliği, COVID 19'un güncel bir konu olması ve hastalar tarafından araştırılmış olabileceği ile ilişkilendirilebilir.

5.2. KVH Sahip Bireylerin Sosyo Demografik ve Hastalık Özelliklerinin, Hastalık Algısı Ölçeğine İlişkin Değerlendirilmesi

Fiziksel hastalığı olan bireylerin, belirti, bulgu ve tanısı kadar, hastalığını algılama durumu, hastalığının tıbbi, psikolojik süreci ve sonuçları üzerinde etkilidir (Kocaman vd 2007). Bu bölümde; KVH tanısı alan hastalarının hastalık algısı ve bunu etkileyen

faktörler değerlendirilmiştir. HAÖ alt boyut puanları ile hastaların sosyo demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin faktörlere yer verilmiştir. HAÖ'nin üç alt boyutu başlıklar halinde ele alınmıştır.

5.2.1 HAÖ Hastalık Belirtileri Boyutu

KVH tanısı alan bireylerin hastalık tanıları da dikkate alınarak ölçekteki belirtileri farklı oranlarda yaşadığı görülmektedir. Bireylerin hastalığın başlangıcından beri yaşadığı hastalık belirtisi ile bu belirtilerin hastalığı ile ilgili olduğu konusundaki algıları arasında anlamlılık saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların en çok yaşadığı ilk üç belirti olan; yorgunluk, güç kaybı ve sersemlik hissi aynı zamanda hastalıkla ilişki olduğu gösterilen en yüksek oranda cevaplanan belirtilerdir. Benzer şekilde Kocaman ve arkadaşları, hastaların yorgunluk, güç kaybı ve ağrı belirtilerini sıklıkla yaşadığını belirtmiştir. Koçkara (2019) akut koroner sendrom tanılı hastalarda en çok ağrı, soluk almada güçlük, güç kaybı belirtilerinin görüldüğünü; Karakoç (2018) hastaların hastalığının başlangıcından bu yana yaşadığı belirtilerin güç kaybı, uyku güçlüğü, yorgunluk, Karabulutlu ve Okanlı (2011) en sık yaşanan belirtileri; yorgunluk, güç kaybı, baş ağrısı, Karadağ (2013); güç kaybı, uyku güçlüğü, yorgunluk en çok görülen belirtilerdir. Farklı tanıları olan hastalarda yaptığımız çalışmamızda literatürde belirtilen bulgularla ortak olarak güç kaybı ve yorgunluk dikkati çekmektedir. Hastalar hastalığın başlangıcından beri yaşanan bazı belirtiler ile bu belirtilerin hastalıkla ilgili olmadığını düşünmektedir. Morgan (2014), hastaların KVH tanısı aldıktan sonra yaşamlarını devam ettiren karşılaştıkları genel hastalık belirtilerini, kalp hastalıkları ile ilişkilendirmediğini gösterebilir. Aynı şekilde ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan yazarlar da konuyu desteklemektedir (Kocaman 2007; Morris 2002). Ölçeğin bu boyutu, hastalık tipi ile somatizasyon arasındaki kavramsal farkı desteklemektedir.

Hastalık belirtileri boyutu puan ortalaması, kalp hastalarında yapılan bazı çalışmalarda benzer şekilde orta düzeyde saptanmıştır (4,13±2,80). Yıldırım ve Baykal (2020) 3,81 ± 1,94, Bağçivan ve ark.'nın (2018) 4.12±2.58, Qin ve ark.'nın (2020) 3,99±2,30, Alsen ve Eriksson'un (2016), 4,7±2,6 belirlenmiştir. Farklı yapılan bazı çalışmalarda hastaların hastalığına yönelik semptom algıları düşük belirlenmiştir. Şefikoğulları'nın (2018) çalışmasında 2,69±1,68, İşcan Ayyıldız'ın (2016) yaptığı çalışmada ise hastaların hastalığına yönelik 3.17 ± 2.16 semptom algıladıkları tespit edilmiştir. Çalışmaların aksine, Sir (2020) AMI hastalarında 6.65±1,93, Öksüz (2018)'de 5,14±2,61 ve Tekin (2016) 7,1±5,0 hastaların hastalığa yönelik semptom algılarını yüksek belirlenmiştir. Düşük puan ortalaması hastaların tanı, tedavi sürecini bilmemesi ve belirtileri kısa süreli yaşamasından kaynaklanabilir.

Hastalık belirtileri alt boyutu ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkide sadece yaş değişkeni etkili bulunmuştur. 65 yaş ve üzerindeki bireylerin hastalığa yönelik semptom algıları daha düşüktür. Bireyin yaşının ilerlemesiyle ortaya çıkabilecek olan ek kronik hastalıklar bireylerin daha fazla hastalık semptomu deneyimlemesine neden olabilmektedir (Özdemir ve Taşcı 2013, Martinez ve ark 2016). Yapılan bir çalışmada 65 yaş üzeri hastaların hastalığı anlayabilme algıları daha düşük belirlenmiştir. (Sir 2020; Lukoseviciute ve Smigelskas 2020). Yaşla birlikte hastalık tecrübeleri ve tanı konulan hastalık artışı kardiyovasküler hastalıklar semptom algısını azaltmış olabilir.

Çalışmamızda hastalık özelliklerine göre, KAH' na sahip olma, hastalık süresinin 5 yılın üzerinde olması, bilgi alma ve sağlık personelinden bilgi almış olma, aile öyküsü ve COVID 19 geçirme hastalık semptom algısının yüksek olmasında etkili değişkenlerdir.

5.2.2. HAÖ Hastalık Hakkındaki Görüşler Alt Boyutu

KVH'ları olan bireylerin hastalık hakkındaki görüşleri yedi bileşenle değerlendirilmiştir. Alt boyut bileşenleri içinde en yüksek puan ortalaması duygusal temsiller ($25,03\pm 4,32$), en düşük puan ortalaması da hastalığı anlayabilme ($12,37\pm 4,59$) bileşeninde saptanmıştır. Sir'in (2020), Tekin'in (2016), Bağçivan ve ark.'nın (2018), Karabulut ve Gün'ün (2019) çalışmalarında hastaların alt boyut bileşenlerinden aldıkları puan ortalamaları benzerlik göstermektedir. Yıldırım ve Baykal'ın (2020) kardiyoloji hastalarında yaptığı çalışmada en yüksek puanı duygusal temsil bileşeninden, Alsen ve Eriksson'un (2016) MI tanısı olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların en düşük puanı ($3,4\pm 2,7$) hastalığı anlayabilme bileşeninden aldığı görüldü.

Gündüz ve Karabulutlu'nun (2016) tip 2 DM hastalarında, Kara'nın (2019) KOAH'lı hastalarda farklı bir örneklem grubu ile yaptığı çalışmada da bu araştırma bulgusuna benzer şekilde hastalığı anlayabilme alt ölçek puan ortalaması düşük bulunmuştur. Duygusal temsiller puanının yüksek olması hastaların hastalığı ile ilgili endişelerinin fazla olduğunu gösterirken, hastalığı anlayabilme alt ölçek puan ortalamasının düşük bulunması hastaların kalp hastalıkları konusunda yeterli bilgilerinin olmadığını, hastalık algılarının yeterli olmadığını göstermektedir.

Çalışmamızın sonuçları diğer alt bileşen puanları açısından değerlendirildiğinde, hastaların çoğunluğunun var olan KVH'nı kronik olarak algıladığı, hastalığının ciddi sonuçları olduğuna inandığını, hastalığını kontrol edebilme algısının iyi olduğunu ve tedavi ile hastalığının kontrol edilebileceğine inandığını bununla birlikte hastalığının döngüsel süreci olduğu algısına sahip olduğunu göstermektedir. Bu alt bileşenler açısından farklı KVH tanıları olan hastaların hastalıkları hakkındaki görüşleri olumludur.

Çalışmamızda hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun alt bileşenleri ile sosyodemografik özellikler değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve meslek değişkenlerinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Yaş değişkeninde, tüm yaştaki hastalar KVH'nın ciddi sonuçları olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte 65 yaş ve üzeri hastaların hastalığını kontrol edebilme ve tedavi ile kontrol edilebileceği algısı düşüktür. Tedavi ile kontrol algısı, genç olan 39 yaş ve altındaki hastalar için de düşüktür.

Cinsiyet değişkeninde, hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun duygusal temsiller bileşeni kadınlarda daha anlamlıdır. Cantekin'in (2022) farklı örnekleme çalışmasında da duygusal temsil puanının kadınlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yıldırım ve ark.(2020) çalışmasında kadınların hastalık belirtileri puanları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Kadınların daha hassas ve duygusal olmalarıyla birlikte, kardiyovasküler hastalığı hakkında endişesinin daha fazla olduğu ve olumsuz etkilendiği söylenebilir.

Medeni durum ile tedavi kontrolü alt bileşeni anlamlıdır. Evli olanların tedavi kontrol algısı bekârlara göre daha yüksektir. Diğer çalışmalarda farklı alt bileşenler açısından anlamlılık görülmüştür (Karabulutlu vd 2015, Kara 2019). Bu durum evli olan hastaların eş desteğinin önemli olduğunu, hastalığının tedavi kontrolünde önemli sosyal destek sağladıklarını göstermektedir.

Yaşadığı yere göre ilde yaşayanların hastalığını kişisel kontrol etme algısı daha yüksektir. İlde yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşım imkânlarının daha fazla olması bu durumu destekleyebilir. Sir'in (2020) çalışması da ilde yaşayanların tedavi kontrol ve hastalığı anlayabilme algıları daha yüksek saptamıştır.

Kişisel kontrol bileşeni ile anlamlı olan bir diğer değişkende eğitimidir. Lise ve üniversite mezunu hastalar yani eğitim düzeyi yüksek olanlar hastalıklarını kişisel kontrol edebileceğine inanmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda da lise ve üniversite mezunu olanların kişisel ve tedavi kontrolleri çalışmamıza benzer olarak yüksek bulunmuştur. (Tekin'in 2016 ya da 2018; Ekenler 2017; Kara 2019, Yıldırım 2020). Eğitim hastalığa olumlu bakmayı artıran tedavi de hastaların kişisel olarak kendilerini güçlü hissettiği bir değişkendir.

Mesleğe göre değerlendirildiğinde emeklilerin sonuçlar alt bileşeni özel sektörde çalışanlardan daha yüksektir. Kara'nın (2019) KOAH hastalarında yapmış olduğu çalışmada emekliler hastalığın çok ciddi sonuçları olduğuna inanarak hastalığı negatif algılamaktadır. Emeklilerin yaş değişkeni ile bağlantı yapıldığında çalışmamızın sonuçları aynı benzerliği göstermiştir. Çalışma durumu değerlendirildiğinde çalışmamızın sonuçlarının örtüştüğü görülmektedir. Çünkü çalışanların hastalıklarına ilişkin kişisel kontrol algısı düşüktür, hastalığına ilişkin endişesi daha fazladır.

Çalışmamızda 39 yaş altı grubun sonuçları da benzer bulunmuştur. Ekenler (2017) 'in çalışmasında da hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu benzerlik göstermektedir. KVH olan bireyler çalışma süreci içinde düşük hastalık algısına sahiptir bu nedenle hastalığın oluşturabileceği sonuçlar konusunda olumsuz düşünmedikleri söylenebilir.

Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu ile hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde; kronik hastalık varlığı, kronik hastalık tipi, ilaç kullanma, düzenli ilaç kullanma, sağlık kontrolüne gitme, hastalık süresi, hastalık bilgisi, bilgi kaynağı, aile öyküsü, spor yapma, spor süresi, COVID 19 geçirme ve sağlık algısı değişkenlerinin ilişkili olduğu görülmüştür.

Kronik hastalık varlığına göre, kronik hastalığı olanların süre(akut/kronik) ve sonuçlar alt bileşen puanları daha yüksektir. Kronik hastalık türüne göre HT ve DM hastası olanların sonuçlar alt bileşeni yüksektir. Sir'in (2020) kalp hastalarında, İşcan Ayyıldız'ın (2016) hipertansiyonlu ve Kara'nın (2019) KOAH hastalarında yaptığı çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlar hastalığın uzun süreceğini düşünmekte ve hastalığın sonuçlarının çok ciddi olduğunu inanarak negatif algılamaktadır. Kronik hastalıkların uzun süre yaşanması ve beraberinde getirdiği olumsuz etkiler hastaların bu düşüncelerinin nedeni olabilir.

Tanısı koyulan ve tedavi edilen kalp hastalığı türüne göre, KKH olanların hastalık tipi puanı PAH olanlardan yüksektir. Koroner kalp hastası olanların kişisel kontrol puanı, SVH nedeniyle tedavi görenlerden yüksektir. Tekin'in (2016) çalışmasında kronik hastalığı olanların tedavi kontrol puanı yüksektir. SVH olan hastaların tedavi kontrol alt puanı düşük bulunmuş olup, tedavi ile hastalığının düzelmeyeceğini düşünmektedirler. SVH'ı genellikle vücutta fiziksel ve nörolojik olarak sekel bıraktığı için kişinin iyileşeceğine olan algısı düşüktür. Kardiyak aritmi nedeniyle tedavi görenlerin süre ve sonuçlar alt boyut puanlarının diğer hastalıklara göre düşük çıkması bu hastaların hastalığının kısa süreceğini ve sonuçlarının ciddi olmadığını düşünmektedir. Aritmiler ileriki dönemlerde ölümcül olmakla beraber erken teşhis döneminde hastanın günlük hayatını ciddi şekilde tehdit etmediği için bu şekilde düşünülmüş olabilir. MI hastalarının hem kişisel kontrol hem de tedavi kontrolü açısından en yüksek kontrol inançlarına sahip olduğu, hastanede yatan bu hastaların aynı zamanda yeni tıbbi ve cerrahi tedavilerin yanı sıra yaşam tarzı tavsiyeleri almalarının etkili olduğu vurgulanmaktadır (Broadbent vd 2006).

İlaç kullanma durumuna göre, ilaç kullananlar hastalığın kalıcı, ciddi sonuçlar olduğunu ve kalıtsal, yeme alışkanlığı, sigara, alkol gibi faktörlerden kaynaklı hasta olduğunu düşünmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Mosleh (2014), ilaç kullananların kişisel kontrol ve tedavi kontrol puanı yüksek bulmuştur. Düzenli İlaç kullanmayanların kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme alt boyutu ve psikolojik faktörler puanı yüksektir. İlaç

kullanmayanlar hastalığını kontrol edebileceğine inanarak, hastalığını anlayabilmekte ve stres, aşırı çalışma, duygusal durum gibi faktörleri etken olarak görmektedir.

Düzenli sağlık kontrolü yaptıran hastalar ile hastalık hakkında bilgisi olanların kişisel kontrol algısı ve hastalığı anlayabilmeleri ve hastalıklarına ilişkin sorumlulukları yüksek bulunmuştur. Düzenli sağlık kontrolüne gitme hastalığını kontrol edebileceğine inancını ve hastaların hastalıklarını daha iyi anlamalarını sağlamakta bu konuda sağlık personeli ile sürekli ilişkilerinin devam etmesi de katkı sağlamaktadır. Böylece düzenli sağlık kontrollerine gitme hastalık hakkında bilgi sahibi olmalarını da artırmaktadır. Ekenler (2017) de hastalık nedenleri boyutunun tüm bileşenlerinin puanlarını sağlık kontrollerini düzenli yaptıranlarda yüksek bulurken, bilgi sahibi olmayanlarda sonuçlar ve süre(döngüsel) alt boyut puanlarını daha yüksektir. Akraba, arkadaş ve sağlık personelinden bilgi alanların hastalığı anlayabilme puanları daha yüksektir.

Hastalık süresi 5 yıl ve üzeri olanların süre (kronik) alt bileşeni anlamlıdır. Yani uzun zamandan beri tanısı olan bireylerin hastalığını kalıcı olarak algıladığı görülmektedir. Tel ve ark (2012) hastalık sürecinin ilerlemesiyle hastaların bağımlılıklarının arttığı belirtmektedir.

Çalışmamızdan farklı olarak Sir (2020) 'in çalışmasında da hastalık süresi 4 yıl ve üzeri olanların duygusal temsiller puanı yüksek belirlemiştir.

Çalışmamızda birinci derece yakınlarda kalp hastası olanların hastalığını anlayabilme algısı yüksek iken, hastalıkları konusundaki endişeleri düşüktür. Birinci derece yakınlarında KVH olan bireyler kalıtsal yatkınlığın yanı sıra yakınlarının hastalık seyrini takip etmesi, deneyimlemesi, hastalığı anlamalarını kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Sir (2020)'in çalışmasında da ailesinde kalp hastası olanların sonuçlar alt bileşeni yüksektir. Aynı alt bileşen olmamakla birlikte burada da aile öyküsü hastaların hastalığı ilişkin ciddiyetini artırmaktadır. Chiou ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında ailesinde KAH olan bireylerin hastalık hakkında bilgisinin yeterli olmasının baş etmeyi kolaylaştırdığı, hastalığa uyumu artırdığı, kişisel bakım becerisini artırdığı ve hastalık hakkındaki yanıtlarını olumlu yönde etkilediğini belirtmektedir.

Hastalar hastalığı hakkında kendilerinin ya da yakınlarının deneyimlerini temel alan bir görüşe sahiplerdir. Ayrıca hastalıkla ilgili geçmiş deneyimler de bu görüşü etkiler. Hastaların geçmişteki deneyimleri sağlık ve hastalık hakkında beklentilere ve bazı inançların oluşmasına neden olabilir (Armay ve ark 2007). Düzenli spor yapan hastalar KVH'ın kronik olması ile ilgili algısı düşüken, hastalığı kontrol edebilme algısı ve tedavi ile hastalığın kontrol edilebileceği algıları yüksektir. Düzenli spor yapan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürmesi nedeni ile hastalığa daha olumlu bakmaktadır.

Sağlığını kötü olarak algılayan hastaların süre(kronik) ve sonuçlar alt bileşenleri, iyi ve orta algılayanlardan yüksektir. Bireyler hastalığın uzun süreceğini ve olumsuz ciddi sonuçlara neden olacağını düşünmektedir. Ancak buna rağmen KVH'nı kontrol edebilme ve tedavi ile hastalığın kontrol edilebileceği algıları ile hastalığı anlama algıları düşüktür. Sağlığını kötü algılama hastaların hastalık sürecine yaklaşımlarının olumsuz olmasını sağlamıştır. Ekenler'in (2017) çalışması da bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Çalışmalar hastalık algısının sadece hastalığa uyumla değil, aynı zamanda hastalık sonuçlarıyla da ilişkili olduğu doğrulamaktadır (Broadbent vd 2015; Marke ve Bennett 2017).

5.2.3. HAÖ Hastalık Nedenleri Alt Boyutu

Hastalık nedenleri algısı genellikle kişisel deneyime, tartışmalara ve hasta için önemli olan kişilerle yapılan görüşlere dayanır. Ayrıca, sağlık profesyonelleri ve medyanın, stres, çevre kirliliği veya diğer faktörler gibi belirli bir hastalık nedeni algısının şekillenmesinde önemli bir rol oynadığına dikkat edilmelidir (Leventhal vd 1997).

Çalışmamızda hastalık nedenleri alt boyutunun en yüksek puan ortalamasını psikolojik atıflar ($21,52 \pm 4,47$), en düşük puan ortalamasını da kaza/şans bileşeni ($4,51 \pm 1,65$) almıştır. Yıldırım ve Baykal'ın (2020), Bağçivan ve ark.'nın (2018), Friendrich ve ark.'nın (2021), Reges ve ark.'nın (2017), Grewal ve ark.'nın (2010) yaptığı çalışmalar ile benzerlik göstermiştir. Araştırmamızda hastalar hastalık nedenlerinin daha çok stres ya da endişe, kişinin tutumu, yaşamı hakkında olumsuz düşünmesi, aile problemleri, aşırı çalışma, kişinin duygusal durumu, bireyin kendini kötü, gergin, yalnız ve boşlukta hissetmesi, kişisel özellikleri gibi psikolojik faktörlerden kaynaklandığını ve kaza, şans, yaralanma, kötü talih gibi faktörlerin de hastalıkları üzerinde etkisinin az olduğunu düşünmektedirler.

Toplumunda hastalık nedenlerine genel olarak bakıldığında; sosyo-kültürel yapımızdan dolayı hastalığın nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlandığı görülmektedir (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Nur (2018), KKH'nın en çok algıladığı hastalık nedenlerini, sigara içmek, sağlıksız beslenme ve stres olarak belirtirken, Reges ve ark.(2017) AMI nün olası nedenlerini stres, sigara ve kalıtım olduğundan bahsetmiştir.

HAÖ'nin olası nedenlerinin alt boyutları ve sosyodemografik değişkenler incelendiğinde, birçok değişkenin psikolojik atıflar alt boyutu ile anlamlı olduğu görülmüştür. Bu değişkenlerden yaşta, 65 yaş ve üzerindeki hastaların KVH'ın olası nedenlerinin psikolojik kaynaklı olma algısı azalmaktadır. Tekin (2016) ve Koçkara (2019) yaş ile psikolojik atıflar alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Birey hastalığını kontrol edeceğine inanarak, yaşadığı belirtilerin hastalığına dair olduğuna ve

nedenlerinin psikolojik etkenler olduğunu düşünmektedir. Çalışmamızda 65 yaş üzeri bireylerin hastalık kontrol algılarının düşük bulunması bu sonucu desteklemektedir.

Cinsiyet değişkeninde, kadınların psikolojik atıf puanı daha yüksektir. Çalışmamızda kadınların duygusal olarak daha endişeli oldukları, bununla birlikte psikolojik etkenlerin hastalığa neden olma olasılığını artırdığı düşünülmektedir. Karabulutlu ve ark.'nın(2015) , Kara'nın (2019) çalışmasında da kadınların hastalıklarına psikolojik etkenlerin neden olduğu vurgulanmaktadır.

Hastalığına psikolojik etkenlerin neden olduğunu düşünen kadınların zamanla daha fazla endişelenerek depresyon yaşamalarına neden olabilmektedir (Hoth vd 2011).

Yaşadığı yere göre ilde yaşayanların psikolojik atıf puanı köyde yaşayanlara göre daha yüksektir. İlde yaşayan hastalar hastalıklarına neden olan etkenlerin psikolojik etkenler olabileceğini belirtmektedir. Bu durum İlde yaşayan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşma imkânlarının daha yüksek olması ve daha stresli yaşam koşullarının olması ile açıklanabilir. Çalışmamızın aksine Bağçivan ve ark. 'nın (2018) araştırmalarında ise HAÖ alt boyutları ile yaşanan yer arasında anlamlılık bulmamıştır.

Eğitim düzeyine göre lise ve üniversite mezunları hastalıklarına psikolojik faktörlerin neden olduğunu düşünmektedir. Meslek değişkenine göre emeklilerin psikolojik atıf puanı özel sektörde çalışanlardan daha yüksektir. Kara'nın (2020) KOAH hastalarında yapmış olduğu çalışmada benzer sonuçlar yer almaktadır. Özel sektör ve işçiler hastalığına neden olan etkenlerin psikolojik olduğunu düşünmektedirler. Çalışan hastaların da olası nedenleri psikolojik sebepler olarak gösterdiği görülmektedir.

Çekirdek aile tipinde olan hastalar psikolojik atıf alt boyutu anlamlıdır. Bu grupta hastaların sosyal destek eksikliği hissetmeleri hatalık açısından olası bir neden olarak düşünülebilir.

Risk faktörleri alt bileşeni ile anlamlı olan değişkenler incelendiğinde; medeni durum ile risk faktörleri alt bileşeni anlamlıdır. Bekar olanların risk faktörü algısı evli olanlardan daha yüksektir ve hastalığına kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, geçmişindeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışı, yaşlanma, alkol ve sigara içme gibi etkenlerin neden olabileceğini düşünmektedir. Hastaların BKI'nin artması ile risk faktörleri nedenlerine bağlı algıları da artmaktadır. KVH olan hastalar sağlıksız beslenmenin etkili bir faktör olarak hastalıkları için olası bir neden olabileceğini düşünmektedir.

Hastaların sosyal güvencesinin olmaması hastalar açısından olası bir risk faktörüdür. Sağlık güvencesinin olmaması düzenli hastalık kontrollerinin yapılması, ilaç kullanma, sağlık hizmetlerine ulaşım gibi birçok faktörü etkileyeceğinden hastalar için önemli bir risk faktörüdür. Diğer alt boyutlarda olan bağımsızlık ve kaza/şans alt boyutlarının sosyodemografik özellikler ile etkili olan değişkenleri daha azdır. Bunlardan

hastaların 39 yaş ve altında olması hastalığın olası nedenlerini kaza/şans olarak gördüğü, meslek olarak kamu sektöründe çalışmanın yine kaza/şans olarak değerlendirildiği görülmektedir. Özel sektörde çalışma, çekirdek ailede yaşamının bağışıklık açısından olası hastalık etkeni olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda HAÖ olası nedenler alt boyutu hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde, hastaların başka bir kronik hastalığının olması psikolojik etkenler içinde değerlendirilmektedir. Ek kronik hastalık, stres, olumsuz düşünce, kendini kötü hissetme gibi olası hastalık nedenlerini içerebilir. Düzenli İlaç kullanmayanların psikolojik faktörler algısı daha yüksektir. Hastalar düzenli ilaç kullanmama nedenlerinin psikolojik etkenlerle bağlantılı olduğunun ve bu durumun hastalıkları için olası bir neden olduğunu düşünmektedir.

Risk faktörleri alt boyutunda hastalık süresi 5 yıl ve üzeri olanların risk faktörleri puanı daha yüksektir. Uzun zamandan beri tanısı olan bireylerin hastalığını kalıcı olarak algıladığı ve nedeninin risk faktörleri olduğunu düşünmektedir. Hastalığı hakkında bilgi sahibi olanlar risk faktörlerinin KVH'a neden olduğunu düşünmektedir. Ekenler (2017) çalışmasında bilgi sahibi olmayanların hastalık nedenleri alt boyutunun bütün bileşenlerinde yüksek puan belirlenmiştir. Hastalık bilgisi kaynağının sağlık personeli olması durumunda hastaların risk faktörleri algısı daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum hastaların hastalıkları hakkında sağlık personellerinden bilgi almalarının hastalıkları ile ilgili risk faktörlerini öğrenmeleri ile açıklanabilir. Çalışmamızda birinci derece yakınlarda kalp hastası olanların risk faktörü algısı yüksek bulunmuştur. Sigara ve alkol kullananların hastalık nedeni alt boyutunda risk faktörü bileşeni puanı yüksektir. Bu sonuç hastaların sigara ve alkolün koroner arter hastalığı risk faktörü olduğunun farkında oldukları ile açıklanabilir (Karakoç 2018). Ekenler (2017) çalışmasında da sigara kullananların risk faktörü puanının yüksek olması çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Taşikardi komplikasyonu gelişen hastaların, emboli olanlara göre risk faktör puanı daha yüksektir. Hastalar tarafından taşikardi daha kolay fark edilebilecek bir komplikasyondur.

Bağışıklık alt boyutu ile değerlendirilen değişkenler içinde hastaların ailelerinde KVH öykülerinin olması ve özellikle anne ve babada hastalığın görülmesi, COVID 19 geçirme, orta düzeyde sağlık algısına sahip olma, mikrop veya virüs, çevre kirliliği, vücut direncinin azalması kaynaklı olası hastalık nedeni olarak belirlenmiştir.

Kronik hastalığı olmayanların kaza/şans bileşen puanları daha yüksektir. Genellikle risk faktörlerinin etken olduğu bu hastalıklarda, kronik hastalığı olmayan bireylerin hastalık nedenini stres, endişe, duygusal durum ya da şans olarak düşünmesi normaldir. Covid 19 geçiren bireylerin kaza/şans bileşenleri yüksektir.

5.3. Ölçekler Arasındaki İlişki

Bu bölümde KARRİF-BD ölçeği ve HAÖ leri hem kendi alt boyutları arasındaki ilişki açısından hem de birbirleri ile olan ilişkileri açısından incelenmiştir.

Hastaların KVH'ın belirtileri konusundaki algısı arttıkça, hastalığa karşı hissettiği duygular, hastalığın psikolojik kaynaklı ve bağışıklıkla ilgili nedenleri ile ilgili algıları artmaktadır. Hastalar hastalığının kronik olduğunu algıladıkça, hastalığına yönelik negatif yaklaşımı, ciddi sonuçlanacağı algısı artmakta, kişisel olarak hastalığını kontrol edebilme, tedavi ile kontrol edilebileceği inancı ve hastalığını anlayabilme algısı düşünmektedir. Hastalığını kontrol edebilme algısının artması, tedaviye olan inancını, hastalığını anlamasını artırmakta, hastalığa karşı olan negatif hislerini, kaza ya da şans nedeni olduğu algısını azaltmaktadır.

İki ölçek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; KARRİF-BD risk faktörleri alt boyutu ile HAÖ kişisel kontrol ($r=0,373$), tedavi kontrolü ($r=0,226$), hastalığı anlayabilme ($r=0,403$), risk faktörleri ($r=0,143$) alt boyutları arasında pozitif yönde, süre (döngüsel) ($r=-0,256$), duygusal temsiller ($r=-0,301$), bağışıklık ($r=-0,199$) ve kaza/şans ($r=-0,142$) alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların KARRİF-BD risk davranışlarında değişim alt boyutu ile HAÖ kişisel kontrol ($r=0,318$), tedavi kontrolü ($r=0,192$), hastalığı anlayabilme ($r=0,343$) arasında pozitif yönde, süre (döngüsel) ($r=-0,324$), duygusal temsiller ($r=-0,319$), psikolojik atıflar ($r=-0,206$), bağışıklık ($r=-0,252$) ve kaza/şans ($r=-0,145$) alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. KBD toplam puanları ile HAÖ Kişisel kontrol ($r=0,378$), tedavi kontrolü ($r=0,222$), hastalığı anlayabilme ($r=0,413$) arasında pozitif yönde, süre (döngüsel) ($r=-0,284$), duygusal temsiller ($r=-0,328$), psikolojik atıflar ($r=-0,154$), bağışıklık ($r=-0,213$) alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.

KARRİF-BD ile HAÖ alt bileşenleri arasında pozitif ve negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur. Hastaların KARRİF-BD ile HAÖ'nin kişisel kontrol, tedavi kontrol, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), psikolojik atıflar, bağışıklık alt bileşenleri arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Öksüz'ün (2018) MI geçiren hastalarda yapmış olduğu çalışması sonucunda bilgi düzeyi ve hastalık algısı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların risk faktörleri bilgi düzeyi arttıkça algıları ve farkındalıkları artmaktadır. Çalışmamızı destekleyen bu araştırmada hastaların bilgi düzeyi ile tedavi kontrol algısı da anlamlı bulunmuş ancak diğer alt boyutlarda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda KVH'a ait bilgi düzeyi arttıkça, hastalarda hastalığını kontrol edebilme ve hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceği algısı artmaktadır. Ayrıca bilgi düzeyi arttıkça hastalarda hastalığının dönem dönem meydana geldiği ve hastalığının

olası nedenlerinin psikolojik faktörler ile bağışıklığın azalmasına neden olan etkenler olduğu algısı artmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

KARRİF-BD ölçeği ve HAÖ kullanılarak elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- ✓ Hastaların sosyo demografik özellikleri içinde, %34,0'ı 65 yaş ve üzerinde, %60,5'i erkek, %39,0'ı lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip, %52,0'ı çalışmaya devam etmektedir. Hastalık özelliklerine göre hastaların %55,5'i başka kronik hastalığa sahip, %32,5'i en fazla HT hastalığına sahip, KVH tanıları içinde %62,5'i KAH tanısı almış, % 33,5'inin tanı sresi 03-05 ay, %33,5'i aile de KVH öyküsüne sahip, %38,0'i COVID 19 ve %24,5'i sağlığını kötü algılamaktadır.
- ✓ Hastalar, KARRİF-BD sorularına en yüksek oranda "stres, kahır, üzüntünün kalp hastalığı riskini artırdığı" cevabını vermiştir. Hastaların KARRİF-BD ölçen maddelere verdiği genel cevaplar kapsamında bilgi eksiklikleri olduğu belirlenmiştir.
- ✓ KVH tanısı olan hastaların KARRİF-BD puanları düşük bulunmuştur (11.51 ± 6.28). Çalışmamızda KVH sahip bireylerin KVH açasından bilgi düzeylerinin daha iyi olması gerekirken yeterli olmadığı görölmüştür.
- ✓ Genel KARRİF-BD'ni etkileyen değişkenler; yaş, yaşanılan yer, KVH türü, hastalık süresi, ilaç kullanma, düzenli ilaç kullanma, sağlık kontrolünü yaptırma, bilgi durumu ve kaynağı, aile öyküsü ve kimde olduğu, spor yapma, COVID 19 sonrası komplikasyon yaşama ve var olan komplikasyonlardır.
- ✓ Çalışmamızda hastaların yaşı attıkça risk faktörleri bilgi düzeyi azalmıştır.
- ✓ Hastaların il merkezinde yaşıyor olmaları, ilaç kullanma ve düzenli ilaç kullanmaları, düzenli sağlık kontrollerine gitmeleri, hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmaları, hastalık bilgisini sağlık personelinden almaları, özellikle babada hastalık öyküsü varlığı, düzenli spor yapma, COVID 19 sonrası komplikasyon geçirme, KVH bilgi puanını yükseltmektedir.
- ✓ Çalışmamızda hastaların en çok yaşadığı ilk üç belirti, yorgunluk, güç kaybı ve sersemlik hissi aynı zamanda hastalıkla ilişki olduğu gösterilen en yüksek oranda cevaplanan belirtilerdir.

- ✓ HAÖ Hastalık tipi puan ortalaması orta düzeydedir.
- ✓ Hastalık tipi alt boyutu ile sosyodemografik değişkenler arasında sadece yaş anlamlıdır. 65 yaş ve üzerindeki bireylerin hastalığa yönelik semptom algıları daha düşüktür.
- ✓ HAÖ hastalık tipi alt boyutunda hastalık özelliklerine göre, KAH'na sahip olma, hastalık süresinin 5 yılın üzerinde olması, bilgi alma ve sağlık personelinin bilgi almış olma, aile öyküsü ve COVID 19 geçirme hastalık semptom algısının yüksek olması anlamlı değişkenlerdir.
- ✓ HAÖ hastalık hakkındaki görüşler alt boyut bileşenlerinde en yüksek puan ortalaması duygusal temsiller, en düşük puan ortalaması da hastalığı anlayabilme bileşeninde saptanmıştır.
- ✓ HAÖ hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunun alt bileşenleri ile sosyo demografik özellikler değerlendirildiğinde; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim durumu, çalışma durumu ve meslek değişkenleri anlamlı bir fark göstermiştir.
- ✓ Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutunda, 65 yaş ve üzeri hastaların hastalığını kontrol edebilme ve tedavi ile kontrol edilebileceği algısı düşük, duygusal temsiller bileşeni kadınlarda daha anlamlı, evli olanların tedavi kontrol algısı bekârlara göre daha yüksek, ilde yaşayanların hastalığını kişisel kontrol etme algısı daha yüksek, lise ve üniversite mezunu hastaların kişisel kontrol algısı daha yüksek, emekli olanların hastalığın çok ciddi sonuçları olduğuna inancı daha yüksek tespit edilmiştir.
- ✓ Hastalık hakkındaki görüşler alt boyutu ile hastalık özelliklerine göre değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olanların süre(akut/kronik) ve sonuçlar alt bileşen puanları daha yüksek, Koroner kalp hastası olanların kişisel kontrol puanı daha yüksek, kardiyak aritmi nedeniyle tedavi görenlerin süre ve sonuçlar alt boyut puanları düşük, düzenli sağlık kontrolü yaptıran hastalar ile hastalık hakkında bilgisi olanların kişisel kontrol algısı ve hastalığı anlayabilmeleri ve hastalıklarına ilişkin sorumlulukları yüksek, tanı süresi 5 yıl ve üzeri olanların süre (kronik) alt bileşeni anlamlı, birinci derece yakınlarında kalp hastalığı öyküsü olanların hastalığını anlayabilme algısı yüksek, hastalıkları konusundaki endişeleri daha düşük, sağlığını kötü olarak algılayan hastaların süre(kronik) ve sonuçlar alt bileşenleri yüksek belirlenmiştir.
- ✓ Hastalık Nedenleri alt boyutunun en yüksek puan ortalaması psikolojik atıflar ($21,52 \pm 4,47$), en düşük puan ortalaması da kaza/şans bileşeni ($4,51 \pm 1,65$) saptanmıştır.

- ✓ Hastalar, hastalık nedenlerinin daha çok stres ya da endişe, kişinin tutumu vb gibi psikolojik faktörlerden kaynaklandığını ve kaza, şans, yaralanma, kötü talih gibi faktörlerin etkisinin az olduğunu belirtmiştir.
- ✓ HAÖ hastalık nedenleri alt boyutunun psikolojik atıflar alt bileşeninde, 65 yaş ve üzerindeki hastaların KVH'nın olası nedenlerinin psikolojik kaynaklı olma algısı düşük, kadınların, kırsal alanda yaşayanların, özel sektörde ve işçi olarak çalışanların, çekirdek ailede yaşayanların, başka bir kronik hastalığı olanların, düzenli ilaç kullanmayanların, psikolojik atıf puanı daha yüksektir.
- ✓ HAÖ hastalık nedenleri alt boyutunun risk faktörleri alt bileşeninde; bekar olanların, BKİ si yüksek olanların, 5 yıl ve üzerinde hastalık tanısı olanların, hastalık hakkında bilgisi olanların, bilgiyi sağlık personelinden alanların, ailede KVH öyküsü olanların, sigara, alkol kullananların, risk faktörü algısı daha yüksektir.
- ✓ KARRİF-BD ile HAÖ alt boyutları arasında pozitif ve negatif yönde anlamlı genel olarak zayıf bir ilişki saptanmıştır. KVH'nın bilgi düzeyinin artması hastalık algısını artırmaktadır.

6.2. Öneriler

- ✓ Çalışmamızda KVH sahip bireylerin KVH açısından bilgi düzeylerinin düşük olması, sağlıklı bireyler kadar hastalığa sahip bireylerin de bilgi ve profesyonel desteğe gereksinimi olduğu göstermektedir. Bu amaçla sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin hem sahada hem de klinik alanda etkili eğitim ve bilgilendirme çalışmalarını sürdürmesi önerilmektedir.
- ✓ Toplum sağlığının yükseltilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlanmalıdır.
- ✓ Bireylerin kardiyovasküler risk faktörlerini daha iyi bilmeleri ve yaşadıkları göğüs ağrısını kalp kriziyle ilişkilendirirken, karın ya da sırt ağrısının kalp ile ilgili olduğunu düşünmeyip hastalığı yanlış algılayarak tanı ve tedavi sürecini geciktiren belirtilerin başka hastalıklarla yanlış şekilde ilişkilendirilmemesi için, sağlık personelleri KVH grubundaki hastalıklar hakkında da bilgi vermelidir.
- ✓ Aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezleri ile işbirliği yaparak toplumun her kesimine eğitimler düzenlenmelidir.
- ✓ Sağlıklı ve hasta bireylerde az bilinen kronik hastalıkların tanı, tedavi ve yönetimi konusunda daha çok bilgi verilmelidir. Bilgi eksikliğinin olduğu konular; hastalığın önlenmesi, egzersiz yapma, yağlı beslenme, ilaç kullanımı, HT, kolesterol, DM

varlığı iken genetik, yaşlılık, sigara, tuz, meyve sebze yeme, kilo, stres konuları daha fazla bilinmektedir.

- ✓ Kliniğe gelen bir hastaya sadece yaş, kronik hastalıklar, sigara-alkol kullanımı gibi belli risk faktörleri yanında bireye mesleği, uyku kalitesi, sağlık algısı, KVH risk faktörleri bilgisi olma durumu, kişilik özellikleri, ruhsal durumu ve ya COVID 19 gibi bağıışıklık/mikrop kaynaklı sorunlar yaşayıp yaşamadığı sorulmalıdır.
- ✓ Kardiyovasküler hastalıklar hakkında literatürde yer alan risk faktörlerine güncel konular eklenerek bilgi düzeyini ölçen çalışmalar artırılmalı ve sonuçlar doğrultusunda hastalığa neden olan faktörler araştırılarak kontrol altına alınmalıdır.
- ✓ KVH olan bireylerin bilgi düzeyinin eksik olduğu konular daha çok vurgulanmalı ve eğitimlere yansıtılmalıdır.
- ✓ Sağlık kuruluşlarında tanı alan her hastaya danışmanlık hizmetlerinin verilebileceği, iletişim sağlanarak bilgilerin güncelleneceği bir sistem oluşturulmalıdır. Çalışma sırasında özellikle Covid 19 sürecinde bireylerin hastaneye muayene ve kontrole korktuğu için gelmemesi üzerine hastalıkların ilerlediği görülmüştür. Bu tür durumlarda hastaların bilgilerinin düzenli aralıklarla tekrarlandığı ve bilgi verileceği bir danışmanlık merkezi kurulmalıdır.
- ✓ Hastaların birçoğunun stres, endişe, gelecek kaygısı ve kişilik özellikleri gibi etkenlerin hasta olmalarına sebep olduklarını düşünmesi, hastalıklarını olumsuz algıyarak kabullenme ve tedavi sürecini etkileyebilmektedir. Bundan dolayı sağlık personelleri, hasta ve yakınları ile işbirliği içerisinde psikososyal alanda danışmanlık vermeli, gerekirse psikolojik yardım alması konusunda yönlendirmelidir.
- ✓ Halk sağlığı hemşileri olarak, tanımlanan görev birimlerinde araştırmalar yapılmalıdır.
- ✓ Toplumun farklı kesimlerinde hasta olan bireylere KVH'da bilgi düzeyi ve hastalık algısı hakkında daha çok araştırma yapılmalıdır.

7. KAYNAKÇA

Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. **Türk Kardiyoloji Dergisi Araştırması** 2011; 39: 1-5.

Acehan O. The effects of illness perception and group interview on hypertension control. Specialization thesis, Cukurova University, Faculty of Medicine, **Department of Family Medicine**, 2010, Adana, Turkey.

Adamo SB. A Spatial Analysis of Urbanization, Migration and Cardiovascular Disease Risk Factors in China: A Regional Comparison to Inform Future Health Care Policy for Cardiovascular Disease Prevention. Presented at Population Association of America Annual Meeting, Dallas, Texas, USA, 2010.

Albus C. Psychological and social factors in coronary heart Disease. **Ann Med** 2010; 42(7): 487-94.

AlHewiti A. Adherence to long-term therapies and beliefs about medications. **Int. J. Family Medicine** 2014.

Al-Khalili F, Svane B, Wamala SP. Clinical importance of risk factors and exercisetesting for prediction of significant coronaryartery stenosis in women recovering from unstable coronary artery disease: The stockholm female coronary risk study. **Am Heart J** 2000; 139(6): 971-8.

Alsén P, Eriksson M. Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year aftermyocardial infarction. **Journal of clinical nursing** 2016; 25(3-4): 526-533.

American Heart Association. Smoking Cardiovascular Disease. İnternet adresi: http://www.heart.org/heartorg/healthyliving/quitsmoking/quittingresources/smoking-cardiovascular-disease_ucm_305187_article.jsp#.wzhlnlfjbu, (son güncelleme tarihi:2014, alındığı tarih: 19.02.2018).

American Historical Association. Silent Ischemia and Ischemic Heart Disease. İnternet adresi: <https://www.heart.org/>, (son güncelleme tarihi:13.09.2017,alındığı tarih: 06.08.2021).

Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. **Türk Kardiyoloji Derneği Arşiv** 2009; 37: 35-40.

Armay Z, Özkan M, Kocaman N., Özkan S. The Turkish reliability and validity study in cancer patients of illness perception questionnaire. **Klin Psikiyatri** 2007; 192–200.

Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Michos ED, Buroker AB, Miedema MD, Himmelfarb CD. Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease ACC/AHA. **J Am Coll Cardiol** 2019;74(10): 1-103.

- Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. **Rev Esc Enferm USP** 2015; 49(1): 60-7.
- Arslan DE, Akça Kılıç N. Cardiovascular risk awareness of academic staff. **Kocaeli Med J** 2020; 9(2): 31-38.
- Arthur HM. Depression, isolation, social support, and cardiovascular disease in older adults. **J Cardiovasc Nurs** 2006;21(5 Suppl):2-7.
- Ashour A, Al-Smadi A, Shajrawi A, Al-Rawashdeh S, Alshraifeen A, Abed M. Changes in illness perception among patients' undergoing percutaneous coronary intervention. **Heart Lung** 2020; 49(6): 836-41.
- Avcı A, Gün M, Erdoğan S. Kardiyovasküler hastalık tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların ilaç tedavisine uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. **Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi** 2020; 11(26): 132-139.
- Badır A, Demir Korkmaz F. Koroner Arter Hastalıkları. İçinde Dâhili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). **Nobel Kitapevi**, Adana, 2010, s: 514-515.
- Bağçıvan G, Tanrıver E, Kılıç B. Kronik kalp damar hastalığı olan bireylerin hastalık algısının incelenmesi. **Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2018; 21(2):89-96.
- Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-Management Approaches for People with Chronic Conditions: A Review. **Patient Education and Counseling** 2002; 48: 177-187. 48, 177-187.
- Barth J, Schneider S, Von Känel R. Koroner kalp hastalığının etiyolojisinde ve prognozunda sosyal destek eksikliği: sistematik bir gözden geçirme ve meta-analiz. **Psychosom Med** 2010; 72 (3): 229-38.
- Bartlo P, Irion G, Voorhees J. Assessment of the knowledge level regarding cardiovascular disease risk factors: comparison across age groups. **J Community Health** 2020; 45(5): 1030-1037.
- Basu S, Poole J. The brief illness perception questionnaire. **Occup Med** 2016; 66(5): 419-20.
- Baş Ş. Tip 2 Diyabet hastalarının kardiyovasküler hastalık riskleri ve risk faktörleri bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. **Aile Hekimliği Anabilim Dalı**, Sakarya, 2021.
- Başara B, Güler C, Yentür GK, vd. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2014.
- Başara B, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir A.T. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2018.
- Bean D, Cundy T, Petrie KJ. Ethnic differences in illness perceptions, self-efficacy and diabetes self-care. **Psychol. Heal** 2007; 22: 787-811.
- Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi (UNDESA). Dünya Kentleşme Beklentileri 2007 Güncellemesi, Cenevre, 2008.
- Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu (UNFPA). Dünya Nüfusunun Durumu, New York, 2007.

Blokstra A, Van Dis I, Verschuren WM M. Efficacy of multifactorial lifestyle interventions in patients with established cardiovascular diseases and high risk groups. **Eur J Cardiovasc Nurs** 2012; 11: 97–104.

Boateng D, Wekesah F, Browne JL, Agyemang C, Agyei-Baffour P, Aikins Ad-G, et al. Knowledge and awareness of and perception towards cardiovascular disease risk in sub-Saharan Africa: A systematic review. **PLoS ONE** 2017;12(12): e0189264.

Brewer NT, Chapman GB, Gibbons FX. et al. Meta-analysis of the relationship between risk perception and health behavior: The example of vaccination. **Health Psychol** 2007; 26: 136–145.

Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. **J. Psychosom. Res** 2006; 60: 631–7.

Broadbent E, Kydd R, Sanders D, Vanderpyl J. Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: the role of illness perceptions. **Aust. N. Z. J. Psychiatry** 2008; 42: 147-153.

Broadbent E, Petrie KJ, Ellis CJ, et al. . Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of a future cardiac event. **Intern Med J** 2006; 36: 643–647.

Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ. A systematic review and meta-analysis of the brief illness perception questionnaire. **Psychol Health** 2015; 30(11): 1361-85.

Buhl CS, Jorgensen H, Videbech P, et al. Escitalopram ameliorates hypercortisolemia and insulin resistance in low birth weight men with limbic brain alterations. **The Journal of Clinical Endocrinology Metabolism** 2018; 1(103): 115–124.

Campbell KA, Madva EN, Villegas AC, et al. Non-cardiac Chest Pain: A Review for the Consultation-Liaison Psychiatrist. **Psychosomatics**, 2017; 58 (3): 252-265.

Canlı Özer Z, Şenuzun Aykar F. Kardiyovasküler Hemşirelik. **Akademisyen Kitapevi**, Ankara, 2022, s:97-107.

Cantekin I, Arguvanli Coban S, Koprulu E. Illness perception of turkish patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: similarities and differences. **Clin Exp Health Sci** 2022; 12: 94-101.

Chida Y, Steptoe A, et al. The association of anger and hostility with future coronary heart disease. **J Am Coll Cardiol** 2009; 53 (11): 936–946.

Chiou K. Socioeconomic status, religion and health in india: an examination of chronic and communicable diseases. **National Economic Association** 2016 ;43(2).

Ciddi S. Kalp yetmezliği olan bireylerde cinsiyetin hastalık algısına etkisi. Yüksek lisans Tezi. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği**, İzmir, 2006, s. 6-44.

Cin A, Doğan SE, Demirdağ H. Paramedik öğrencilerinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin belirlenmesi. **İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi** 2018;6(2):36-43.

Claassen L, Henneman L, Kindt I, et al. Perceived risk and representations of cardiovascular disease and preventive behaviour in people diagnosed with familial hypercholesterolemia: A cross-sectional questionnaire study. **J Health Psychol** 2010; 15: 33–43.

Courts Fleming N. Psychosocial Adjustment of Patients on Home Hemodialysis and Their Dialysis Partners. **Clinical Nursing Reserach** 2000; 9(2): 177-90.

Çam, S, Çakır, İ. Polislerde iş stresi algısının kişisel ve göreve bağlı bazı değişkenlere göre karşılaştırılması. **Polis Bilimleri Dergisi** 2008; 10(3): 21-40.

Çürük GN, Korkut Bayındır S, Oğuzhan A. The relationship of the healthy lifestyle behaviors and cardiovascular disease risk factors knowledge level of patients with cardiovascular disease and their relatives. **Journal Of Health Sciences** 2018; 27: 40-47.

Dağıstan A, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. **TAF Preventive Medicine Bulletin** 2016; 15(6): 575-582.

Davidson PM, Daly J, Hancock K, Moser D. Perceptions and experiences of heart disease: a literature review and identification of a research agenda in older women. **Eur J Cardiovasc Nurs** 2003; 2(4):255-64.

Davis GK, Newsome AD, Ojeda NB, et al. Effects of intrauterine growth restriction and female sex on future blood pressure and cardiovascular disease. **Curr Hypertens Rep** 2017; 19(2): 13.

Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. **Psychosom Med** 2005; 67(1): 89-97.

Denollet J. Type D personality: a potential risk factor refined. **J Psychosom Res**, 2000; 49(4): 255-266.

Denollet J, Sys SU, Stroobant N. et al. Personality as independent predictor of longterm mortality in patients with coronary heart disease. **Lancet** 1996; 347(8999): 417-421.

Diefenbach MA, Leventhal H. The common-sense model of illness representation: theoretical and practical considerations. **J. Soc. Distress Homeless** 1996; 5: 11-38.

Driggin E, Madhavan MV, Bikdeli B, et al. Cardiovascular considerations for patients, health care workers and health systems during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Pandemic. **J Am Coll Cardiol** 2020; 75 (18): 2352-2371.

Dülek H, Vural ZT, Gönenç I. Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. **Dicle Tıp Dergisi** 2019; 46 (3): 449 - 459.

Efendim Ö, Özakgöl A. Evaluation of the perception of illness and quality of life in patients with acute myocardial infarction. **Turk Kardiyol Dern Ars** 2022; 50(3): 209-216.

Ekenler Ş. Kronik obstrüktif akciğer hastalarında hastalık algısı ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **Hemşirelik Anabilim Dalı**, Konya,2017.

Eroğlu K, Akyüz A. Educational needs of nurses to provide genetic services in prenatal care: A cross-sectional study from Turkey. **Nursing & Health Sciences** 2017; 19(3): 294-300.

Erten H, Özyurt BC. Manisa'da yarı kentsel bir bölgede 40 yaş ve üzeri grupta kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve risk faktörleri sıklığı. **3.International 21.National Public Health Congress**,2019.

European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics,(2008) İnternet adresi: <http://www.ehnheart.org>, (son güncelleme tarihi: 04.02.2015, alındığı tarih: 30.05.2017).

- Fernandes JR, Ogurtsova K, Linnenkamp U. et al. IDF Diabetes Atlas estimates of 2014 global health expenditures on diabetes. **Diabetes Res Clin Pract** 2016; 117: 48-54.
- Fernandez E, Smith TW. Anger, hostility, and cardiovascular disease in the context of interpersonal relationships, In M. E. Alvarenga D. Byrne, **Handbook of psychocardiology**, 2015, 665–683.
- Fiziksel Aktivite Takip Sistemleri ve Teşvik Fiziksel Aktivite Bilimsel Komisyonu Raporu, Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı 1248, Ankara 2022.
- Friedrich O, Kunschitz E, Pongratz L, et al. Classification of illness attributions in patients with coronary artery disease. **Psychology & Health** 2021; 36: 11, 1368-1383.
- Fu DG. Cardiac arrhythmias: diagnosis, symptoms, and treatments. **Cell Biochem Biophys** 2015; 73(2):291-296.
- Furtado LG, Nóbrega MML. Model of care in chronic disease: inclusion of a theory of nursing. **Text Context Nursing** 2013; 22(4): 1197-1204.
- Gallagher R, Sullivan A, Haller S, Gillies G, Burke R, Tofler G. Symptom patterns, duration and responses in newly diagnosed patients with heart failure(Article). **International Journal of Nursing Practice** 2012; 18(2): 133-139.
- Gauro P, Thaniwattananon P, Kritpracha C. Illness perception predicting cardiovascular health behaviors among patients with ischemic heart disease in Nepal: a descriptive cross-sectional study. **JNMA J Nepal Med Assoc** 2020;58(231):884–8.
- Gomar FS, Quilis CP, Leischik, Lucia A.Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. **Ann Transl Med** 2016;4(13): 256.
- Grandner MA, Hale L, Moore M, et al. Mortality associated with short sleep duration: the evidence, the possible mechanisms, and the future. **Sleep Med Rev** 2010; 14(3): 191–203.
- Greco A, Cappelletti ER, Monzani D, Pancani L, D'Addario M, Magrin ME, Miglioretti M, et al. A longitudinal study on the information needs and preferences of patients after an acute coronary syndrome(Article). **BMC Family Practice** 2016; 17(1): 136,
- Green JS, Grant M, Hill KL, et al. . Heart disease risk perception in college men and women. **J Am Coll Health** 2003; 51: 207–211.
- Grewal K, Stewart Donna E. Differences in social support and illness perceptions among South Asian and Caucasian patients with coronary artery disease. **Heart Lung** 2010; 39: 180–187.
- Gu F,Han J, Ladin F, et al. Total and Cause-Specific Mortality of U.S. Nurses working rotating night shifts. **American Journal of Preventive Medicine** 2015; 48(3): 241-252.
- Gülbahar M, Gök Metin Z. Effects of coronavirus-19 on the cardiovascular system. **Türkiye Klinikleri J Nurs** 2020; 12(2): 305-14.
- Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. **Hacettepe Üniversitesi Yayınları**, Ankara,2015.
- Güler E, Schmid JP, Wiedemar L, Saner H, Schnyder U, Von Känel R. Clinical diagnosis of posttraumatic stress disorder after myocardial infarction. **Clin Cardiol** 2009; 32(3): 125-9.
- Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2016; 19(2): 106-115.

- Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol. Health* 2003; 18: 141-184.
- Hammond J, Salamonson Y, Davidson P, et al. Why do women underestimate the risk of cardiac disease? A literature review. *Aust Crit Care* 2007; 20: 53–59.
- Hannah E Bergman, Bryce B Reeve, Richard P Moser, Sarah Scholl, William MP Klein. Development of a comprehensive heart disease knowledge questionnaire. *American Journal of Health Education* 2011;42(2):74-87.
- Hassen HY, Bowyer M, Gibson L, Abrams S, Bastiaens H. Assessment of the knowledge level regarding cardiovascular disease risk factors: comparison across age groups. *BMC Public Health* 2022; 22; 197.
- Haynes SG, Feinleib M, Kannel WB. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the framingham study. III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *Am J Epidemiol* 1980; 111(1): 37-58.
- Hebcan Örs S, Tümer A. Yetişkin kadınların kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi* 2020; 2(2):81-88.
- Heckhausen J, Wrosch C, Schulz R. A motivational theory of life-span development. *Psychol Rev* 2010;117(1): 32-60.
- Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ. Association between alcohol and cardiovascular disease, mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *British Medical Journal* 2014; 349: 41-64.
- Homko C J, Santamore W P, Zamora L, et al. Cardiovascular disease knowledge and risk perception among underserved individuals at increased risk of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs* 2008; 23: 332–337.
- Horton R, Chronic diseases the social justice issue of our time. *Lancet* 2015; 386: 2378.
- Hoth KF, Wamboldt FS, Bowler R, Make B, Holm KE. Attributions about cause of illness in chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 70(5): 465-472.
- Howard C, Hallas CN, Wray J, Carby M. The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy* 2009; 47: 71–76.
- International Diabetes Federation. Global Diabetes Plan 2011-2021. İnternet adresi: <http://www.idf.org/globaldiabetesplan-2011-2021>, (son güncelleme tarihi: 2011, alındığı tarih: 08.07.2021).
- Itoga M. "Seeking understanding beneath the unspecifiable: an alternative framework for mapping information needs in communication. *Libri International Journal of Libraries and Information Services* 1992; 42(4): 330-334.
- İşcan Ayyıldız N. Hipertansiyon hastalarında hastalık algısının yaşam doyumuna etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*, Erzurum, 2016.
- Jackson CF, Wenger NK. Cardiovascular disease in the elderly. *Rev Esp Cardiol* 2011;64(8):697-712.
- K.J. Petrie, L.A. Jago, D.A. Devcich. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20(2):163-166.

Kaptein AA, Scharloo M, Fischer MJ, Snoei L, Cameron LD, Sont JK et al. Illness perceptions and COPD: an emerging field for COPD patient management. **Journal of Asthma** 2008; 45(8):625-629.

Kara A. KOAH'lı hastalık algısının yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **Hemşirelik Anabilim Dalı**, Balıkesir,2019.

Karabulut G, Gün M. Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda hastalık algısının ilaç uyumuna etkisi. **Türk kardiyovasküler hemşirelik dergisi** 2019; 10(21): 8-16.

Karabulutlu Yılmaz E, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. **Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi** 2015; 2(3): 271-284.

Karabulutlu Yılmaz E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2011; 14(4): 25-31.

Karadağ S. Koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algısının ameliyat sonrası yoğun bakım deneyimine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. **Psikiyatri Hemşireliği Programı**, İzmir,2013.

Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü. **Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi** 2017; 2:18-27.

Karatay G, Yeşiltepe A, Aktaş H. Cardiovascular diseases risk factors knowledge levels of individuals over 40 years old and their relationship with some variables. **Acta Medica Nicomedia** 2021; 4(2).

Katapodi M C, Dodd M J, Lee K A, et al. Underestimation of breast cancer risk: Influence on screening behavior. **Oncol Nurs Forum** 2009; 36: 306–314.

Kepenek B. Sirozlu hastalarda öz bakım gücü ile hastalık algısı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. **Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2014,s.23-67.

Khaku AS, Tadi P. Cerebrovascular Disease. **StatPearls Publishing**, Treasure Island,2022.

Kırağ N, Çalışkan G. Aile sağlığı merkezine başvuru yapan hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörler. **Medical Sciences (NWSAMS)** 2020; 5(1): 1-11.

King CR, Knutson KL, Rathouz PJ, et al. Short sleep duration and incident coronary artery calcification. **JAMA** 2008; 300(24): 2859–65.

Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. The reliability and the validity study of Turkish adaptation of the revised illness perception questionnaire. **Anatolian Journal of Psychiatry** 2007; 8: 271–280.

Koçkara T. Akut koroner sendrom tanılı hastaların hastalık algısı ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. **Hemşirelik Anabilim Dalı**, İstanbul, 2019.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012.Sağlık Bakanlığı Yayın No:948, Ankara,2014.

Kyoung Suk Lee, Yoo Mi Cho, Sung Hee Oh, Mi Sook Jung. Evaluation of the heart failure in internet patient information: descriptive survey study. **Journal of Environmental Research and Public Health** 2021; 18(3): 1047.

Law MR. Lowering heart disease risk with cholesterol reduction: evidence from observational studies and clinical trials. **Eur Heart J Suppl** 1999; 3-8.

Lerdal A, Hofoss D, Gay CL, Fagermoen MS. Perception of illness among patients with heart failure is related to their general health independently of their mood and functional capacity. **J Patient Rep Outcomes**. 2019; 3(1): 1–7.

Levenson JL. Textbook of psychosomatic medicine. **The American Psychiatric Publishing**, Washington, DC, 2005, s:423- 444.

Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common-sense model of self-regulation of health and illness. **The Self-Regulation of Health & Illness Behaviour** 2003; 42 -60.

Leventhal H, Phillips L A, Burns E. The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. **J. Behav. Med** 2016; 39: 935–946.

Leventhal H, Deifenbach M. The active side of illness cognition Eds. J.A. Skelton, R.T. Coyle Mental Representation in Health and Illness. **Springer-Verlag** 1991; 247-272.

Li B, Yang J, Zhao F, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. **Clin Res Cardiol** 2020; 109: 531-538.

Lobban F, Barrowclough C, Jones S. A review of the role of illness models in severe mental illness. **Clin Psychol** 2003; 23: 171-196.

Lofvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. **Eur J Cardiovasc Nurs** 2009; 8(4):251-8.

Lukoševičiūtė J, Šmigelskas K. Causal item of brief illness perception questionnaire (BIPQ) scale: The main categories. **Health Psychology Research** 2020; 8(1).

Madjid M, Solomon SD, Vardeny O, et al. Potential effects of corona viruses on the cardiovascular system. **JAMA Cardiol** 2020; 5(7): 831-840.

Mangner N, Scheuermann K, Winzer E, et al. Childhood Obesity: Impact on Cardiac Geometry and Function. **J Am Coll Cardiol Cardiovasc Imaging** 2014; 7 (12): 1198–1205.

Manoj MT, Joseph KA, Govindan V. Type D personality and myocardial infarction: A Case-Control Study. **Indian Journal of Psychological Medicine** 2020; 42(6): 555-559.

Marchionini, G. Information seeking in electronic environments. London, Cambridge University Press, 2015.

Marke V, I Bennett P. Predicting negative emotional states following first onset acute coronary syndrome. **J Health Psychol** 2017; 22(6): 765-775.

Martin Estal I, Garza RG, Castilla Cortazar I. Intrauterine Growth Retardation (IUGR) as a Novel Condition of Insulin-like Growth Factor-1 (IGF-1) Deficiency. **Rev Physiol Biochem Pharmacol** 2016; 170: 1-35.

Martinez CH, Diaz AA, Parulekar AD, Rennard SI, et al. Agerelated differences in health-related quality of life in COPD: An Analysis of the COPD Gene and SPIROMICS Cohorts. **Chest** 2016;149(4): 927-35.

McCord J, Miller TD, Morise A, Newby LK, Ruberg FL, Scordo KA, Thompson PD. Testing of low-risk patients presenting to the emergency department with chest pain: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation** 2010;122: 1756-1776.

McGee H. Changing cardiovascular health. Department of Health & Children, National Cardiovascular Health Policy, Ireland, 2010.

Micha R, et al. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and Diabetes, Systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group. **PLoS One** 2017;27:12(4).

Milli Eğitim Bakanlığı. *Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Alanı Hasta Psikolojisi*, Ankara, 2013, 7-15.

Moore LC, Kimble LP, MinickP. Perceptions of cardiac risk factors and risk-reduction behavior in women with known coronary heart disease. **J Cardiovasc Nurs** 2010; 25: 433–443.

Morgan K, Villiers-Tuthill A, Barker M, McGee H. The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patient. **BMC Psychology** 2014; 2: 50.

Mori M, Mori H, Yamori Y, et al. Low Birth Weight as Cardiometabolic Risk in Japanese High School Girls. **Journal of the American College of Nutrition** 2011; 1(31): 39-44.

Mosca L, Jones WK, King KB, et al. . Awareness, perception, and knowledge of heart disease risk and prevention among women in the United States. American Heart Association Women's Heart Disease and Stroke Campaign Task Force. **Arch Fam Med** 2000; 9: 506–515.

Mosleh Sultan M, Almalik Mona MA. Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing** 2016; 15(4): 223–230.

Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). **Psychol Health** 2002; 17: 1-16.

Mostofsky E, Penner E, Mittleman MA. Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: A systematic review and meta-analysis. **European Heart Journal** 2014; 35: 1404–1410.

Muhihi Alfa J, Anaeli A, et al. Public knowledge of risk factors and warning signs for cardiovascular diseases among young and middle-aged adults in rural Tanzania. **BMC Public Health** 2020; 20: 1832.

Nahcivan N. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik, **Nobel Tıp Kitapevi**, Ankara; 2017: 237.

National Heart, Lung and Blood Institute/NHLBI. Congenital Heart Defects. İnternet adresi: <https://www.nhlbi.nih.gov/>, (son güncelleme tarihi:14.06.2018, alındığı tarih: 10.05.2020).

National Institutes of Health Sleep Disorders Research Plan 2011. İnternet adresi: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/all-publications-and-resources/2011-national-institutes-health-sleep-disorders> ,(son güncelleme: 05.01.2011, alınan tarih: 10.03.2021).

NCD Risk Factor Collaboration. Trends in Adult Body-Mass Index In 200 Countries From 1975 To 2014: A Pooled Analysis Of 1698 Population-Based Measurement Studies With 19.2 Million Participants. **Lancet** 2016. 2;387(10026):1377-1396.

Nicolai J, Müller N, Noest S, Wilke S, Schultz JH, Gleißner CA, Eich W, Bieber C. To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. **Chronic Illn** 2018; 14(1): 25–41.

Norfazilah A, Samuel A, Law P, Ainaa A, Nurul A, Syahnaz MH, et al. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. **Malays Fam Physician** 2013; 19–25.

Nur KRM. Illness perception and cardiovascular health behaviour among persons with ischemic heart disease in Indonesia. *Int J Nurs Sci* 2018; 16;5(2): 174-180.

Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Türkiye İstatistik Kurumu TÜİK (2018). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. İnternet adresi: www.tuik.gov.tr, (son güncelleme tarihi: 2018, alındığı tarih: 10.05.2020).

Oğuz S. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerin hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları. *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni* 2009; 1(11): 0-0.

Oğuz S, Erguvan B, Ünal G, Bayrak B, Çamcı G. Üniversite öğrencilerinde kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *MN Kardiyoloji* 2019; 26(3): 184-191.

Oh JY, Allison MA, Barrett-Connor E. Different impacts of hypertension and diabetes mellitus on all-cause and cardiovascular mortality in community-dwelling older adults: the Rancho Bernardo Study. *J Hypertens* 2017; 35(1):55-62.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) raporu, 2017.

Ormel J, Jonge P. Unipolar depression and the progression of coronary artery disease: toward an integrative model. *Psychother Psychosom* 2011; 80(5): 264-74.

Otaki Y, et al. Impact of family history of coronary artery disease in young individuals. *Am J Cardiol* 2013; 111:10811086.

Öksüz ES. Kalp krizi geçiren hastalarda risk faktörleri bilgi düzeylerinin ve hastalık algısının değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018, İstanbul.

Öz Ş, Koç A. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2020; 3(2): 16-30.

Özdemir Ü, Taşçı S. Psychosocial problems and care of chronic diseases. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1(1).

Öztek Z. Halk Sağlığı Kuramları ve Uygulamaları, *Bireklam Arısı*, Ankara, 2020, s:407-433.

Öztürk Ş. Epidemiology of cerebrovascular diseases and risk factors perspectives of the world and turkey. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009; 13 (1): 51-58.

Palmieri L, Andrianou X, Bella A, et al. Characteristics of COVID-19 Patients Dying in Italy Report Based on Available Data on March 20th, 2020. COVID-19 Surveillance Group. İnternet adresi : <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/> ,(son güncelleme: 20.03.2020, alınan tarih: 16.04.2020).

Pehlivan Z, Ada E, Öztaş G. Ev kadınlarının sosyal görünüş kaygıları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Spor Bilimleri Dergisi* 2017; 28(1): 11-23.

Pelletier R, Humphries KH, Shimony A, Bacon SL, Lavoie KL, Rabi D. Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndrome. *CMAJ* 2014; 186: 497-504.

Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 163-7.

Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine* 2006; 6(6): 536-539.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the sixth joint task force of the european society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). **Eur Heart J** 2016; 37(29): 2315-2381.

Polat H, Ergüney S. Examining the level of depression and loneliness of the patients with tuberculosis. **Anatolian Journal of Psychiatry** 2012; 15: 40–48.

Polikandrioti M, Ntoko M. Needs of hospitalized patients(Article).**Health Science Journal** 2011; 5(1): 15-22.

Polikandrioti M, Babatsikou F.Information to coronary disease patients(Review). **Health Science Journal** 2013; 7(1): 3-10.

Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases. New York, United Nations; 2012.

Qin, X, Chen, J, Suo R, Feng L, Zhang Y, Jun, Y. The dissimilarity between myocardial infarction patients" and spouses" illness perception and its relation to patients" lifestyle. **Journal of Clinical Nursing** 2020; 29(5-6): 887-898.

Raghuveer G, White DA, Villafane J, et al. Cardiovascular consequences of childhood second hand tobacco smoke exposure. **Circulation** 2016; 134(16): 336–359.

Reges O, Vilchinsky N, Leibowitz M, Manor D, Mosseri M, Kark JD. Perceptions of cause of illness in acute myocardial infarction patients: A longitudinal study. **Journal Patient Education and Counseling** 2017; 85 (2): 155–e16.

Reid J, Ski CF, Thompson DR. Psychological interventions for patients with coronary heart disease and their partners: a systematic review. **PLoS One** 2013;8(9):e73459.

Ridder D, Schreurs K.Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept. **Clin Psychol Rev** 2001; 21(2): 205-40.

Roest AM, Martens EJ, Denollet J. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. **Psychosom Med** 2010; 72(6): 563-9.

Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, BravataDM, Dai S, Ford ES, Fox CS, Fullerton HJ, Gillespie C, Hailpern SM, Heit JA, Howard VJ, Kissela BM, Kittner SJ, et al. Heart disease and stroke statistics: 2012 update: a report from the american heart association. **Circulation** 2012;125(1): 2-220.

Rohde NF. "Information needs", Simonton W. (Eds), **Academic Press**, Orlando, 1986, s.174.

Rosenman RH, Brand RJ, Sholtz RI, et al. Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5-year follow-up in the western collaborative group study. **Am JCardiol** 1976; 37(6): 903-10.

Rosenman RH, Friedman M, Jenkins CD, et al. Recurring and fatal myocardial infarction in the western collaborative group study. **Am J Cardiol** 1967; 19(6): 771–5.

Rosenman RH, Friedman M, Straus R, et al. A Predictive study of coronary heart disease. **JAMA** 1964; 189(1): 15-22.

Roser M, Ritchie H, Spooner F. Burden of Disease. İnternet adresi: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease> ,(son güncelleme tarihi:14.05.2021, alındığı tarih: 27.07.22).

Rouse WB, Rouse SH. " Human information seeking and design of information systems". **Information Processing and Management** 1984; 20(2): 129-138.

Ruth L Bush, Michael A Kallen, Debra R Liles, Jeffrey T Bates, Laura A Petersen. Knowledge and awareness of peripheral vascular disease are poor among women at risk for cardiovascular disease. **Journal of Surgical Research** 2008; 145(2):313-319.

Saeed T, Niazi GSK, Almas S. Type-D Personality: A Predictor of quality of life and coronary heart disease. **Eastern Mediterranean Health Journal** 2011; 17 (1): 46-50.

Sandalcı B, Uyaroğlu OA, Güven GS. The Role, importance and recommendations of chronic diseases in COVID-19. **FLORA** 2020; 25.

Sanna A. Obstructive sleep apnea, motor vehicle accidents and work performance. **Chronic Respir Disord** 2013; 10(1): 29–33.

Sarangı S, Srikant B, Rao DV. Correlation between peripheral arterial disease and coronary artery disease using ankle brachial index a study in indian population. **Indian Heart Journal** 2012; 64(1): 2-6.

Schiffer AA, Denollet J, Widdershoven JW, et al. Failure to consult for symptoms of heart failure in patients with a type-D personality. **Heart** 2007; 93(7): 814-818.

Schiffer AA, Smith ORF, Pedersen SS, et al. Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart failure. **Int J Cardiol** 2010;142 (3): 230-235.

Schwarzer R, Renner B. Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. **Health Psychology** 2000; 19(5): 487–495.

Sıka Paotonu D, Beaton A, Raghu A. (2017). Acute rheumatic fever and rheumatic heart disease. **Nat Rev Dis Astarları** 2016; 14;2:15084.

Sir Ö. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. **Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı**, İstanbul, 2020.

Sirri L. Type A behaviour: a reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. **Int J Clin Pract** 2012; 66(9): 854-61.

Smith TW. Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis: A review. **Health Psychology** 1992; 11: 139–150.

Smith TW. Toward a more systematic, cumulative, and applicable science of personality and health: lessons from type D personality. **Psychosom Med** 2011; 73(7): 528-32.

Stanaway J, Afshin A, Gakidou E. Global, regional and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **Lancet** 2018; 392 (10159): 1923–94.

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. **Hatipoğlu Yayınları**,18. Baskı, Ankara, 2019.

Şefikoğulları Z. Koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalık algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. **Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, 2018, Mersin.

Şimşek E, Ökmen MŞ. Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin incelenmesi. **Atatürk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi** 2020; 22(3).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı Ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No:909, Ankara,2013.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlıklı Beslenme Ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı, Obezite Tedavisi, 2017.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Diyabet Önleme Ve Kontrol Programı (2011-2014). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 816,2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Diyabet Programı (2015-2020)Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 816,2014.

Taşkın Yılmaz F, Karakoç Kumsar A, Çelik S. The association between healthy lifestyle behaviors and knowledge levels about cardiovascular disease risk factors in people with type 2 diabetes. **Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi** 2018;15 (2): 63-70.

TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). Sağlık Bakanlığı Yayın no: 988, Ankara,2015.

Tchicaya A, Lorentz N, Demarest S. Persistence of socioeconomic inequalities in the knowledge of cardiovascular risk factors five years after coronary angiography. **Eur J Cardiovasc Nurs**, 2018; 17 (2): 136-147.

Tekin G,Tekin A. Kararlı koroner arter hastalığında güncel ilaç tedavisi. Arşiv **Kaynak Tarama Dergisi** 2015;24(4):592-613.

Tekin H, Ülkü P. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. **Genel Tıp Dergisi** 2018;28(1):14-22.

Tekin H. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalık algısı ve bakımlarına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. **Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü**, Ankara,2016.

Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. **Türk Toraks Dergisi** 2012; 13(3): 87-92.

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC).How Tobacco Smoke Causes Disease, The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease, A Report of the Surgeon General.İnternet adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53012>, (son güncelleme tarihi:2010, alındığı tarih: 19.02.2018).

Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (AdultTreatment Panel III) Final Report. National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health, **NIH Publication**, 2002; 02: 3157-3373.

Tüfekçioğlu O, Şahan E. Kardiyomyopatilerin sınıflandırılması. **Türkiye Klinikleri Cardiovasc Surg-Special Topics** 2015; 7(1):14-7.

TÜİK. İnternet adresi: www.tuik.gov.tr, (son güncelleme: 04.06.2020 alınan tarih: 10.05.2021).

Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Kalp Hastalığı Korunma Ve Tedavi Kılavuzu. **Türk Kardiyol Dern Arş** 2002.

Türk kardioloji derneği ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. **TKD yayınları**, İstanbul,2000.

Türk Kardiyoloji Derneği. Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu. **TKD yayınları**, İstanbul,2021.

Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması - COSI-TUR 2016. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, **Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi**, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1080, Ankara, 2017.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diabetes Mellitus Ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi Ve İzlem Kılavuzu (2022) , Ankara, ISBN: 978-605-66410-5-3.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Dislipidemi Tanı Ve Tedavi Kılavuzu. Ankara,2019.

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara,2015.

Uçak NÖ. Bilgi gereksinimi ve bilgi arama davranışı. **Türk Kütüphaneciliği** 1997; 11(4): 315-325.

Uçar A, Arslan S. Bir Aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. **Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi** 2017; 8(17): 121-130.

Uçar MF, Temizhan A. Kalp yetersizliği: tanı, farmakolojik ve girişimsel tedaviler. **Türkiye Klinikleri** 2015;7(1).

Uğrak U, Uzuntarla Y,Cihangiroğlu N, Akyüz S. Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. **Abant Medical Journal** 2016; 5(3): 158-165.

UNICEF, WHO (2019). İnternet adresi: <https://www.unicef.org/turkey/en/press-releases/1-7-babies-worldwide-born-low-birthweight-lancet-global-health-unicef-who> ,(son güncelleme tarihi: 09.06.2020, alınan tarih: 1.03.2021).

United States Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking Attributable Disease. **Centers for Disease Control and Prevention** (US), 2010.

US. Department of Health and Human Services. İnternet adresi: <https://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives/topic/nutrition-and-weight-status/objectives> , (son güncelleme tarihi:10.05.2020, alınan tarih: 11.03.2021).

Uysal H, Kalp Hastalarının rehabilitasyonunda psikososyal yaklaşım. **Türkiye Klinikleri J Nurs Sci** 2016;8(3):257-70.

Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 Diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. **Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi** 2013; 38: 31-38.

Ünaltuna N, Onat A, Can G, Yüksel H, Âdemoğlu E,Kara A. TEKHARF, Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. **Logos Yayınevi**, İstanbul, 2017,s:105-152.

Üner S, Balcılar M, Ergüder T.Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). **Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi**, Ankara, 2018.

Üstünova E. Toplumda yaşayan KOAH'lı hastaların kronik bakım yönetimi ve ilişkili faktörler. Yüksek Lisans Tezi. ***İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı***, İstanbul,2013,s. 7-10.

Van Dooren S, Rijnsburger A J, Seynaeve C,et al. Psychological distress in women at increased risk for breast cancer: The role of risk perception. ***Eur J Cancer*** 2004; 40: 2056–2063.

Vilchinsky N, Dekel R, Asher Z, Leibowitz M, Mosseri M. The role of illness perceptions in the attachment-related process of affect regulation. ***Anxiety, Stress and Coping*** 2013; 26(3): 314.

Virtanen M, Heikkilä K, Jokela M, Ferrie JE, Batty D. Long working hours and coronary heart disease: A systematic review and meta-Analysis. ***Am J Epidemiol*** 2012; 176(7): 586-596.

Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. ***Eur Heart J*** 2021; 42(34):3227-3337.

Von Känel R, Psychosocial Stress and Cardiovascular Risk: Current Opinion. ***Swiss Med Wkly*** 2012;142: 13502.

Vorster HH. The emergence of cardiovascular disease during urbanization of ***africans***. ***Public Health Nutrition*** 2002; 5(1): 239–243.

Wagner J, Lacey K, Chyun D, Abbott G. Development of a questionnaire to measure heart disease risk knowledge in people with diabetes: the Heart Disease Fact Questionnaire. ***Patient Educ Couns*** 2005; 58: 82–87.

Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with (2019) novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. ***JAMA*** 2020; 323(11): 1061-1069.

Warburton DE, Nicol C, Bredin SS. Health benefits of physical activity the evidence. ***Canadian medical association journal*** 2016; 174 (6): 801-9.

Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. ***Psychol Health*** 1996; 11: 431-445.

West HW, Juonala M, Gall SL, et al. Exposure to parental smoking in childhood is associated with increased risk of carotid atherosclerotic plaque in adulthood: the cardiovascular risk in young finns study. ***Circulation*** 2015; 131(14): 1239-1246.

Whiting L. Tackling childhood obesity. ***British Journal of School Nursing*** 2008; 3 (1):36-41.

WHO. Global Status Report on Noncommunicable Diseases. İnternet adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114> , (son güncelleme tarihi: 2014, alındığı tarihi:10.04.2017).

WHO. İnternet adresi: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)), (son güncelleme tarihi: 11.06.2021,alındığı tarih 05.05.2022).

WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/health-topics/urban-health>, (son güncelleme: 06.09.2020, alınan tarih: 11.03.2021).

WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2018/05/31/default-calendar/world-no-tobacco-day-2018>, (son güncelleme tarihi: 31.05.2018, alınan tarihi: 12.03.2021).

WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, (son güncelleme 09.06.2021, alınan tarih: 12.12.2021).

WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> , (son güncelleme tarihi: 06.04.2021, alınan tarih: 02.09.2022).

WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511445> , Health as the Pulse of the New Urban Agenda, United Nations Conference on Housing and Sustainable Urban Development, Quito, 2016.

WHO. İnternet adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/ime-2020-edition> ,(son güncelleme: 31.03.2020, alınan tarih: 10.03.2021).

WHO. Total Data by WHO region. İnternet adresi: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.2570?lang=en> ,(son güncelleme tarihi: 2021, alındığı tarih: 15.02.2018).

WHO.Global Atlas on Cardiovascular Diseases Prevention and Control.İnternet adresi: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en, (son güncelleme tarihi:2011, alındığı tarih: 15.02.2018).

WHO.İnternet adresi: <http://www.who.int/whr/2013/report/en/> , (son güncelleme tarihi: 15.08.2013, alınan tarih: 20.07.2021).

Wilson TD. Human information behavior. **Informing Science**, 2000; 3(2): 49-55.

Yıldırım, NK, Öztürk S. Kardiyovasküler hastalıklarda güncel psikososyal yaklaşımlar. **Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi** 2016; 7(2): 60-68.

Yıldırım D, Baykal D. Evaluation of Treatment adherence and illness perception in cardiology patients. **Niger J Clin Pract** 2020; 23: 1305-11.

Yılmaz M, Boylu M. Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. **Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi** 2016;13 (1): 27-34.

Yorulmaz H, Tatar A, Saltukoğlu G, Soylu G. Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. **FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi** 2013; 2: 367-387.

Yu M,Sandalye SY, Chan C, Choi KC. Information needs of patients with heart failure: Health professionals' perspectives. **International journal of nursing practice** 2016; 22(4): 348-355.

Yusuf S, Joseph P, Rangarajan S, Islam S, Mentz A, Hystad P, Brauer M, Kutty V, Gupta R, Wielgosz A. Modifiable risk factors, cardiovascular disease, and mortality in 155 722 individuals from 21 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): a prospective cohort study. **Lancet** 2020; 395(10226): 795–808.

Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A. 52 Ülkede miyokard enfarktüsü ile ilişkili potansiyel olarak değiştirilebilir risk faktörlerinin etkisi (INTERHEART Çalışması): Vaka-Kontrol Çalışması. **Lancet** 2004; 364(9438):937-52.

Yusuf T. Information needs, sources and information seeking behaviour of women artisans in Offa Metropolis. **Library Philosophy and Practice Paper e-journal** 2012; 1201.

Zhao S, Zhao H, Wang L. Education is critical for medication adherence in patients with coronary heart disease. **Acta Cardiologica** 2015; 2(70): 197-204.

Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. ***Nat Rev Endocrinol*** 2018;14:88–98.

9.EKLER

EK- 1 TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Kalp hastalığına sahip bireylerin risk faktörleri hakkındaki bilgilerini ve hastalık algılarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada vereceğiniz bilgiler, bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. İsminiz ya da kimliğinizi belirtecek herhangi bir bilgiyi vermeniz gerekmemektedir. Cevaplarınız sadece araştırma amacıyla toplu olarak değerlendirilecek ve kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

ŞULE ÇAKIROĞLU

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz:
1)Kadın 2) Erkek
3. Medeni Durumunuz?
1)Evli 2) Bekar 3)Boşanmış/Dul
4. Boyunuz.....Cm
5. KilonuzKg
6. Çocuğunuz var mı?
1)Evet 2) Hayır
7. Varsa sahip olduğunuz çocuk sayısı?
8. Aile tipiniz nedir?
1)Geniş Aile 2) Çekirdek Aile
9. Nerede yaşamaktasınız?
1) İl 2) İlçe 3) Köy
10. Eğitim Durumunuz Nedir?
11. 1)Okur-Yazar Değil 2)Okur-Yazar 3)İlkokul
4)Ortaokul 5)Lise 6)Üniversite
12. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı?
1)Evet 2)Hayır
13. Aşağıdakilerden hangisini aylık geliriniz olarak tanımlarsınız?
1)Gelirim giderimden fazla 2)Gelirim giderime eşit 3)Gelirim giderimden az
14. Mesleğiniz nedir?
1)Kamu Sektörü 2)İşçi 3)Emekli 4)Özel Sektör
5)Serbest Meslek 6)Çiftçi 7)Ev Hanımı 8)Diğer
- 14.Şu an çalışıyor musunuz ?
1)Çalışıyorum 2) Çalışıyorum
- 15.Evet ise günde kaç saat çalışıyorsunuz?
1) 8 saatten az 2) 8 saat 3) 8 saatten fazla

16.Kronik bir hastalığınız var mı?

1)Evet (ise belirtiniz) 2)Hayır

17.Şu an hangi tür kalp hastalığı nedeni ile tedavi görmektesiniz?

1)Koroner Kalp Hastalığı 2)Serebrovasküler Hastalık 3)Konjental Kalp Hastalığı
4)Kardiyomiyopati 5)Kardiyak Aritmi

18.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

1)Evet 2)Hayır

19.Evet ise ilaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

1.Her Zaman Düzenli Kullanırım 2.Ara Sıra Kullanıyorum 3.Çoğu Zaman
Kullanmıyorum

20.Düzenli olarak sağlık kontrollerinizi yaptırır mısınız?

1)Evet 2)Hayır

21.Kalp hastalığınız ne kadar süredir var?

1) 3-6 Ay 2) 6-12 Ay 3) 1-5 Yıl 4) 5yıl ve üzeri

22.Kalp hastalıkları ile ilgili bilginiz var mı?

1)Evet 2)Hayır

23. Evet ise bu bilgiyi nereden öğrendiniz?

1)TV- İnternet 2) Akraba, Arkadaşlarımdan 3)Doktorumdan- Sağlık Personeli 4) Diğer

24.Birinci derece yakınlarınızda kalp hastalığı olan var mı?

1)Evet(ise belirtiniz) 2)Hayır

25.Sigara kullanıyor musunuz?

1) Kullanıyorum 2)Kullanmıyorum 3) Bıraktım(.....Süre Kullandım)

26.Alkol kullanıyor musunuz?

1) Kullanıyorum 2)Kullanmıyorum 3) Bıraktım(.....Süre Kullandım)

27.Düzenli olarak egzersiz ya da spor yapıyor musunuz?

1)Yapıyorum 2)Yapmıyorum

28.Yapıyorsanız ne kadar sıklıkta egzersiz/spor yaparsınız?

1) Her gün 2)Haftada 2 ya da 3 gün 3)Haftada 1 gün

29.Düzenli uyku alışkanlığınız var mı?

1)Evet 2)Hayır

30.Günde kaç saat uyuyorsunuz?

1) 8 saat 2) 8 saatten az 3)8 saatten çok

31.COVID19 hastalığını geçirdiniz mi? 1)Evet 2)Hayır

32.Evet ise hastalığı geçirdikten sonra kalp hastalığınızla ilgili sorunlar yaşadınız mı ?

1)Evet yaşadım (belirtiniz) 2) Hayır yaşamadım

33.Sağlığınıza şu anda nasıl değerlendiriyorsunuz?

1) İyi düzeyde 2)Orta düzeyde 3)Kötü düzeyde

**EK- 2 KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ
(KARRİF BD) ÖLÇEĞİ**

	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
1.Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2.Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3.Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.			
4.Koroner kalp hastalığı önlenabilir.			
5.Ülkemizde ölüm ve hastalıkların önlenabilir nedeni sigaradır.			
6.Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7.Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8.Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10.Tuzlu yemek yüksek tansiyon taşır.			
11.Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12.Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13.Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır.			
14.Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15.Düzenli egzersiz kalp hastalığı riski azaltır.			
16.Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17.Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.			
18.Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19.İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20.Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21.Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22.Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir.			
23.Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			

24.İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25.Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26.Kolestrolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27.Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28.Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

EK-3 HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet, olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

A)Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım			B)Bu belirti hastalığım ile ilgili	
1) Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
2)Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
3)Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
4)Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır
5)Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır
6)Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
7)Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır
8)Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
9)Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır
10)Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
11)Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır
12)Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır
13)Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır
14)Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Aşağıda verilen her bir maddeyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

- 1.Kesinlikle böyle düşünmüyorum
- 2.Böyle düşünmüyorum
- 3.Kararsızım
- 4.Böyle düşünüyorum
- 5.Kesinlikle böyle düşünmüyorum

C) HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					

4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geireceğimi düşünüyorum					
6.Ciddi bir hastalığım var					
7.Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8.Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9.Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10.Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11.Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14.Hastalığımın seyri bana bağlı					
15.Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16.Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17.Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18.Hastalığım zamanla iyileşecek					
19.Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28.Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29.Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					

32.Hastalığının daha iyi ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34.Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35.Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

Aşağıdaki maddeler hastalığınızın olası nedenleri ile ilgilidir. Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

- 1.Kesinlikle böyle düşünmüyorum
- 2.Böyle düşünmüyorum
- 3.Kararsızım
- 4.Böyle düşünüyorum
- 5.Kesinlikle böyle düşünmüyorum

D)OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
1.Stres ya da endişe					
2.Kalıtısal (ırsi)					
3.Bir mikrop ya da virüs					
4.Diyet- yemek alışkanlıklar					
5.Şans ya da kötü talih					
6.Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
7.Çevre kirliliği					
8.Kendi davranışım					
9.Benim tutumum, örneğin; yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10.Aile problemleri					
11.Aşırı çalışma					
12.Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
13.Yaşlanma					

14.Alkol					
15.Sigara içme					
16.Kaza ya da yaralanma					
17.Kişilik özelliklerim					
18.Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

1.

2.

3.

**EK-4 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ETİK
ARAŞTIRMALAR KURULU ETİK KURUL İZİNİ**

Evrak Tarih ve Sayısı: 26.01.2021-E.9401



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-60116787-020-9401
Konu : Başvurunuz Hk.

Sayın Doç. Dr. İlgün ÖZEN ÇINAR

İlgi : 08/01/2020 tarihli dilekçeniz. *10.186.1.75*
111
27.01.2021

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Hastalık Algılarının Değerlendirilmesi**" konulu çalışmanız **19.01.2021 tarih ve 02 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan



EK-5 PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KURUM İZİNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 09.02.2021-E.15976



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı : E-76351742-600-15976
Konu : Şule ÇAKIROĞLU

HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALINA

10.170.1.33
Anabilim Dalınız Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Şule ÇAKIROĞLU'nun tez araştırması için istemiş olduğu izin yazısına cevap ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Erhan UĞURLU
Enstitü Müdürü

Belge Doğrulama Kodu :BEA56ANC4 Pin Kodu :93291

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/pau-ebys>

Adres:Pamukkale Üniversitesi Rektörlük Binası Kat: 1 Kınıklı/DENİZLİ

Telefon:0 (258) 296 20 08 Faks:0 (258) 296 23 48

e-Posta:saglikbe@pau.edu.tr Elektronik Ağ:<https://www.pau.edu.tr/saglikbilimleri>

Keşif Adresi: paurektortuk@hs01.kep.tr

Bilgi için: Saliya KOCATEPE

Unvanı: Bilgisayar İşletmeni





T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı



Sayı : E-38623960-600-15783
Konu : Araştırma ve Planlama İşleri(Genel) Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi : 05.02.2021 tarihli ve 14609 sayılı yazı
08.02.2021/33
1781
6.12.2022

Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi Şule ÇAKIROĞLU'nun "Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Hastalık Algılarının Değerlendirilmesi" konulu tez araştırmasını Ana Bilim Dalımızda yapması uygundur.

Saygılarımla.

Prof. Dr. Ahmet BALTALARLI
Anabilim Dalı Başkanı



EK-6 KARRİF-BD ÖLÇEK KULLANIM İZNI

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEYİ (KARRİF-BD) ÖLÇEK İZNI



Şule Çakıroğlu <

Alıcı: inci.arikan ▾

1 Oca 2021 Cum 23:42



Sayın Doç.Dr.İnci ARIKAN

Adım Şule Çakıroğlu. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanlığımı Doç.Dr.İlgün Özen Çınar'ın yaptığı yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğini sizin yapmış olduğunuz Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum.İyi çalışmalar,Saygılar.



İnci Arıkan >

Alıcı: ben ▾

4 Oca 2021 Pzt 11:36



Merhabalar

Ölçeği kullanabilirsiniz, ilgili bilgiler ektedir. Çalışmalarınızda kolaylıklar, başarılar dileklerimle..
Sevgiler..

EK-7 HAÖ KULLANIM İZNI

HASTALIK ALGISI ÖLÇEK İZNI

Gelen Kutusu x



Şule Çakıroğlu <



7 Oca 2021 Per 07:56



Alıcı: nazmiyekocaman ▾

Sayın Prof.Dr.Nazmiye Kocaman Yıldırım

Adım Şule Çakıroğlu. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. Danışmanlığınızı Doç.Dr.İlgün Özen Çınar'ın yaptığı yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirliğini sizin yapmış olduğunuz Hastalık Algısı Ölçeğini kullanmak için izninizi rica ediyorum.İyi çalışmalar,Saygılar.



Nazmiye Yıldırım

7 Oca 2021 Per 20:10



Alıcı: ben ▾

SEVGİLİ ŞULE ÇAKIROĞLU,

ÖLÇEĞİ YETİŞKİN, FİZİKSEL HASTALIĞI OLAN HASTALARDA KULLANABİLİRSİNİZ, MEMNUN OLURUM. GEREKLİ BİLGİLER EKTE YER ALMAKTADIR.

KOLAYLIKLAR DİLİYORUM,

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi,

Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı