

156200

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARA VERİLEN
SAĞLIK EĞİTİMİNİN BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ**

Seyhan ÇITLIK

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2004

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARA VERİLEN SAĞLIK
EĞİTİMİNİN BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

Seyhan ÇITLIK

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih	:24.09.2004
Tezin Sözlü Savunma Tarihi	:29.09.2004
Tez Danışmanı	:Yrd.Doç.Dr.Mehtap TAN
Jüri Üyesi	:Doç.Dr.Behice ERCİ
Jüri Üyesi	:Doç.Dr.M. Kemal EROL
Jüri Üyesi	:Yrd.Doç.Dr.Seher ERGÜNEY
Jüri Üyesi	:Yrd.Doç.Dr.Duygu ARIKAN

Enstitü Müdürü :Doç.Dr.Adnan TEZEL

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Mehtap TAN
Yüksek Lisans Tezi
Eylül 2004
ERZURUM

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No:
TEŞEKKÜR.....	II
TABLOLAR DİZİNİ.....	III
ÖZET.....	V
SUMMARY.....	VI
1-GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2-GENEL BİLGİLER.....	4
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
4-BULGULAR.....	21
5-TARTIŞMA.....	42
6-SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR.....	52
EKLER.....	58
Ek-I.....	
Ek-II.....	
Ek-III.....	
Ek-IV.....	

TEŞEKKÜR

Bu tezin yürütülmesinde bana danışmanlık yaparak desteğini esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Sayın Mehtap TAN'a, verilerin toplanması aşamasında büyük desteklerini gördüğüm, başta Atatürk Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sayın Hüseyin ŞENOCAK olmak üzere, Kardiyoloji Anabilim Dalı'ndaki tüm doktor ve hemşire arkadaşlarıma, tezin istatistiklerinin yapılması ve değerlendirilmesinde bilimsel katkılarından dolayı Doç. Dr. Sayın Behice ERCİ'ye, hayatımın her döneminde bana destek olan AİLEM'e ve miyokard infarktüsü gibi ciddi bir hastalık sonrası bana zaman ayırarak bu tez verilerinin oluşturulmasına yardımcı olan hastalara teşekkür ediyorum.

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No:
Tablo 1. Hastalara Ait Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı.....	22
Tablo 2. Hastaların Vücut Yapılarına Göre Dağılımı.....	24
Tablo 3. Hastaların Kolesterol Düzeylerine ve Kan Basıncı Durumlarına Göre Dağılımı.....	24
Tablo 4. Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	25
Tablo 5. Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	26
Tablo 6. Hastaların Miyokard İnfarktüsü Dışında Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı.....	27
Tablo 7. Hastaların Hastalıkları Konusunda Önceden Bilgi Edinip-Edinmeme Durumlarına Göre Dağılımı.....	27
Tablo 8. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bakım Sonucu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sigara İçmeme Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo10. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kolesterol Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	30
Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kilo Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kan Basıncı Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 13. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Diyete Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33

Tablo 14. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İlaç Kullanımına Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 15. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Poliklinik Kontrollerine Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 16. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Grup Eğitimine Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 17. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bakım Sonucu Aldıkları Uyum Puan Ortalamaları ile Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması.....	37



ÖZET

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Yoğun Bakım ve Kliniği'nde ilk kez miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı eğitimin bakım sonuçlarına (kan basıncı ve kolesterol düzeyi, kilo kontrolü, sigara kullanımı, diyet, ilaç kullanımı ve poliklinik kontrollerine uyum) etkisini incelemek amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır. Veriler, 30 Mart 2003-15 Şubat 2004 tarihleri arasında, 50'si deney, 50'si kontrol grubu olmak üzere 100 hastadan toplanmıştır.

Veri toplamada; veri toplama formu ve kontrollerde bakım sonucu değerlendirme formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımlar, ki-kare önemlilik testi, student t testi, Kruskal wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi ve tek faktörde tekrarlı ölçümler için varyans analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan tüm hastaların, yaş ortalaması 59.78 ± 10.07 (42-86 yaş arası), %52'si (n=82) erkek, %18'i (n=18) kadın, %99'u (n=99) evli, %84'ü (n=84) ilkokul mezunu, %38'i (n=38) emeklidir.

Deney grubundaki hastaların bakım sonucu 20.56 ± 2.40 , kontrol grubundaki hastalar ise 15.46 ± 2.69 puan aldıkları saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların bakım sonucu puan ortalamaları arasındaki fark, 1, 2 ve 3. kontrollerinde, istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.05$), kontrol grubunda anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$). Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların bakım sonucu aldıkları puan ile tanıtıcı özellikleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$). Sigara kullanma, günde içilen sigara miktarı, sigara içilen yılın deney ve kontrol grubundaki hastaların bakım sonucu aldıkları puanları olumsuz yönde etkilediği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular, miyokard infarktüsü geçirmiş hastalara bu konuda eğitim verilmesinin bakım sonuçları üzerinde etkili olduğunu göstermiştir.

SUMMARY

The influence of health education given to the patients with myocardial infarction on the results of the care.

This study is carried out as quasi-experimental design with the aim of investigating the (blood pressure and cholesterol level, weight checking, they use of smoking, take medicine and adaptation to polyclinic control) influence of caring results of planned education given to the patients having myocardial infarction for the first time in the Cardiology Intensive Care Unit of Atatürk University Medical Faculty. The data were collected from 100 patient, 50 of them in control group and 50 of them in experiment group between 30 March 2003 and 15 February 2004.

In data collection, patient information form was used, and care result evaluation form was used in controls. In the evaluation of the data, percentage distribution, chi-square significance, student t test, Kruskal Wallis variance analysis, Mann Whitney U test and repeated measure analysis were used.

The mean age of the patients was 59.78 ± 10.07 (between the year of 42 and 86) years, 82% of them was male (n=82), 18% of them was female (n=18), 99% of them was married (n=99), 84% of them was primary school graduates (n=84); 38% of them was retired (n=38).

It was identified that the mean score of the result care of the patients in experiment group had 20.56 ± 2.40 point; those in control group was 15.46 ± 2.69 point. The difference among mean score of the patients in the experiment group was statistically significant in the results of 1th, 2nd and 3rd measurements ($p < 0.05$), while it was not statistically significant in the control group ($p > 0.05$). The difference between the groups was found statistically significant ($p < 0.05$).

VII

The difference between personal features and the mean score of was not statistically significant the patients in the result of the care in control and experiment groups ($p>0.05$). It was determined that using cigarette, the number of smoked cigarette and smoked year affected the scores taken by patients during the care in the control and experiment groups, and the difference between group was statistically significant ($p<0.05$).

The results of this study showed that an education should be given to the patients who had myocardial infarction. This education would affect positively affect the results of care.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Koroner kalp hastalığı (KKH) gelişmiş batı ülkelerinde ve ülkemizde gerek morbidite gerekse mortalite nedeni olarak ilk sırada yer alan bir hastalıktır¹⁻⁴. Ortalama yaşam süresinin uzaması ve gelişen tedavi olanakları nedeniyle daha yaşlı ve tekrarlayan kardiyovasküler olaylara açık birey sayısı da artmaktadır². KKH Amerika Birleşik Devleti ve Avrupa ülkelerinde 45 yaşın üzerindeki erkeklerde ve 65 yaşın üzerindeki kadınlarda birinci sırada ölüm nedeni olarak yer almaktadır³. Yapılan araştırmalara göre, Amerika Birleşik Devleti'nde her yıl 1 milyon, İngiltere'de ise 100 bin kişinin akut miyokard infarktüsü (AMI) geçirdiği saptanmıştır⁵. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından yapılan TEKHARF çalışmasına göre ülkemizde yaklaşık 2 milyon kişide koroner arter hastalığı (KAH) bulunduğu tespit edilmiştir. KKH'nın ülkemizdeki yıllık mortalitesi erkeklerde %5.1, kadınlarda ise %3.3'tür. Ülkemizde tüm ölümlerin %45'i kalp-damar hastalıklarından olmaktadır. Bu ölümlerin de %36'sı kalp hastalıklarından, %32'si koroner kalp hastalığından kaynaklanmaktadır⁶.

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların %50-60'ı infarktüsün ilk saatlerinde, sağ kalanların %10-20'si hastaneden sonraki ilk yıl içinde yaşamlarını yitirmektedirler⁷. Ölüm bu kişilerde genellikle kardiyak arrest veya reinfarktüse bağlıdır^{8,9}. İlk yıldan sonraki yıllarda mortalite oranı her yıl %5 oranındadır. Son yıllarda batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devleti'nde KKH mortalitesinde düşme olmasına karşın gelişmekte olan ülkelerde artış gözlenmektedir. KKH ölümlerindeki azalmanın daha çok gelişmiş ülkelerde gözleniyor olması, bu ülkelerdeki kontrol ve korunma çalışmalarının etkili olduğunu düşündürmektedir^{10,11}.

Hasta olmak, hastaneye yatmak, bireyin yaşamını çeşitli yönlerden etkileyen kaygı ve endişenin arttığı her zamanki dengenin alt-üst olduğu bir süreçtir. Kronik

hastalıklar çok spesifik ve her tarafa yayılan sosyal-psikolojik problemlere neden olmaktadır. Erişkin nüfusun önemli bir bölümünün bu hastalıktan aktif yaşlarda, yani orta ve erken yaşlılık dönemlerinde etkilenmesi olayın ekonomik boyutunu da arttırmaktadır¹².

Bireyin hastalığı ile birlikte yaşamayı öğrenmesinde, hemşireye büyük sorumluluklar düşmektedir. Kişiyi hastalığı hakkında bilinçlendirmek ve tüm sağlık önerilerine uyumu sağlamak hemşirenin görevlerindedir¹³. Bu da eğitim ile elde edilir. Hemşirenin verdiği eğitim ile hastaların, hastalığın akut adımları ile baş edebilmek için yeni yetenekler kazandığı ve böylece oluşabilecek komplikasyon riskinin de azaldığı bildirilmiştir¹⁴. Günümüzde gereğince eğitim verilmeyen bir hasta, yeterli tedavi edilmiş kabul edilmemektedir¹⁵.

Kardiyoloji Kliniği'nden taburcu olmadan önce hastalara gözlemlerimize göre planlı bir sağlık eğitimi verilmemektedir. Eğitim verilmeyen hastalar, miyokard infarktüsü sonrası yaşamlarında nelerin değişebileceğini bilmeden taburcu olmaktadır. Bu konuda, Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada da benzer sonuçlar saptanmıştır¹⁶. Verilecek olan sağlık eğitiminde temel görev hemşirelere düşmektedir. Hemşireler kronik hastalığın birey üzerinde oluşturduğu sosyal, kişisel ve mesleki sonuçlarına dikkat ederlerse, kronik hastalıklı kişilerin durumunu düzeltebilir ve kronik hastalığın medikal tedavisini kolaylaştırarak hastaya yardım edebilirler¹⁷.

Bu nedenle, Atatürk Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde ilk kez miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen sağlık eğitiminin bakım sonuçlarına etkisini incelemek amacı ile bu araştırma planlanmış ve yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

1.İlk kez miyokard infarktüsü geçirmiş hastalardan eğitim kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi verilen bireylerin bakım sonucu puan ortalamaları, sadece grup eğitimi verilen bireylere göre daha yüksektir.

2.İlk kez miyokard infarktüsü geçirmiş hastalardan eğitim kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi verilen grubun 1, 2 ve 3. kontrollerindeki bakım sonucu puan artışı grup eğitimi verilen gruba göre daha yüksektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı

Koroner arterin ani ve tam tıkanması sonucu miyokardiyal dokunun dönüşümsüz iskemik hasarı ve nekroz oluşumuna miyokard infarktüsü (MI) denir ^{18,19}.

2.2. Miyokard İnfarktüsünün Fiziopatolojisi

2.2.1. Koroner Arterin Ateroskleroza

Akut miyokard infarktüsü etiyolojisinde hemen hemen daima koroner arterin lümenini daraltan yada daraltmayan aterosklerotik bir plak mevcuttur. En sık sebep bu plakta rüptür, çatlak yada ülserasyon sonucu lümeni tamamen tıkayan akut trombüs gelişimidir. Diğer sebepler ise:

- a.Koroner arter spazmı.
- b.Geçici trombosit agregasyonu.
- c.Plak içine kanama.
- d.Aterosklerotik plağın progresyonudur¹⁸⁻²².

2.2.2. Nonaterosklerotik Nedenler

Oldukça nadir olsa da bazen ateroskleroz dışındaki bazı patolojik olaylar koroner arterleri de etkileyerek AMI'ya yol açabilir. Örneğin; koroner arter embolisi; göğüs duvarı travması; nekrotizan arteritis; poliarteritis nodosa gibi bazı inflamatuvar hastalıklar; oral kontraseptiflerin alımı; özellikle gençler arasında yaygınlaşan kokain kullanımı gibi¹⁸⁻²⁰.

Akut miyokard infarktüslü tüm hastaların yaklaşık %6'sında koroner anjiyografide yada otopside koroner aterosklerozis saptanmamıştır. Bu hastaların yaklaşık yarısında koroner damarlarda hafif de olsa çeşitli lezyonlar vardır; ancak diğer yarısında koroner arterler tamamen normaldir^{18,19-22}.

Miyokard infarktüsünün oluşmasında birçok risk faktörü rol oynamaktadır. Bunlar kontrol altına alınabilen ve kontrol altına alınamayan risk faktörleri olmak üzere iki grupta incelenebilir:

2.3.1 Kontrol Altına Alınamayan Risk Faktörleri

a) Yaş ve Cinsiyet

Yaş arttıkça MI görülme sıklığı artar. Kadınlarda 55 yaş ve üstü yada erken menapozda, erkeklerde 45 yaş ve üstünde daha siktir. Ayrıca erkeklerin kadınlara oranla 2 kat daha fazla hastalığa yakalandığı saptanmıştır²³⁻²⁵.

b) Genetik

Ailesinde koroner arter hastalığı (KAH) öyküsü olan kişilerde erken KAH riski 12 kat fazladır²³.

2.3.2. Kontrol Altına Alınabilen Risk Faktörleri

Kontrol altına alınabilir risk faktörleri iki grupta incelenir:

a) Majör Risk Faktörleri

Hiperkolesterolemi, hipertansiyon ve sigara içme majör risk faktörleridir. Plazma düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyindeki %1'lik artış, KAH riskini 2-3 kat arttırmaktadır. Yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol 35mg/dl'nin altında ise KAH riski artar, 60mg/dl'nin üzerinde ise KAH riski azalır^{25,26}. Hem sistolik hem de diyastolik kan basıncındaki artışın kardiyovasküler risk faktörü olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir²³⁻²⁷. Yapılan çalışmalarda, sigara içenlerde ölümcül koroner olaylar %70, ölümcül olmayan koroner olaylar %20-40 oranında fazla bulunmuştur^{23,28,29}. AMI sonrası sigaraya devam edenlerde yeniden infarktüs geçirme ve ölüm riski yaklaşık 2 kat artmaktadır^{25,30}.

b) Minör Risk Faktörleri

Obezite, diabetes mellitus, fiziksel hareketsizlik, kişilik yapısı, psikososyal yaşantı ve diğer çevresel faktörler kalp hastalıklarının oluşmasında minör risk faktörleridir^{23,25,31}.

2.4. Miyokard İnfarktüsünün Kliniği

2.4.1. Miyokard İnfarktüsünün Belirti ve Semptomları

Akut miyokard infarktüsü patalojisi ve patofizyolojisi çok iyi bilinmekle beraber AMI'yı presipite eden faktör veya faktörler tam olarak aydınlatılabilmiş değildir. Bu konuda yapılan kontrollü çalışma bulunmamakla birlikte geniş kapsamlı retrospektif değerlendirmeler sonucunda AMI vakalarının sadece %50'sinde presipite edici faktörlerin varlığı tespit edilmiş, kalan kısmında ise hiçbir presipite edici faktör tespit edilememiştir. Tanımlanan presipite edici faktörler arasında ağır egzersiz ve aşırı kızgınlık-sinirlenme gibi ağır mental stres başta yer alır. Bu durumların plak rüptürünü de tetikleyerek AMI'a neden olduğu düşünülmektedir^{18,25,32}.

Miyokard infarktüsü geçirenler incelendiğinde hastaların 1/3'ünde semptomların AMI öncesi 1-4 hafta içinde ortaya çıktığı, kalan 2/3'ünde ise infarktüs öncesi 1 hafta içinde anginanın ortaya çıktığı belirlenmiştir. Tüm hastaların %20'sinde ise anginanın AMI'dan sadece 24 saat önce başladığı gözlenmiştir. Genel bir halsizlik-bitkinlik tablosu da çoğu zaman anginaya eşlik eder^{18,32}.

Akut Miyokard İnfarktüsünde Görülen Semptomlar:

1) Göğüs Ağrısı

Miyokard infarktüsünde ağrı değişken olabilmekle birlikte çoğu zaman şiddetlidir ve saatlerce devam eder (en az 30 dakika). Genelde baskı tarzında, ezici-boğucu, nadiren bıçak saplanması veya oyucu tarzda ağrı da olabilir. Genellikle retrosternal

lokalizasyonludur ve öncelikle sol taraf olmak üzere göğüsün her iki tarafını da içine alır. Sol kolun ulnar yüzüne yayılıp; kol, bilek, el ve parmaklarda uyuşmaya yol açabilir. Bazı durumlarda ağrı epigastrik bölgede başlar ve abdominal rahatsızlıklarla karıştırılabilir. Ayrıca ağrı dinlenerek veya nitrogliserin tablet alarak geçmez³³⁻³⁶.

2) Bulantı-Kusma

Miyokard infarktüsü geçiren hastaların çoğunda (%50) bulantı-kusma ağrıya eşlik eder. Bunun sebebi vagal refleks aktivasyonu yada sol ventrikülde bulunan reseptörlerin stimülasyonu (Bezold-Jarisch refleksi) olduğu düşünülmektedir ve inferior MI'da, anteriora oranla daha sık görülür^{32,37,38}.

3) Halsizlik, soğuk terleme, palpasyon ve ölüm korkusu^{32,36}

4) Hıçkırık; inferior MI'da diafragmatik irritasyona bağlı olarak oluşabilir^{37,38}.

Fizik muayene esnasında, AMI geçirmekte olan hastalar endişeli ve stres altındadırlar ve buna bağlı olarak kederli bir yüz ifadeleri vardır. Göğüslerine masaj yapar ve ağrıyı elini yumruk yaparak gösterirler (Levine belirtisi). Debi düşüklüğüne bağlı soluk cilt ve soğuk terleme siktir (sol ventrikül yetersizliği ve artan semptomimetik aktivite bulguları). Kalp hızı, derin bradikardiden taşikardiye kadar değişen aralıkta olabilir. Anksiyete ve ağrı azaldıkça kalp hızı da azalır. MI lokalizasyonuna bağlı olarak otonomik aktivitenin değiştiği bilinmektedir. Inferior MI'ların çoğunda başlangıçta aşırı parasempatik aktivite artışına bağlı olarak bradikardi gözlenirken, anterior MI'larda sempatik hiperaktivasyona bağlı olarak taşikardi oluşur. Ventriküler prematür atımlar tüm MI'larda siktir (İlk 4 saatte hastaların %95'inde gözlenir). Kan basıncında komplike seyretmeyen MI'ların çoğunda önemli bir değişiklik gözlenmez. Bunun yanısıra AMI öncesinde normotansif olanlarda ilk saatlerde ağrı ve ajitasyonun yol açtığı adrenarjik deşarja bağlı olarak kan basıncı

yükselebildiği gibi infarktüs öncesi hipertansif olan hastalar MI ile birlikte normotansif hale gelebilirler. Bunun nedeni geniş infarktın yol açtığı sol ventrikül disfonksiyonu ve morfin-nitrit gibi ajanların yol açtığı venöz göllenmeye bağlı arteriyel basınç düşüklüğüdür. İyileşme oldukça kan basıncı MI öncesi değerlerine dönmeye başlar. Geniş MI'larda doku nekrozuna nonspesifik yanıt nedeniyle ilk 24-48 saat içinde vücut ısısı yükselir. Artış 4-8 saat içinde başlar ve 38°C'ye ulaşır 5-6 gün içinde normale döner^{32,33,37,39,40}.

2.5. Miyokard İnfarktüsünde Elektrokardiyografik (EKG) Değişiklikler

Akut miyokard infarktüsünde en erken gözlenen EKG bulgusu T dalgasında sivrileşme ve QT süresinde uzamadır. Ardından infarktüs bölgesini gören derivasyonlarda ST segment yükselmesi meydana gelir. Miyokard nekrozunun dolayısıyla AMI'nin diyagnostik kriteri olan patolojik Q dalgası, genelde eski infarktüsün temsilcisi gibi düşünülse de ilk saat içinde çekilen EKG'de bile bulunabilir⁴¹.

2.6. Miyokard İnfarktüsünün Laboratuvar Bulguları

Miyokard infarktüsünde miyokard nekrozunun göstergesi olan bazı markerlerin serumda konsantrasyonları artar. Bunlar:

a) Kreatinin fosfokinaz (CPK); tipik olarak göğüs ağrısının başlangıcından yaklaşık 6-10 saat sonra artar, 24 saatte pik yapar ve 48-72 saatte normal seviyelere döner. Normal değeri 0-4 Ünite'dir.

b) CPK-MB; CPK'nın üç izoenziminden biridir. MI'nın başlangıcından 5-6 saat içinde en yüksek seviyeye çıkar ve 48-72 saatte normale döner.

c) Laktat dehidrogenaz (LDH); MI sonrası yükselmeye başlar, 8-10 gün yüksek kalır. Normal değeri 150-200 Ünite'dir.

d) Serum glutamic oxalacetik transaminase (SGOT); MI geçirenlerde 6-8 saat içinde yükselir, 24-48 saatte pik yapar, 4-8 günde normale döner.

e) Myoglobin; miyokard hasarını takiben 1-4 saat içinde plazmada yükselen ve 6-7 saatte zirve değerine ulaşır, 24 saatte normale döner.

f) Kardiyak troponin (Tn) T ve I; kardiyak troponinler miyokardiyal hücre hasarının çok spesifik göstergeleridir. Her iki troponin de ağrıdan 3 saat sonra plazmada yükselmeye başlar ve Tn I 24 saatte, Tn T ise 12-48 saat arasında zirve değere ulaşır. Tn I 7-10 gün, Tn T ise 10-14 gün sonra normale döner^{32,37,41,42}.

Göğüs ağrısından 2 saat sonra başlayan lökosit sayısındaki artış 2-4 gün içinde zirve değere ulaşır ve bir haftada normale döner. Zirve değer genelde 12-15.000 civarındadır. Eritrosit sedimentasyon hızı ilk 1-2 gün normalken 4-5 gün zirve değere ulaşır haftalarca yüksek kalabilir³⁷.

2.7. Miyokard İnfarktüsünde Prognoz ve Mortalite

Birçok yıldan beri, bazı demografik ve klinik özelliklerin infarktüs mortalitesini artırdığı bilinmektedir. Bunların en önemlisi sol ventrikül yetersizliğidir. Diğerleri ise:

- a) Yaş.
- b) Cinsiyet.
- c) Persistan iskemik ağrı.
- d) Diyabet.
- e) Geçirilmiş MI.
- f) Akciğer ödemi.
- g) Konjestif kalp yetmezliği ve kardiomegali.
- h) Kompleks ventriküler aritmiler.
- i) Ağır ileti bozuklukları.

Akut miyokard infarktüsünde ölümlerin önemli bir bölümü ilk birkaç saat içinde olmaktadır. İlk 1 yıllık mortalite oranı %10-20 ve takibeden yıllarda da her yıl için %5 kadar olmaktadır. Buna göre AMI geçiren hastaların yaklaşık %50'si 10 yıl sonunda kaybedilmiş olmaktadır^{7,8,9,43}.

2.8. Miyokard İnfarktüsünün Tedavisi

Akut miyokard infarktüsünden ölüm ilk 24 saatte en yüksektir. Bu nedenle infarkt alanını sınırlama (erken tanı ve reperfüzyon) ile birlikte hayatı tehdit edici aritmilerin, kalp yetersizliği ve tekrarlayan iskemilerin tedavisi, bu dönemde uygulanacak tedavilerin temelini oluşturur. Miyokard infarktüsünün tedavisinde kullanılan ilaçlar aşağıda açıklanmıştır^{18,23}:

- a) Antiagreganlar (aspirin ve türevleri); trombosit agregasyonunu geriye dönüşümsüz olarak inhibe ederek trombotik vasküler olay riskini azaltır^{44,45}.
- b) Organit nitratlar; düz kas hücreleri üzerindeki direkt etkileri ile büyük arter ve ven dallarını, arteriyolleri, venülleri gevşetirler⁴⁶.
- c) Beta-blokerler; kalp hızı, miyokard kontraktilitesi ve kan basıncı üzerine olan etkileri ile miyokardın oksijen tüketimini azaltır⁴⁷.
- d) Anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri (ACE); vasküler hasara karşı proliferatif cevabı önler, endotel fonksiyonlarını korur, vazokonstrüksiyona ve vazospzma engel olur, trombüs oluşumunu engeller⁴⁷.

Yukarıda açıklanan ilaçlarla birlikte antikoagülan (oral antikoagülanlar ve heparin) kullanılır⁵. Ayrıca AMI'nın erken dönemlerinde (ilk 12 saatte), trombolitik ajanların (rt-PA, streptokinaz, ürokinase) introvenöz yada intrakoroner kullanımı ile koroner trombüs hızla eritilebilir¹¹.

Akut miyokard infarktüsünün erken dönem tedavi girişiminden biri de perkütan transluminal koroner anjiyoplasti (PTCA) yapılarak tıkalı damarın açıklığının sağlanmasıdır. Bu yöntemle tıkalı damar açılmazsa uygun hastalara koroner by-pass cerrahisi uygulanabilir⁸.

2.9. Uyum

Uyum; sağlık görevlisi tarafından verilen öneri ve tedavilerin hasta tarafından kabullenip, uygulanmasına denir⁴⁸. Uyum, aynı zamanda yasaklanan davranışlardan kaçınmayı da içine alır. Örneğin miyokard infarktüsü sonrası olan anginada hastanın evinde kullanacağı nitrogliserin tablet yada spreyn dil altına alınması ve yutulmaması reçeteye yazılır. Önerilere uymayan hastalar, tedaviye uyumsuz olarak kabul edilir. Uyumsuzluk; başlangıçta uyum niyeti gösterdikten sonra, bakım planının yürütülmesine katılmada başarısızlık olarak nitelenir⁴⁸.

Uyum; tam, kısmen veya hiç olmayabilir. Hastaların tedaviyi red etmesi gibi bir yasal hakları bulunmaktadır. Bu da tıbbi rejimlere uyumsuzluk oranını yükseltmektedir. Davis'in yaptığı çalışmalarda, hastaların en az 1/3'ünün hekim önerilerine uymada başarısız olduğu görülmüştür⁴⁹. Yapılan çalışmalarda, hastaların %20 kadarının reçetelerini kullanmadığı, %30-80'inin ise önerilere tam uymadığı bulunmuştur⁴⁸. Kronik hastalığı olanlarda, tedaviye uyumsuzluk oranları genelde daha yüksek olma eğilimindedir⁵⁰. Örneğin hipertansiyonlu ve tüberkülozlu hastaların %50'den fazlasının tıbbi izlemlerini sürdüremedikleri yapılan araştırmalarla saptanmıştır. Araştırmalarda diyet önerilerine uyum ortalamasının %50 veya altında olduğu bulunmuştur⁵¹. Benzer biçimde miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların erken dönemde rejim önerilerine gösterdikleri yüksek düzeydeki uyumun uzun süreli olmadığı saptanmıştır⁵².

Hastalarda uyumun zor olacağı belirli zamanlar olabilir. Tatiller, günlük yaşantıdaki değişiklikler, günün en stresli yada telaşlı anında alınması gereken dozlar,

önerilerde bulunmak gerekir. İlaça bağımlılık yada toksisite konusunda kaygıları olan hastalar, belirli dönemlerde ilacı bırakırlar. Hastalığın ne kadar ciddi olduğunu anlatarak motivasyonu artırma çabaları, bazı hastalarda uyumu artırabilir; bazılarında ise ters bir etki yaparak korku ve panik yaratır; bu da onların önerilere uymalarını engeller. Ayrıca sağlık personeli hastayla birlikte bir tedavi planı hazırlarken, sadece dikkatli ve detaylı öneriler vermekle yetinmemeli, hastanın bunları anladığından da emin olunmalıdır⁵³. Diüretik alan hastaya, bunun bir idrar söktürücü olduğunu söylemek yetmez. Hastanın bu ilacın tansiyonunu düşürmede rolü olduğunu bilmemesi, hastanın bu ilacın sadece vücudundaki fazla suyu atmaya yaradığına inanmasına yol açar. Bu durum, hastaların önerilere uymaya çalışırken hata yapmasına neden olur⁵⁰.

Hemşirelerin, hastanın tedaviye uyumunu sağlamak için sağlık eğitimi vermesi kaçınılmazdır. Sağlık eğitimi, kişilere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulatmaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey olarak veya topluca karar aldırma⁵⁴. Yapılan araştırmalarda, hastaların kendi bilgi gereksinimlerini nasıl algıladıkları ve sağlık sorunlarını çözmede hangi tür bilgilere gereksinme duydukları incelenmiş ve tanı, hastalığın nedeni, hastalığın yaşam şekli üzerine etkisi, evde bakımlarının nasıl olacağı, hastalığın günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkileyeceği ve yaşamlarını bundan sonra nasıl düzenleyecekleri konusunda bilgi istedikleri saptanmıştır^{49,50}.

Sağlığını yitiren kişi, sağlığını tekrar kazanmak için sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve yükseltilmesini kapsayan aktiviteleri arayıp bulma çabası içindedir. Tedavi edici ilişkinin temeli, aynı zamanda hemşirenin öğretim işlevinin temelini oluşturmaktadır. Çünkü hastanede yatan bir hasta, hekimden çok hemşire ile karşı karşıya gelmekte, hasta-hemşire ilişkisi ve etkileşimi daha fazla olmaktadır. Hemşirenin mesleki sorumluluğu, bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini belirlemek, bu

gereksinimleri karşılayacak hemşirelik eylemine karar vermek, bu eylemi uygulamak ve sonuçta, bireyin gereksinimleri karşılandı mı karşılanmadı mı bunu değerlendirmektir. Hemşireliğin bütünleyici bir işlevi olan hasta eğitimi, bireyin yalnızca fizyopatolojik sorununun tedavisini değil, aynı zamanda bireyin tepkileri, duygu ve düşünceleri, gereksinimleri, çevresel ve kişisel özelliklerini de dikkate almayı ve yaşamını daha anlamlı geçirmesi için çabalamasını sağlamaktır. Hastada uyumsuzluk saptanırsa, buna yol açan etmenleri araştırmakta hemşireye kalmıştır⁵⁵.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, ilk kez miyokard infarktüsü tanısıyla Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi ve Kliniği'ne yatan hastalara uygulanan bireysel ve grup eğitiminin bakım sonuçlarına etkisini (kan basıncı ve kolesterol düzeyleri, kilo kontrolü, sigara kullanımı, diyete, ilaç kullanımına ve poliklinik kontrollerine uyumunun ne düzeyde olduğunu) incelemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi ve Kliniği'nde 30 Mart 2003-15 Şubat 2004 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan kardiyoloji kliniği 11'i yoğun bakım ünitesinde olmak üzere toplam 63 yatak kapasitesine sahiptir. Miyokard infarktüsü geçirmekte olan hastalar önce yoğun bakım ünitesine alınmakta, herhangi bir komplikasyon gelişmeyenler ise 24-36 saat içinde klinikteki odalara taburcu edilmektedir.

Her bir üniteden sorumlu 1 doçent, yoğun bakım ünitesinde 1, serviste 5 toplam 9 hekim, gündüz ve diğer vardiyalarda da 1 hemşire olmak üzere toplam 13 hemşire çalışmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Literatür bilgilerinde, deneysel çalışmalarda ve parametrik ölçümlerde, örneklem büyüklüğünün deney ve kontrol gruplarında en az 30 olarak belirlenmesi ifade edilmektedir^{56,57}. Zaman sınırlılığı dikkate alınarak, örneklem seçme yoluna gidilmemiş,

30 Mart 2003-15 Şubat 2004 tarihleri arasında, ilk kez miyokard infarktüsü geçiren, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesi ve Kliniği'nde yatan 30 yaşın üzerinde çalışmaya katılmayı kabul eden, okur-yazar, görme-ışitme özrü olmayan, sözel ilişki kurabilen, 50'si deney, 50'si kontrol grubunun da olmak üzere toplam 100 hasta araştırmaya alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalar, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi göz önüne alınarak 50'si deney, 50'si kontrol grubu olarak eşleştirilmiştir. Deney ve kontrol grubu deneklerin yaş ($p>0.05$), cinsiyet ($p>0.05$), eğitim düzeyi ($p>0.05$) arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

3.4.Verilerin Toplanması

3.4.1.Veri Toplama Araçları

3.4.2.Veri Toplama Formu

Araştırmaya başlamadan önce, soruların ve eğitim kitapçığının anlaşılır olup olmadığını saptamak için bir ön çalışma yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan deneklerin özelliklerine sahip 10 hastadan veriler toplanmıştır. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra sorulara ve eğitim kitapçığına son şekli verilmiştir (EK I, II, IV). Ön çalışmada toplanan veriler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Literatür doğrultusunda hazırlanan ve iki bölümden oluşan veri toplama formunda toplam 20 soru bulunmaktadır^{12,58,59}.

Birinci bölümde, miyokard infarktüsü tanısıyla hastaneye yatan ve araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili 7 soru bulunmaktadır. Bu sorular; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek durumu, sosyal güvence durumu, gelir durumudur.

Veri toplama formunun ikinci bölümünde, miyokard infarktüsüne neden olan risk faktörleri ile ilgili 13 soru bulunmaktadır. Bu sorular; vücut kitle indeksi, kilosuna göre vücut durumu, kolesterol düzeyi, kan basıncı, sigara kullanımı, günde kaç tane sigara içtiği, kaç yıldır sigara kullandığı, alkol kullanım durumu, günde kaç duble alkol aldığı, kaç yıldır alkol kullandığı, başka bir hastalığının varlığı, miyokard infarktüsü hakkında daha önce bilgi alıp almadığı, hangi kaynak ve kişilerden bilgi aldığı ile ilgilidir.

İki bölümden oluşan bu veri toplama formu, hastanın hastanedeki 2. gününde doldurulmuştur.

3.4.3.Bakım Sonucu Değerlendirme Formu

Bu anket formu, taburcu olan hastalara birinci (taburcu olduktan 30-35 gün sonra), ikinci (taburcu olduktan 60-70 gün sonra) ve üçüncü (taburcu olduktan 90-100 gün sonra) kontrollere geldiklerinde uygulanmıştır. Bu uygulamaların amacı; hastanede yattığı sırada kişilere verilen planlı sağlık eğitiminin bakım sonuçlarına olan etkisini incelemektir.

Bakım sonucu kriteri olarak anket formunda; sigara kullanımı, kilo durumu, kan basıncı ve kolesterol düzeyleri, diyet uyumu, ilaç kullanma, poliklinik kontrolleri ve grup eğitimine katılım alınmıştır. Bu anket formu, toplam 8 sorudan oluşmuştur.

3.4.4.Hemşirelik Girişimleri

Veriler, araştırmacı tarafından hastalar ile tek tek görüşülerek ve hasta ile ilgili olan bilgiler (hastaneye geldiğinde konulan ilk tanı, kandaki kolesterol düzeyi, başka bir hastalığı olup olmadığı) hasta dosyasından alınarak doldurulmuştur.

Verilerin toplanmasına, miyokard infarktüsü sonrası hekimler tarafından taburcu kartlarının doldurulması esnasında hastanın kullanacağı ilaçların belirtilmesi ve içerisinde örnek diyet listelerini bulunduran iki sayfadan oluşan bir broşürün

verilmesiyle klinikteki rutin bilgi ve bakımı alan, kontrol grubu ile başlanmıştır. Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde ilk kez miyokard infarktüsü tanısıyla yatan hastalara hastaneye yatışlarının 2. gününde veri toplama formu (EK I) uygulanmıştır. Hastalar kardiyoloji polikliniğine 1, 2 ve 3. kontrollere geldiklerinde hastalara bakım sonucu değerlendirme formu uygulanmıştır (EK II). 15 günde bir olmak üzere taburcu olan hastalara ortalama 20 dakikadan oluşan ve hastaların 3. kontrollerinin bitimine kadar süren grup eğitimi verilmiştir. Grupları 5-7 hasta oluşturmuştur. Hastaların miyokard infarktüsü sonrası yaşamlarıyla ilgili sorunları soru-cevap şeklinde cevaplandırılmıştır. Grup içerisinde bulunan diğer hastalarında bu konudaki fikirleri alınarak herkesin katılımı sağlanmıştır. Kontrol grubunda olduğu gibi deney grubundaki hastalara da grup eğitimi verilmiştir. Grup eğitiminin gün ve saati daha önceden araştırmacı tarafından hastalara telefonla bildirilmiştir. Kontrol grubundan veri toplanması bittikten sonra, deney grubundan verilerin toplanmasına başlanmıştır.

Deney grubundaki hastalara, kardiyoloji yoğun bakım ünitesine yatışının 2. gününde veri toplama formu uygulanmıştır. Aynı günden itibaren hastalara eğitim kitapçığının verilmesi ile sağlık eğitimi başlatılmıştır. Hasta ve yakınları tarafından sorulan soruların sayısı ile değişen ortalama 20 dakikadan, 3 dersle tamamlanan bireysel eğitim uygulanmıştır. Eğitim, her hastaya özel olarak yapılmıştır. Bireysel eğitim programı uygulanırken, kişilerin konuları anlamasını kolaylaştırmak için eğitim kitapçığının yanısıra resimler ve posterlerden yararlanılmıştır. Hasta taburcu olduktan sonra evde bakımına yardımcı olacak bir aile üyesinin eğitim verilirken yanında bulunmasına özen gösterilmiş ve bireysel eğitim, hastaların sosyo-kültürel yapılarına uygun olarak verilmiştir. Taburcu olan hastalara 1, 2 ve 3. kontrollere geldiklerinde bakım sonucu değerlendirme formu (EK II) uygulanmıştır.

“Kalp Krizi Sonrası Yaşam” bilgilendirme kitapçığı hastaların sözlü bilgilendirilmelerini artırmak için literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (EK IV)^{18,19}. Kitapçıkta; kalbin anatomisi, küçük-büyük kan dolaşımı, yaşam bulgularının nasıl alınacağı ve normal değerleri, miyokard infarktüsünün tanımı ve belirtileri, miyokard infarktüsü sonrası beslenme, örnek diyet listeleri, miyokard infarktüsü sonrası fiziksel aktivite ve cinsel ilişki, işe ne zaman başlanması, ilaç alırken dikkat edilecek noktalar yer almaktadır.

3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu araştırmada; hastaların miyokard infarktüsü ve bakım sonucuna uyum durumları bağımlı değişkenlerdir. Bakım sonucuna uyumu etkileyebileceği düşünülen yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, kişilerin daha önce herhangi bir kaynaktan veya kişiden bilgi edinip edinmediği etkenleri bağımsız değişkenlerdir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS 10.0 hazır istatistik programında yapılmıştır.

Hasta tanıtım formunda bulunan 8. soru için, doğru ölçtüğü ispatlanmış bir tartı kullanılmış ve sonuçlar Vücut-Kitle İndeksine göre değerlendirilmiştir.

Vücut-Kitle İndeksi: VKİ (Body Mass Index) şöyle hesaplanmaktadır³¹:

Yetişkin VKİ: Ağırlık (kg)/Boy² (mxm) < 25

20-24.9=Normal kilolu

25-29.9=Fazla kilolu

30-39.9= obez

>40=Aşırı obez

ideal VKİ; Kadın=21

Menapoz sonrası kadın=25

Erkek=22

Verilerin değerlendirilmesinde şu analizler uygulanmıştır:

Hastaların bakım sonucu değerlendirme durumunu inceleyen ikinci anket formuna verdikleri yanıtlar, 3 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Bu anket formunda uyum kriteri olarak; risk faktörlerinin azaltılması (sigara kullanma, kolesterol düzeyi, kan basıncı ve kilo kontrolü, diyetle uyum, ilaç kullanma durumu, poliklinik kontrollerine uyum ve grup eğitimine katılımı) alınmıştır. Deneklere, risk faktörlerinin tamamen ortadan kalktığı durumlarda “3 puan” verilmiştir. Kısmen azaldığı durumlarda “2 puan” ve hiç uymayanlara ise “1 puan” verilmiştir.

-Deney ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri arasında fark olup olmadığını test etmek için ki-kare önemlilik testi,

-Deney ve kontrol grubunda, grup içinde farklı zamanlarda ölçülen bakım sonucu puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek için tek faktörde tekrarlı ölçümler analizi,

-Grup arasındaki farkı incelemek için t testi.

-Bakım sonucu alınan puanlar ile cinsiyet, daha önceki hastalık hikayesinin olması durumunda Mann Whitney U testi; eğitim durumu, meslek durumu, güvence durumu, kilo durumu, kolesterol düzeyi, kan basıncı durumu, sigara kullanma durumu, günde içilen sigara miktarında Kruskall Wallis varyans analizi; sigara içilen yıl için t testi kullanılmıştır.

3.7.Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bir bilgi formu, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'na sunularak yazılı izin alınmıştır (EK III). Araştırmacı tarafından çalışmanın amacı hastalara açıklanıp, katılıp katılmama konusunda özgür oldukları, edinilen kişisel bilgilerin başka kimseye söylenmeyeceği, istediklerinde çalışmayı sonlandırabilecekleri belirtilmiş ve araştırmaya gönüllü olanlar alınmıştır. Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde bulunan hastalar sürekli iletişim halinde bulduklarından, birbirlerini etkileyeceği görüşünden hareketle deney ve kontrol grubu denekler araştırmaya aynı zamanda alınmamışlardır. Bu nedenle araştırmada, ilk önce kontrol grubundaki vaka sayısı tamamlanmış, daha sonra deney grubundaki hastalara geçilmiştir.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca üniversite hastanesinde miyokard infarktüsü tanısıyla yatan hastalar ile yapılmıştır. Bunun nedeni, çevre iller arasında miyokard infarktüsü tedavisinin yapıldığı en donanımlı hastane olmasıdır.

Araştırmanın belli bir sürede bitirilmesi gerektiğinden sınırlı sayıda miyokard infarktüsü geçiren hasta ile çalışılmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan hastalara ait bazı sosyo-demografik özellikler verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların %30’unun (n=30) 42-52 yaş grubu, %30’unun (n=30) 53-63 yaş grubu, %36’sının (n=36) 64-74 yaş grubu, %4’ünün (n=4) 75 ve üzeri yaş grubunu oluşturmaktadır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 59.78 ± 10.07 idi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %18’ini (n=9) kadınlar, %82’sini (n=41) erkekler; kontrol grubundaki hastaların %18’ini (n=9) kadınlar, %82’sini (n=41) erkekler oluşturmaktadır. Gruplar arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %100’ünün (n=50) evli olduğu ve kontrol grubundaki hastaların %98’inin (n=49) evli olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %84’ünün (n=42) ilkokul mezunu, %10’nun (n=5) lise mezunu ve %6’sının (n=3) okur-yazar; kontrol grubundaki hastaların %84’ünün (n=42) ilkokul mezunu, %10’unun (n=5) lise mezunu ve %6’sının (n=3) okur-yazar olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Hastaların meslekleri incelendiğinde, deney grubunun %38'ini (n=19) emekliler, %20'sini (n=10) serbest meslek sahipleri, %18'ini (n=9) ev kadınları, %14'ünü (n=7) memurlar, %10'unu (n=5) işçiler oluşturmaktadır. Kontrol grubunun %38'ini (n=19) emekliler, %32'sini (n=16) serbest meslek sahipleri, %18'ini (n=9) ev kadınları, %8'ini (n=4) işçiler ve %4'ünü ise memurlar oluşturmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1.Hastalara Ait Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		
	S	%	S	%	
<u>Yaş</u>					
42-52	15	30.00	15	30.00	$x^2=0.00$
53-63	15	30.00	15	30.00	SD=2
64-74	18	36.00	18	36.00	$p>0.05$
75 ve üzeri	2	4.00	2	4.00	
<u>Cinsiyet</u>					
Kadın	9	18.00	9	18.00	$x^2=0.00$
Erkek	41	82.00	41	82.00	SD=1 $p>0.05$
<u>Medeni Durumu</u>					
Evli	50	100.00	49	98.00	$x^2=0.00$
Bekar	-	-	1	2.00	SD=1 $p>0.05$
<u>Eğitim Durumu</u>					
Okur-yazar	3	6,00	3	6,00	$x^2=0.00$
İlkokul mezunu	42	84.00	42	84.00	SD=2
Lise mezunu	5	10.00	5	10.00	$p>0.05$

Meslek Durumu

Ev kadını	9	18.00	9	18.00	
Emekli	19	38.00	19	38.00	$\chi^2=1,21$
Memur	7	14.00	2	4.00	SD=2
İşçi	5	10.00	4	8.00	$p>0.05$
Serbest meslek	10	20.00	16	32.00	

Sosyal Güvence Durumu

Emekli Sandığı	14	28.00	6	12,00	$\chi^2=1.096$
Bağ-Kur	4	8.00	19	38.00	SD=2
Yeşil-Kart	10	20.00	4	8.00	$p>0.05$
S.S.K.	22	44.00	21	42.00	
Aylık Gelir Ortalaması	$\bar{X}\pm SD=405.10\pm 212.18$		$\bar{X}\pm SD=418.25\pm 210.15$		t:0.302
					$p>0.05$

Hastaların sosyal güvence durumları incelendiğinde deney grubunun %44'ünü (n=22) S.S.K'ya bağlı olanlar, %28'ini (n=14) emekli sandığına bağlı olanlar, %20'sini (n=10) yeşil-kartı olanlar ve %8'ini (n=4) bağ-kura bağlı olanlar oluşturmaktadır. Kontrol grubunun %42'sini (n=21) S.S.K'ya bağlı olanlar, %38'ini (n=19) bağ-kura bağlı olanlar, %12'sini (n=6) emekli sandığına bağlı olanlar ve %8'ini (n=4) ise yeşil-kartı olanlar oluşturmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Aylık gelir durumu incelendiğinde; deney grubunun ortalama 405.10±212.18 milyon Türk Lirası, kontrol grubunun ortalama 418.25±210.15 milyon Türk Lirası olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2.Hastaların Vücut Yapılarına Göre Dağılımı

Vücut Yapısı	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		
	S	%	S	%	
Normal kilolu	12	24.00	14	28.00	$\chi^2=.072$
Fazla kilolu	31	62.00	30	60.00	SD=2
Obez	7	14.00	6	12.00	$p>0.05$

Araştırma kapsamına alınan hastaların vücut yapılarına göre dağılımları incelendiğinde, deney grubunun %24'ünü (n=12) normal kilolu olanlar, %62'sini (n=31) fazla kilolu olanlar, %14'ünü (n=7) obez olanlar; kontrol grubunun %28'ini (n=14) normal kilolu olanlar, %60'ını (n=30) fazla kilolu olanlar ve %12'sini (n=6) ise obez olanlar oluşturmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3.Hastaların Kolesterol Düzeylerine ve Kan Basıncı Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		
	S	%	S	%	
<u>Kolesterol Düzeyi</u>					
240mg/dl'nin üzerinde	21	42.00	17	34.00	$\chi^2=1,230$
200-240 mg/dl arasında	15	30.00	16	32.00	SD=2
200 mg/dl'nin altında	14	28.00	17	34.00	$p>0.05$
<u>Kan Basıncı Durumu</u>					
160/190 mmHg'den fazla	3	6.00	2	4.00	$\chi^2=0,093$
140/90-160/9 mmHg arası	7	14.00	6	12.00	SD=2
140/90 mmHg'den az	40	80.00	42	84.00	$p>0.05$

Araştırmaya katılan hastaların ölçülen kolesterol düzeyleri hasta dosyalarından incelendiğinde; deney grubunun %42'sinin (n=21) 240mg/dl'nin üzerinde, %30'unun (n=15) 200-240mg/dl arasında, %28'inin 200mg/dl'nin altında; kontrol grubunun

%34'ünün (n=17) 240mg/dl'nin üzerinde, %32'sinin(n=16) 200-240mg/dl arasında ve %34'ünün (n=17) ise 200mg/dl'nin altında olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında ki fark anlamsız bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hastaların hastanede yattığı süre içinde alınan kan basıncı ölçümlerinde (üç kez ölçülen ve bulunan değerlerin aritmetik ortalaması), deney grubunun %6'sının (n=3) kan basıncının 160/90mmHg'den fazla, %14'ünün (n=7) 140/90mmHg arasında %80'inin (n=40) 140/90mmHg'den az; kontrol grubunun ise %4'ünün (n=2) 160/90mmHg'den fazla, %12'sinin (n=6) 140/90-160/90mmHg arasında ve %82'sinin (n=42) ise 140/90mmHg'den düşük olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 4.Hastaların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara Kullanma Alışkanlığı	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		
	S	%	S	%	
<u>Sigara Kullanma Durumu</u>					
Halen içen	26	52.00	34	68.00	$x^2=1.456$
Bırakan	16	32.00	7	14.00	SD=2
Hiç içmeyen	8	16.00	9	18.00	p>0.05
<u>Sigara İçenlerin Günde</u>					
<u>İçtiği Sigara Miktarı</u>					
11-19 Adet	7	26.88	2	4.00	$x^2=2.012$
20-39 Adet	18	69.12	23	67.62	SD=2
40 Adet ve üstü	1	3.84	9	26.46	p>0.05

Hastaların sigara kullanma durumu incelendiğinde; deney grubunun %52'sinin (n=26) miyokard infarktüsü geçirene dek sigara içtiği, %32'sinin (n=16) daha önce

sigara içtiği ancak bıraktığı, %16'sının (n=8) hiç sigara içmediği saptanmıştır. Sigara içen hastaların %69.12'sinin (n=18) günde 20-39 adet sigara içtiği tespit edilmiştir. Kontrol grubunun %68'inin (n=34) miyokard infarktüsü geçirene dek sigara içtiği, %14'ünün (n=7) sigara içtiği ancak bıraktığı ve %18'inin (n=9) ise hiç sigara içmediği saptanmıştır. Sigara içen hastaların %67.62'sinin (n=23) günde 20-39 adet sigara içtiği tespit edilmiştir. Ayrıca halen sigara içen deney ve kontrol grubundaki hastaların %100'nün (n=60) 11 yıl ve daha uzun süre sigara kullandığı tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 5.Hastaların Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Alkol Kullanma Alışkanlığı	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		
	S	%	S	%	
<u>Alkol Kullanma Durumu</u>					
Bırakan	26	52.00	11	22.00	$\chi^2=2.186$
Hiç içmeyen	24	48.00	39	78.00	SD=1
					$p>0.05$

Hastaların alkol kullanma durumları incelendiğinde; deney grubunun %52'sinin (n=26) alkol kullandığını ancak bıraktığı, %48'inin (n=24) hiç alkol kullanmadığı; kontrol grubunun %22'sinin (n=11) alkol kullandığı ancak bıraktığı ve %78'inin ise hiç alkol kullanmadığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 5).

Tablo 6.Hastaların Miyokard İnfarktüsü Dışında Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı

Hastalık Hikayesi	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		
	S	%	S	%	
Diabetes Mellitus	6	12.00	2	4.00	$\chi^2=2.017$
Hipertansiyon	12	24.00	7	14.00	SD=2
Diabet-Hipertansiyon	3	6.00	6	12.00	$p>0.05$
Başka bir hastalığı yok	29	58.00	35	70.00	

Hastaların miyokard infarktüsü dışında başka bir hastalıklarının olup olmaması incelendiğinde; deney grubunun %12'sinin (n=6) diabetes mellitus, %24'ünün (n=12) hipertansiyon, %6'sının (n=3) diyabet-hipertansiyon, %58'inin (n=29) başka bir hastalığı olmadığı; kontrol grubunun %4'ünün (n=2) diabetes mellitus, %14'ünün (n=7) hipertansiyon, %12'sinin (n=6) diyabet-hipertansiyon ve %70'inin (n=35) ise başka bir hastalığı olmadığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7.Hastaların Hastalıkları Konusunda Önceden Bilgi Edinip-Edinmeme Durumlarına Göre Dağılımı

Bilgi Edinme Durumu	Deney Grubu (n:50)		Kontrol Grubu (n:50)		
	S	%	S	%	
Edinen	-	-	1	2,00	$\chi^2=0.094$
Edinmeyen	50	100.00	49	98,00	SD=1
					$p>0.05$

Hastaların hastalıkları konusunda önceden bilgi edinip-edinmeme durumları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %100'ünün (n=50) daha önce miyokard infarktüsü hakkında bilgi edinmediği; kontrol grubundaki hastaların %98'inin (n=49) daha önce bilgi almadığı ve sadece %2'sinin (n=1) daha önce bilgi aldığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bakım Sonucu Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>			
	1.Kontrol X±SD	2.Kontrol X±SD	3.Kontrol X±SD	
Deney Grubu	16.68±2.30	18.66±2.64	20.56±2.40	
Kontrol Grubu	14.64±2.39	15.14±2.44	15.46±2.69	Mauchly's W=0.736, SD=2, p<0.05 t:-3.702 ; p<0.05
				Mauchly's W=0.926, SD=2, p>0.05

Deney ve kontrol grubu arasındaki bakım sonucu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastalar 1. kontrolde 16.68±2.30, 2. kontrolde 18.66±2.64, 3. kontrolde ise 20.56±2.40 puan almışlardır. Deney grubundaki hastaların bakım sonucu aldıkları puan ortalamaları kontrollerde giderek artış göstermiş ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 14.64±2.39, 2. kontrolde 15.14±2.44, 3. kontrolde ise 15.46±2.69 puan almışlardır. Kontrol grubundaki hastaların bakım sonucu aldıkları puan ortalamaları kontrollerde giderek artmış ve kontroller arası fark istatistiksel olarak anlamsız olup; deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 8).

Tablo 9.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Sigara İçmeme Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>			
	1.Kontrol X±SD	2.Kontrol X±SD	3.Kontrol X±SD	
Deney Grubu	2.00±0.00	2.07±0.26	2.42±0.50	
Kontrol Grubu	1.80±0.47	1.88±0.40	1.97±0.29	Mauchly's W=0.578, SD=2, p<0.05 t:-2.46, p<0.05 Mauchly's W=0.818, SD=2, p<0.05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların sigara içmemeye yönelik uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastalar 1. kontrolde 2.00±0.00, 2. kontrolde 2.07±0.26, 3. kontrolde 2.42±0.50 puan almışlar ve kontrollerde aldıkları puanlar giderek artış göstermiştir. Kontroller arasındaki puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 1.80±0.47, 2. kontrolde 1.88±0.40, 3. kontrolde ise 1.97±0.29 puan almışlar ve kontroller arasındaki puan ortalamaları giderek artış göstermiştir. Kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 9).

Tablo 10.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kolesterol Düzeyi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>		
	1.Kontrol X±SD	2.Kontrol X±SD	3.Kontrol X±SD
Deney Grubu	1.94±0.31	2.06±0.37	2.38±0.49
Kontrol Grubu	1.18±0.40	1.20±0.40	1.26±0.44

Mauchly's W=0.962, SD=2, p<0.05
t: 1.097 ; p<0.05
Mauchly's W=0.592, SD=2, p>0.05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kolesterol düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki hastalar 1. kontrolde 1.94±0.31, 2. kontrolde 2.06±0.37, 3. kontrolde 2.38±0.49 puan almışlardır. Kontrol süreleri uzadıkça puan ortalamalarından artış saptanmıştır. Kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 1.18±0.40, 2. kontrolde 1.20±0.40, 3. kontrolde ise 1.26±0.44 puan almışlardır. Kontrol süreleri uzadıkça puan ortalamalarında artış saptanmış ancak bu artış istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 10).

Tablo 11. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kilo Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>			
	1.Kontrol	2.Kontrol	3.Kontrol	
	X±SD	X±SD	X±SD	
Deney Grubu	2.06±0.23	2.36±0.48	2.60±0.49	
				Mauchly's W=0.968, SD=2, p<0.05
Kontrol Grubu	2.06±0.23	2.06±0.23	2.14±0.40	T: 1.865; p<0.05
				Mauchly's W=0.572, SD=2, p>0.05

Araştırma kapsamına alınan hastaların kiloya yönelik uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubu 1. kontrolde 2.06±0.23, 2. kontrolde 2.36±0.48, 3. kontrolde 2.60±0.49 puan almışlar; kontrol süreleri uzadıkça alınan puanlarda artış saptanmış ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1 ve 2. kontrolde 2.06±0.23, 3. kontrolde 2.14±0.40 puan almışlar; kontrol süreleri uzadıkça puanlarda az bir artış saptanmış ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 11).

Tablo 12. Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kan Basıncı Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>		
	1.Kontrol X±SD	2.Kontrol X±SD	3.Kontrol X±SD
Deney Grubu	2.10±0.36	2.70±0.50	2.84±0.37
Kontrol Grubu	2.32±0.62	2.68±0.61	2.68±0.58

Mauchly's W=0.799, SD=2, p<0.05
t:-2.486, p<0.05
Mauchly's W=0.882, SD=2, p<0.05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kan basıncı uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubu 1. kontrolde 2.10±0.36, 2. kontrolde 2.70±0.50, 3. kontrolde 2.84±0.37 puan almışlardır. Kontroller arasında puan artışı saptanmış ve artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 2.32±0.62, 2. kontrolde 2.52±0.61, 3. kontrolde 2.68±0.58 puan almışlardır. Kontrol grubundaki hastaların puan ortalamaları kontrollerde giderek yükseldiği gözlenmiş ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 12).

Tablo 13.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Diyete Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>		
	1.Kontrol X±SD	2.Kontrol X±SD	3.Kontrol X±SD
Deney Grubu	2.08±0.44	2.36±0.48	2.82±0.38
Kontrol Grubu	1.76±0.51	1.82±0.48	1.82±0.48

Mauchly's W=0.955, SD=2, p<0.05
t:-2.778, p<0.05

Mauchly's W=0.833, SD=2, p>0.05

Araştırma kapsamına alınan hastaların diyete uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun 1. kontrolde 2.08±0.44, 2. kontrolde 2.36±0.48, 3. kontrolde 2.82±0.38 puan almışlardır. Deney grubundaki hastaların kontrollerdeki aldıkları puanların giderek yükseldiği gözlenmiş ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 1.76±0.51, 2 ve 3. kontrolde 1.82±0.48 puan almışlardır. Kontrol grubundaki hastaların puan artışı en az olduğu saptanmış ve kontroller arası fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 13).

Tablo 14.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların İlaç Kullanımına Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>			
	1.Kontrol	2.Kontrol	3.Kontrol	
	X±SD	X±SD	X±SD	
Deney Grubu	2.66±0.47	2.78±0.41	2.98±0.14	
				Mauchly's W=0.936, SD=2, p<0.05
Kontrol Grubu	2.20±0.45	2.34±0.51	2.32±0.55	t:-3,57, p<0.05
				Mauchly's W=0.952, SD=2, p<0.05

Araştırmaya kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların ilaç kullanımına uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun 1. kontrolde 2.66±0.47, 2. kontrolde 2.78±0.41, 3. kontrolde 2.98±0.14 puan almışlardır. Deney grubundaki hastaların kontrollerde aldıkları puanların giderek yükseldiği gözlenmiş ve kontroller arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 2.20±0.45, 2. kontrolde 2.34±0.51, 3. kontrolde 2.32±0.55 puan almışlar; kontrollerde aldıkları puanların giderek yükseldiği gözlenmiş ve kontroller arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 14).

Tablo 15.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Poliklinik Kontrollerine Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>		
	1.Kontrol X±SD	2.Kontrol X±SD	3.Kontrol X±SD
Deney Grubu	2.42±0.49	2.64±0.48	2.78±0.41
Kontrol Grubu	2.20±0.45	2.18±0.38	2.20±0.40

Mauchly's W=0.867, SD=2, p<0.05
t:3.452, p<0.05
Mauchly's W=0.699, SD=2, p>0.05

Deney ve kontrol grubundaki hastaların poliklinik kontrollerine uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubu 1. kontrolde 2.42±0.49, 2. kontrolde 2.64±0.48, 3. kontrolde 2.78±0.41 puan almışlardır. Deney grubundaki hastaların aldıkları puanların giderek yükseldiği gözlenmiş ve kontroller arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 2.20±0.45, 2. kontrolde 2.18±0.38, 3. kontrolde 2.20±0.40 puan almışlardır. Kontrol grubundaki hastaların aldıkları puanda artış az olmuş ve kontroller arası fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 15).

Tablo 16.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Grup Eğitimine Uyum Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grup	<u>Ölçüm Durumu</u>			
	1.Kontrol X±SD	2.Kontrol X±SD	3.Kontrol X±SD	
Deney Grubu	2.42±0.53	2.62±0.53	2.80±0.40	
Kontrol Grubu	1.66±0.68	1.70±0.64	1.68±.65	Mauchly's W=0.908, SD=2, p<0.05 t:-2.483, p<0.05 Mauchly's W=0.928, SD=2, p>0.05

Araştırma kapsamına alınan hastaların grup eğitimine uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubu 1. kontrolde 2.42±0.53, 2. kontrolde 2.62±0.53, 3. kontrolde 2.80±0.40 puan almışlardır. Deney grubundaki hastaların aldıkları puan ortalamaları kontrollerde giderek artış göstermiş ve kontroller arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kontrol grubundaki hastalar 1. kontrolde 1.66±0.68, 2. kontrolde 1.70±0.64, 3. kontrolde 1.68±0.64 puan almışlardır. Kontrol grubundaki hastaların aldıkları puan ortalamaları kontrollerde önemli artış göstermemiş ve kontroller arası fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05). Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 16).

Tablo 17.Deney ve Kontrol Grubundaki Hastaların Bakım Sonucu Aldıkları Uyum Puan Ortalamaları İle Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	N	X±SD	n	X±SD
<u>Cinsiyet</u>				
Kadın	9	18.11±1.83	9	15.88±1.53
Erkek	41	18.73±1.51	41	16.17±1.96
	MWU:134.500, SD:28, p>0.05		MWU:103.00, SD:28, p>0.05	
<u>Eğitim durumu</u>				
Okur-yazar	3	17.33±1.52	3	16.33±1.52
İlkokul mezunu	42	17.69±1.65	42	17.14±1.93
Lise mezunu	5	18.20±.83	5	16.20±1.92
	KW:0.345, SD:2, p>0.05		KW:3.082, SD:2, p>0.05	
<u>Meslek durumu</u>				
Ev kadını	9	17.11±1.83	9	16.01±1.53
Emekli	19	17.68±1.52	19	16.21±2.41
Memur	7	18.42±1.71	2	16.50±.70
İşçi	5	17.80±.83	4	15.00±2.16
Serbest meslek	10	18.00±1.76	16	16.94±1.48
	KW:0.236, SD:2, p>0.05		KW:0.345, SD:2, p>0.05	
<u>Güvence durumu</u>				
Emekli sandığı	14	18.57±1.45	6	15.66±2.06
Bağ-kur	4	17.25±1.50	19	15.21±1.54
Yeşil-kart	10	17.60±2.01	4	15.00±2.64
SSK	22	17.72±1.54	21	15.57±2.03
	KW:0.236, SD:2, p>0.05		KW:0.345, SD:2, p>0.05	
<u>Kilo durumu</u>				
Normal kilolu	12	19.85±1.56	14	15.25±1.90
Fazla kilolu	31	18.48±1.45	30	15.52±1.95
Obez	7	18.71±2.21	6	15.85±2.11
	KW:0.534, SD:3, p>0.05		KW:1.062, SD:3, p>0.05	

Kolesterol düzeyi

240 mg/dl üzerinde	21	17.80±1.66	17	14.11±2.14
200-240mg/dl arasında	15	17.80±1.89	16	15.06±1.61
200mg/dl'nin altında	14	16.14±.94	17	15.64±1.80
		KW:4.436, SD:2, p>0.05		KW:6.387, SD:2, p>0.05

Kan basıncı durumu

160/90mmHg üzerinde	3	18.33±1.52		14.00±1.41
140/90-160/90mmHg arası	7	17.85±1.77		15.83±1.21
140/90mmHg'nin altında	10	18.60±1.58		14.76±1.70
		KW:0.174, SD:2, p>0.05		KW:5.397, SD:2, p>0.05

Sigara kullanma durumu

Halen içen	26	17.26±1.48	34	15.73±1.63
Bırakan	16	16.93±1.34	7	13.51±1.51
Hiç içmeyen	8	15.87±1.55	9	13.77±1.09
		KW:11.335, SD:2, p<0.05		KW:20.436, SD:2, p<0.05

Günde içilen sigara miktarı

11-19 adet	7	17.20±1.41	2	17.50±.707
20-39 adet	18	14.07±1.50	23	15.78±1.38
40 adet ve üzeri	1	15.31±1.33	9	15.22±2.16
		KW:15.398, SD:3, p<0.05		KW:23.122, SD:2, p>0.05

Cinsiyet ile hastaların bakım sonucu aldıkları uyum puanı ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki kadınlarda 18,11±1.83, erkeklerde 18.73±1.51; kontrol grubundaki kadınlarda 15.88±1.53, erkeklerde 16.17±1.96 olarak saptanmıştır. Cinsiyet ile bakım sonucu aldıkları uyum puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 17).

Eğitim ile hastaların bakım sonucu aldıkları uyum puanı ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki okur-yazarlar 17.33±1.52, ilkokul mezunları

17.69±1.65, lise mezunları 18.20±.83; kontrol grubundaki okur-yazarlar 16.33±1.52, ilkokul mezunları 17.14±1.93 ve lise mezunları ise 16.20±1.92 puan aldıkları saptanmıştır. Eğitim ile bakım sonucu aldıkları puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 17).

Meslek ile hastaların bakım sonucu aldıkları uyum puanı ortalamalarına bakıldığında; deney grubunda en yüksek puanı 18.42±1.71 ile memurlar, en düşük puanı 17.11±1.83 ile ev kadınlarının aldığı saptanırken, kontrol grubunda ise en yüksek puanı 16.94±1.48 ile serbest meslek sahipleri, en düşük puanı 15.00±2.16 ile işçilerin aldıkları saptanmıştır. Meslek ile hastaların bakım sonucu aldıkları uyum puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 17).

Güvence durumu ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; deney grubunda bakım sonucu puan ortalaması 18.57±1.45 ile emekli sandığında yüksek saptanırken, 17.25±1.50 ile bağ-kur mensuplarında düşük saptanmıştır. Kontrol grubunda ise; emekli sandığı mensuplarında 15.66±2.06 ile yüksek, yeşil kartı olanlarda 15.00±2.64 ile düşük bulunmuştur. Güvence durumu ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 17).

Kilo durumu ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; deney grubunda normal kiloluların 19.85±1.56, fazla kiloluların 18.48±1.45, obezlerin 18.71±2.21; kontrol grubunda normal kiloluların 15.25±1.90 fazla kiloluların 15.52±1.95 ve obezlerin ise 15.85±2.11 puan aldıkları saptanmıştır. Kilo durumu ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 17).

Kolesterol düzeyi ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda kolesterol düzeyi 240 mg/dl'nin üzerinde olanlar 17.80 ± 1.66 200-240mg/dl arasında olanlarda 17.80 ± 1.89 , 200mg/dl'nin altında olanlar 16.14 ± 0.94 ; kontrol grubunda kolesterol düzeyi 240mg/dl'nin üzerinde olanlar 14.11 ± 2.14 , 200-240mg/dl arasında olanlarda 15.06 ± 1.61 ve 200mg/dl'nin altında olanlarda ise 15.64 ± 1.80 puan aldıkları saptanmıştır. Kolesterol düzeyi ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Kan basıncı durumu ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; deney grubunda kan basıncı 140/90mmHg'nin altında olanlar 18.60 ± 1.77 puan ile en yüksek, kan basıncı 140/90-160/90mmHg arasında olanlarda ise 17.85 ± 1.77 puan ile en düşük olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda ise 15.83 ± 1.21 ile 140/90-160/90mmHg arasında olanların yüksek, 14.00 ± 1.41 ile 160/90mmHg'nin üzerinde olanların düşük puan aldıkları saptanmıştır. Kan basıncı durumu ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 17).

Sigara kullanımı ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda miyokard infarktüsü geçirene dek içenlerin 17.26 ± 1.48 , içip fakat bırakanların 16.93 ± 1.34 , hiç içmeyenlerin ise 15.87 ± 1.55 puan aldıkları saptanmıştır. Kontrol grubunda miyokard infarktüsü geçirene dek sigara içenlerin 15.73 ± 1.63 , içip fakat bırakanların 13.51 ± 1.51 ve hiç içmeyenlerin ise 13.77 ± 1.09 puan aldıkları saptanmıştır. Sigara kullanımı ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 17).

Günde içilen sigara miktarı ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; deney grubunda 17.20 ± 1.41 ile günde 11-19 adet sigara içenlerin yüksek, 14.07 ± 1.50 ile günde 20-29 adet sigara içenlerin düşük puan aldıkları saptanmıştır. Kontrol grubunda günde 11-19 adet içenler 17.50 ± 1.707 ile yüksek, günde 40 adet ve üzeri sigara içenler 15.22 ± 2.16 ile düşük puan aldıkları saptanmıştır. Günde içilen sigara miktarı ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 17).

Sigara içilen yıl ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda 11 yıl ve üzerinde sigara kullananların 15.80 ± 1.47 , kontrol grubunda 11 yıl ve üzerinde sigara kullananların 15.78 ± 1.38 puan aldıkları saptanmıştır. Sigara içilen yıl ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 17).

Daha önce başka bir hastalık hikayesi ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda başka bir hastalığı bulunanlar 16.68 ± 1.44 , başka bir hastalığı olmayanlar 16.52 ± 1.77 ; kontrol grubunda başka bir hastalığı bulunanlar 15.00 ± 2.67 ve başka bir hastalığı bulunmayanlar ise 14.91 ± 1.57 puan aldıkları saptanmıştır. Daha önce başka bir hastalık hikayesi ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

Miyokard infarktüsü konusunda daha önce bilgi alma ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda bilgi almayanların 15.34 ± 1.94 ; kontrol grubunda bilgi almayanların 14.92 ± 0.00 , bilgi alanın ise 15.02 ± 1.87 puan aldığı tespit edilmiştir. Deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$).

5.TARTIŞMA

Miyokard infarktüsü geçiren hastaların fiziksel durumunda meydana gelen bozulmaların dışında, kaygı ve endişelerin arttığı, her zamanki yaşam dengelerinin alt-üst olduğu görülür¹². Aile üyeleri hastalığın başlangıcında sürekli hastanın yanındadırlar. Ancak sorumlulukların değişmesi, ekonomik zorlukların yaşanması, eşler ve çocuklar arasında bir süre sonra kopmalara neden olduğundan aile desteğinde azalma olur. Hastanın hastalığa uyumunda ailenin rolü çok önemlidir. hastanın yeni durumuna en kısa sürede uyum sağlamasına yardımcı olmak, sağlığını en az kayıpla önceki düzeylerine çıkarmak amacıyla gereksindikleri konularda hastalara eğitim verilmesi gerekmektedir. Hasta eğitiminde lider kişiler hemşirelerdir ve hasta eğitimi hemşirenin fonksiyonlarından sadece birisidir^{12,60}. Bu noktadan hareketle, miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin bakım sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, konu ile ilgili literatürle tartışılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların bakım sonucu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun 1. kontrolde 16.68 ± 2.30 , 2. kontrolde 18.66 ± 2.64 , 3. kontrolde 20.56 ± 2.40 ; kontrol grubunun 1. kontrolde 14.64 ± 2.39 , 2. kontrolde 15.14 ± 2.44 ve 3. kontrolde ise 15.46 ± 2.69 puan almışlardır (Tablo 9). Deney grubundaki hastaların puan artışı kontrol grubundakilerden daha fazladır. Bu sonuç verilen bireysel ve grup eğitiminin etkili olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur^{12,58,59}.

Hastaların sigara içmemeye uyum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun 1. kontrolde 2.00 ± 0.00 , 2. kontrolde 2.07 ± 0.26 , 3. kontrolde 2.42 ± 0.50 ; kontrol grubunun 1. kontrolde 1.80 ± 0.47 , 2. kontrolde 1.88 ± 0.40 ve 3. kontrolde ise

1.97±0.29 puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 9). Grup içinde zamana göre sigara içmemeye uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi verilen deney grubundaki hastaların puanları sadece grup eğitimi verilen kontrol grubundakilerden daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu beklenen bir sonuç idi. Erdoğan'ın 100 hasta üzerinde yaptığı çalışmada deney grubundaki hastaların %68'i birinci ve ikinci kontrollerinde sigara içme durumunda değişiklik yaparken, kontrol grubundaki hastaların %46'sı sigara içme durumlarında değişiklik yapmışlardır¹². Benzer sonuçlar Öztunç, Tokem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da bulunmuştur^{58,59}. Bu araştırmanın sonuçları, yukarıda sözü edilen araştırma sonuçları ile desteklenmektedir^{12,58,59}. Bir ve iki nolu hipotezler doğrulanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların kolesterol düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubunun 1. kontrolde 1.94±0.31, 2. kontrolde 2.06±0.37, 3. kontrolde 2.38±0.49; kontrol grubunun 1. kontrolde 1.18±0.40, 2. kontrolde 1.20±0.40 ve 3. kontrolde ise 1.26±0.44 puan aldıkları saptanmıştır. Grup içinde zamana göre kolesterol düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırılması; deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 10). Tokem ve arkadaşları tarafından 64 hastayla yapılan çalışmada deney ve kontrol grubundaki hastaların taburcu olurken, taburcu sonrası 5. ve 12. haftada kolesterol düzeylerine bakılmış olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur⁵⁸. Bu çalışmanın sonuçları Tokem ve arkadaşlarının sonuçlarını desteklemektedir. Bu durum kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi alan deney grubundaki hastaların davranışları üzerinde oluşturduğu olumlu etkinin sonucu olarak oluşmaktadır. Bu sonuçlar bizim hipotezimizi doğrulamaktadır.

Hastaların kilo uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubunun 1. kontrolde 2.06 ± 0.23 , 2. kontrolde 2.36 ± 0.48 , 3. kontrolde 2.60 ± 0.49 ; kontrol grubunun 1. ve 2. kontrolde 2.06 ± 0.23 ve 3. kontrolde ise 2.14 ± 0.40 puan aldıkları saptanmıştır. Grup içinde zamana göre kilo uyum puan ortalamalarının karşılaştırılması, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 11). Erdoğan'ın yaptığı çalışmada deney grubundaki hastaların birinci kontrolde %40'ının normal, %48'inin hafif şişman, ikinci kontrolde %48'inin normal, %40'ının hafif şişman; kontrol grubundaki hastaların birinci ve ikinci kontroller sırasında %52'sinin normal, %42'sinin hafif şişman vücut yapısına sahip olduğu bulunmuştur¹². Benzer sonuçlar Tokem ve arkadaşlarının çalışmasında da bulunmuştur⁵⁸. Bu çalışmadan elde edilen sonuç, literatür ile uygunluk göstermekte ve deney grubuna verilen kitapçık destekli bireysel ve grup eğitiminin etkin olduğunu düşündürmektedir. Sonuç bizim hipotezimizi doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların kan basıncı uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubunun 1. kontrolde 2.10 ± 0.36 , 2. kontrolde 2.70 ± 0.50 , 3. kontrolde 2.84 ± 0.37 ; kontrol grubunun 1. kontrolde 2.32 ± 0.62 , 2. kontrolde 2.52 ± 0.61 ve 3. kontrolde ise 2.68 ± 0.58 puan aldıkları tespit edilmiştir. Grup içinde zamana göre kan basıncı uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 12). Hastaların ilaçlarını düzenli kullanmaları ve önerilen diyeteye uymaları sonucun bu şekilde olmasına katkıda bulunmuş olabilir.. Erdoğan'ın yaptığı çalışmada hastaların 1. ve 2. kontrollerinde deney ve kontrol grubundakilerin kan basıncı puan ortalamaları belirgin bir şekilde yüksek bulunmuştur¹². Bu çalışmanın sonuçları daha önce yapılan çalışmanın sonuçlarıyla uyumludur. Sonuçlar bizim hipotezimizi kısmen doğrulamaktadır.

Hastaların diyeteye uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubunun 1. kontrolde 2.08 ± 0.44 , 2. kontrolde 2.36 ± 0.48 , 3. kontrolde 2.82 ± 0.38 ; kontrol grubunun 1. kontrolde 1.76 ± 0.51 , 2. ve 3. kontrolde ise 1.82 ± 0.48 puan aldıkları saptanmıştır. Grup içinde zamana göre diyeteye uyum puan ortalamalarının karşılaştırılması, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda ise anlamsız bulunmuştur (Tablo 13). Erdoğan'ın yaptığı çalışmada deney grubundaki hastaların 1. kontrolde %94'ünün, 2. kontrolde %88'inin; kontrol grubundaki hastaların 1.kontrolde %92'sinin, 2. kontrolde %78'inin önerilen diyeteye uydukları saptanmıştır¹². Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada taburcu sonrası 3, 5 ve 12. haftalarda yapılan kontrollerde deney grubundaki hastaların aldıkları puan kontrol grubundakilerden daha fazla bulunmuştur⁵⁸. Benzer bir sonuç Aish'in 104 miyokard infarktüsülü hastayla yaptığı çalışmada da gösterilmiştir⁶¹. Bu çalışmanın sonuçları yukarıda sözü edilen araştırma sonuçları ile desteklenmektedir^{12,58,63}. Bu durum kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi verilen hastalarda daha etkili olduğunu göstermektedir. Sonuçlar bizim hipotezimizi doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların ilaç kullanımına uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubunun 1. kontrolde 2.66 ± 0.47 2. kontrolde 2.78 ± 0.41 3. kontrolde 2.98 ± 0.14 ; kontrol grubunun 1. kontrolde 2.20 ± 0.45 , 2. kontrolde 2.34 ± 0.51 ve 3. kontrolde ise 2.32 ± 0.55 puan aldıkları saptanmıştır. Grup içinde zamana göre ilaç kullanımına uyum puan ortalamalarının karşılaştırılması, deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 14). Erdoğan'ın 100 hasta üzerinde yaptığı çalışmasında ilaç kullanımına uyum puan ortalamaları deney grubu için $X=8.80$, kontrol grubu için ise $X=6.80$ olarak bulunmuştur¹². Benzer sonuçlar Öztunç, Akdemir ve arkadaşları, Tokem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da

bulunmuştur^{59,16,58}. Conn ve arkadaşları hastaların bir kardiyak rehabilitasyon programına katılmalarının ilaç kullanımına uyumlarını olumlu yönde etkilediğini saptamışlardır⁶⁰. Kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi alan grupta ilaç kullanımına uyum puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların poliklinik kontrollerine uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubunun 1. kontrolde 2.42 ± 0.49 , 2. kontrolde 2.64 ± 0.48 , 3. kontrolde 2.78 ± 0.41 ; kontrol grubunun 1. kontrolde 2.20 ± 0.45 , 2. kontrolde 2.18 ± 0.38 ve 3.kontrolde ise 2.20 ± 0.40 puan aldıkları saptanmıştır. Grup içinde zamana göre poliklinik kontrollerine uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda anlamsız bulunmuştur (Tablo 15). Erdoğan'ın yaptığı çalışmada deney grubunun %98'inin ilk kontrole ve %92'sinin ikinci kontrole; kontrol grubunun birinci ve ikinci kontrole %58'inin düzenli geldiği saptanmıştır¹². Erdoğan'ın sonuçları bu çalışmanın sonuçlarını desteklemektedir. Poliklinik kontrollerine uyum davranışında değişiklik meydana getiren hastaların sayısının deney grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olması, kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi verilen deney grubundaki hastaların davranışları üzerinde oluşturduğu olumlu etkinin sonucu olarak oluşmaktadır. Bu sonuç bizim hipotezimizi doğrulamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların grup eğitimine uyum puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; deney grubunun 1. kontrolde 2.42 ± 0.53 , 2. kontrolde 2.62 ± 0.53 , 3. kontrolde 2.80 ± 0.40 ; kontrol grubunun 1.kontrolde 1.66 ± 0.68 , 2. kontrolde 1.70 ± 0.64 ve 3. kontrolde ise 1.68 ± 0.65 puan aldıkları saptanmıştır. Grup içinde zamana göre grup eğitimine uyum puan ortalamalarının karşılaştırılması, deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş iken kontrol grubunda anlamsız bulunmuştur (Tablo 16).

Gerek Erdoğan'ın gerekse Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada grup eğitimine katılanların sayısı deney grubunda kontrol grubuna göre daha fazla olduğu saptanmıştır^{12,58}. Bu çalışmanın bulgusu yukarıdaki çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Bu sonuç, kitapçık destekli bireysel ve grup eğitimi verilen hastaların grup eğitimine uyum durumlarının, sadece grup eğitimi verilen hastalara göre daha fazla olduğunu göstermektedir.

Yaş ile hastaların bakım sonucu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubu 18.30 ± 1.80 , kontrol grubu 16.10 ± 1.32 puan almışlardır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 17). Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaş ile bakım sonucu alınan puan arasında etkileşim olmadığı tespit edilmiştir⁵⁸. Benzer bir sonuç Erdoğan'ın çalışmasında da bulunmuştur¹². Bu çalışmanın bulgusu Erdoğan'ın, Tokem ve arkadaşlarının bulgusunu desteklemektedir^{12,58}.

Deney ve kontrol grubundaki hastalarda cinsiyet ile hastaların bakım sonucu alınan puanlar karşılaştırıldığında; deney grubundaki kadınlarda 18.11 ± 1.83 , erkeklerde 18.73 ± 1.51 'dir, kontrol grubundaki kadınlarda 15.88 ± 1.53 , erkeklerde 16.17 ± 1.96 'dir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 17). Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da cinsiyet ile bakım sonucu alınan puan arasında etkileşim olmadığı saptanmıştır⁵⁸. Bu araştırmanın sonuçları, yukarıda sözü edilen araştırma sonuçları ile desteklenmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki hastalarda eğitim durumu ile hastaların bakım sonucu alınan puanlar karşılaştırıldığında; deney grubundaki okur-yazarların 17.33 ± 1.52 , ilkokul mezunlarının 17.69 ± 1.65 , lise mezunlarının 18.20 ± 0.83 , kontrol grubundaki okur yazarların 16.33 ± 1.52 , ilkokul mezunlarının 17.14 ± 1.93 , lise mezunlarının ise 16.20 ± 1.92 puan aldıkları tespit edilmiştir ve aradaki fark istatistiksel

olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 17). Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim durumu ile bakım sonucu alınan puan arasındaki etkileşim bulunamamıştır⁵⁸.

Deney ve kontrol grubundaki hastalarda sosyal güvence durumu ile hastaların bakım sonucu alınan puanlar karşılaştırıldığında; deney grubundaki emekli sandığı mensuplarının 18.57 ± 1.45 , bağ-kur mensuplarının 17.25 ± 1.50 , yeşil-kartı olanların 17.60 ± 2.01 , SSK'ya bağlı olanların 17.72 ± 1.54 ; kontrol grubunda emekli sandığına bağlı olanların 15.66 ± 2.06 , bağ-kuru olanların 15.21 ± 1.54 , yeşil-kartı olanların 15.00 ± 2.64 ve SSK'ya bağlı olanların 15.57 ± 2.03 puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (Tablo 17). Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal güvence ile bakım sonucu alınan puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır⁵⁸. Ancak onların çalıştığı grupta hiç sosyal güvencesi olmayan hastaların mevcut olmasının sonucu etkilemiş olabileceğini düşünülebilir¹².

Sigara kullanımı, günde içilen sigara miktarı ve sigara kullanılan yıl ile hastaların bakım sonuçları puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 17). Sigara içiminin kardiyovasküler hastalık riskini iki kat ve kardiyovasküler mortaliteyi %50 oranında artırdığı ve içilen sigara miktarı ile bu riskin doğrusal olarak arttığı yapılan çalışmaların sonuçlarına dayanılarak kesin olarak ortaya konulmuştur⁴⁰. Öztunç'un yaptığı çalışmada da sigara içimi ile bakım sonucu alınan puan ortalamalarının olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır⁵⁹.

Daha önce başka bir hastalık hikayesi ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda başka bir hastalığı bulunanlar 16.68 ± 1.44 , başka bir hastalığı olmayanlar ise 16.52 ± 1.77 ; kontrol grubunda başka bir hastalığı bulunanlar 15.00 ± 2.67 ve başka bir hastalığı bulunmayanlar ise 14.91 ± 1.57 puan

aldıkları saptanmıştır. Daha önce başka bir hastalık hikayesi ile bakım sonucu alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Erdoğan'ın yaptığı çalışmada hastaların %55'inin daha önce başka bir hastalığı olmadığı tespit edilmiştir. Daha önce başka bir hastalığı bulunanların bakım sonucu aldıkları puanların yüksek olmasına rağmen; aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Miyokard infarktüsü konusunda daha önce bilgi alma ile hastaların bakım sonucu alınan puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda bilgi almayanların 15.34 ± 1.94 ; kontrol grubunda bilgi almayanların 14.92 ± 0.00 , bilgi alanın ise 15.02 ± 1.87 puan aldığı tespit edilmiştir. Miyokard infarktüsü konusunda daha önce bilgi alma ile bakım sonucu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonucun bilgi alan hasta sayısının yetersizliğinden kaynaklanmış olduğunu düşündük.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

İlk kez miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen bireysel ve grup eğitiminin bakım sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla planlanmış bu çalışmanın sonuçlarına göre:

Deney ve kontrol grubunun yaş ortalaması 59.78 ± 10.07 idi. Hastaların %82'si (n=82) erkek, %18'i (n=18) kadın, %99'u (n=99) evli, %84'ü (n=84) ilkokul mezunu idi. Deney ve kontrol grubuna ait tanıtıcı özellikler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 1).

Hastaların %61'i (n=61) fazla kilolu, %38'inin (n=38) kolesterol düzeyi 240mg/dl'nin üzerinde, %82'sinin (n=82) kan basıncı ortalama değerleri 140/90mmHg'den az idi. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 2, Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %60'ının (n=60) halen sigara içtiği, halen sigara içenlerin %68,33'ünün (n=41) günde 20-39 adet sigara içtiği tespit edilmiştir (Tablo 4).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların %64'ünün hiç alkol kullanmadığı bulunmuştur (Tablo 5).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların %99'unun (n=99) miyokard infarktüsü hakkında daha önce bilgi almadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Bakım sonucu alınan puanlarda (sigara içmemeye yönelik, kolesterol ve kan basıncı düzeyi, kilo durumu, diyet, ilaç kullanımına, poliklinik, grup eğitimine uyum) deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 8).

Bakım sonucu alınan puanlar ile tanıtıcı özellikler arasındaki fark deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 17). Sigara

kullanımı, günde içilen sigara miktarı ve sigara içilen yıl bakım sonucu alınan puanları olumsuz yönde etkilemiş olup deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 17).

Çalışmanın sonunda birinci ve ikinci hipotez tamamen doğrulanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-Hastaların kliniğe ve hastalığa olan uyumunu kolaylaştırmak için planlı sağlık eğitimi hazırlanmalı ve eğitime hastanın infarktüsün akut dönemini atlattığı günden itibaren başlanmalıdır.

-Yapılan sağlık eğitimi hastaya olduğu kadar hastanın bakımına yardımcı olan diğer kişileri de kapsamalıdır.

-Yapılan hasta eğitiminin hastanın davranış kazanmasında etkili olması için daha uzun dönemlerde de hastaların takibinin yapılması gerekir.

-Hemşirelere, hasta eğitimin profesyonel hemşirenin sorumluluğu olduğu bilinci verilmeli ve hastalarını hastalıkları ile ilgili konularda bilgilendirmesi gerektiği öğretilmelidir.

-Sağlık ekibinin kendilerini yenilemek için zaman zaman hizmet içi eğitim programları yapılması gerekir. Bu nedenle kardiyoloji kliniklerinde çalışan hemşirelere miyokard infarktüsü, tedavisi ve rehabilitasyona yönelik eğitim verilmeli, hemşirelerin özel panel, sempozyum ve konferanslara katılımı sağlanmalıdır.

-Kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde bir eğitim hemşiresinin bulunması ve bu durumun hastane yönetimi tarafından desteklenmesi gerekir.

-Çalışmanın daha geniş sayıdaki hasta grubu ile değişik kardiyoloji kliniklerde tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Kalp Raporu 2000. Türk Kardiyoloji Derneği. İstanbul, Yenilik Basımevi, 2000: 11-25.
2. World Health Organization. The world health report 1999: Making a difference. Geneva: WHO, 1999.
3. Boersma H, Doornbos G, Boleember BP M, Wood D A, Kromhout D, Simons ML. Cardiovascular diseases in Europe, European registries of cardiovascular diseases and patient management, Eur Heart J, 1999; 93: 15-22.
4. American Heart Association: Heart and Stroke Facts: 1996. Statistical Supplement Dallas, Circulation, 1996; 90: 1-3.
5. Lawson-Matthew PJ, Wislson AT, Woodmansey PA, Channer KS. Unsatisfactory management of patients with myocardial infarction admitted to general medical wards, Heart, 1994; 24: 49-51.
6. Onat A. TEKHARF: Türk Erişkinlerinde kalp sağlığı, risk profili ve kalp hastalığı. İstanbul. Ohon Matbaacılık Ltd Şti, 2000.
7. Pell S, Fayerweather WE. Trends in the incidence of myocardial infarction and in associated mortality and morbidity in a large employed population, (1957-1983). N Engl J Med 1985; 312: 1005-1011.
8. Goldberg RJ, Gore JM, Alpert JS. Recent changes in attack and survival rates of acute myocardial infarction, (1975-1981): The Worcester Heart Attack Study. JAMA 1986; 255: 2774-2779.
9. Gomez-Marin O, Folsom AR, Kottke TE. improvement in long-term survival among patients hospitalized with acute myocardial infarction, 1970 to 1980: The Minnesota Heart Survey, N Eng J Med 1987; 316: 1353-1359.

- 10.Smith LK. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Medikal Tedavi, Sendrom Tıp Dergisi, 1993; 5: 68-72.
- 11.Turgay M. Koroner Arter Hastalıkları, Ankara, Aşama Matbaacılık, 1988: 27-35.
- 12.Erdoğan Ö. Miyokard infarktüsü tanısıyla hastaneye yatan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların bilgi düzeylerine ve tedaviye uyum durumlarına olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1994.
- 13.Copp G. Preoperative nursing visits. Nursing Times, 1989; 85: 31-62.
- 14.Karadeniz G. Standart Bakım Planı Örneği. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 1992: 43-51.
- 15.Owens FJ, Mc Cann SC, Hutelmeyer CM. Cardiac Rehabilitation: A Patient Education Programs, Nursing Research, 1989; 27: 3.
- 16.Akdemir N, Bedük T, Bostancıoğlu H. Hacettepe Üniversitesi erişkin hastanesi dahiliye servislerinden taburcu olan hastaların hastalıkları-tedavileri ve diyetlerine ilişkin bilgilerinin saptanması, I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Eylül 1988: 139-143.
- 17.Charlton MR. A Cardiac Rehabilitation Assesment Tool, Rehabilitation Nursing, 1993; 18: 2.
- 18.Chung KE, Tıghe AD. Kardiyovasküler Hastalıklar. İstanbul: CSA Eğitim İletişim Basım Organizasyon ve Danışmanlık Ltd. Şt., 1999: 80-81.
- 19.Nolan J, Greenwood J, Mackintosh A. Kardiyak Aciller. Çev: Tetikkurt C, İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd, 2000: 8-9.
- 20.Alson S. Koroner Kalp Hastalığı. Bilim ve Teknik Dergisi, C. XXV, 291, 1992: 40-42.

- 21.Fuster V, Badiman L, Badiman JJ, Chesebro JH. Coronary Arter Disease Progression and Acute Coronary Sendromes: N Engl J Med, 1992; 326: 242-50.
- 22.Fuster V, Stein B, Ambrose JA, Badiman JJ, Chesebro JH. Atherosclerotic plaque rupture and trombosis: envolving concepts, Circulation, 1990; 82: 11: 1147-1159.
- 23.Türk Kardiyoloji Derneği. Koroner arter hastalığı yaklaşım ve tedavi klavuzu, İstanbul: Türk Kardiyoloji Derneği, 1999.
- 24.Thelean LA, Urden LD, Logh ME, Stacy KM. Critical care nursing, diagnosis and management. St. Louis: Mosby, 1998.
- 25.Pehlivanođlu S. Akut miyokard infarktüsü ve koroner kalp hastalığının klinik epidemiyolojisi. Editör: Enar R, Kültürsay H, Öngen Z, Pelivanođlu S. MI Kulübü Akut Miyokard İnfarktüsü El Kitabı, İstanbul: Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret, 1998: 1-18.
- 26.Ertaş FS, Oral D. Akut miyokard infarktüsü. Ed: Candan İ, Oral D. Kardiyoloji. Ankara. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 2002, 690-728.
- 27.Casey PE, Morrissey A, Nolon EM. Ischemic heart disease, In: Kinney MR, Dunbar SB, Brunn JA, Molter N, Vitello-Ciciv JM. editors: AACN clinical reference for critical care nursing, St. Louis: Mosby, 1998: 319-79.
- 28.Dracaup K. Meltzer's intensive coronary care. Conecticut: Appleton & Lange, 1995: 72-76.
- 29.Monahan FD, Neighbors M. Medical-surgical nursing, Philadelphia: WB. Saunders, 1998: 38-40.
- 30.Alexander RW, Roberts R, Prott CM. Diagnosis and management of patients with acute myocardial infarction. In: Alexander RW, Schlant RC, Fuster V. eds. Hurst's The Heart, The Mc Graw-Hill Cmop, In; 1998: 1345-1435.

31. Pekcan G. Şişmanlık ve Saptama Yöntemleri, Sendrom Tıp Dergisi, 1993; 5: 4: 75-81.
32. Pehlivanoglu S. Akut koroner sendromlarda erken tanı ve risk stratifikasyonu Hekimler Birliđi Vakfı Türkiye Klinikleri. Kardiyoloji, 2002; 5: 4: 224-5.
33. Karakelleoglu Ş. Akut miyokard infarktüsünde hikaye ve fizik muayene. Ed: Enar R, Kültürsoy H, Öngen Z, Pehlivanoglu S. MI Kulübü akut miyokard infarktüsü el kitabı, İstanbul. Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret, 1998: 31-34.
34. Gunnar RM, Baurdillan PDV, Dixon DW, et al. ACC/AHA Guidelines for the early management of patients with acute myocardial infarction, Circulation, 1990; 82: 664-707.
35. Palokodeti V, Maisel A, Brown DL. Diagnosis of acute myocardial infarction In: Brown D L, ed: Cardiac intensive care. Philadelphia; WB Saunders; 1998: 123-131.
36. Hochman JS, Gersh BJ. Acute myocardial infarction: complications. In: Topol E J, ed: Text-book of Cardiovascular Medicine, Philadelphia, Lippincott-roven Publishers; 1997: 437-480.
37. Işık K. Acil Kalp Hastalıklarında Teşhis ve Tedavi, İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1986: 46-53.
38. Öbek A. İç Hastalıkları, Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 1989: 286-296.
39. Antman EM, Braunwold E. Acute myocardial infarction. In: Braunwald E, ed: Heart Disease: A. Text-book of cardiovascular Medicine, Philadelphia, Pa: WB Saunders Co Ltd; 1997: 1184-1288.
40. Reeder GS, Gersh BJ. Modern management of acute myocardial infarction, Curr Probl Cardiol 1996; 21: 585-668.
41. Murphy MJ, Berding CB. Use of measurements of myoglobin and cardiac troponins in the diagnosis of acute myocardial infarction, Crit Care nurse 1999, 19: 58-66.

- 42.Char DM, Israel E, Ladenson J. Early laboratory indicators of acute myocardial infarction. *Emerg Med Clin North Am* 1998, 16: 519-39.
- 43.Brown N, Young T, Gray D, et al. In patient deaths from acute myocardial infarction 1982-1992; analysis of data in the Nottingham heart attack register, *Br Med J*, 1997; 315: 159-164.
- 44.Hennekens CH, Dyken ML, Fuster V. Aspirin as a therapeutic agent in cardiovascular disease. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 1997; 96: 2751.
- 45.Ikonomidis I, Andreotti F, Economov E. et al. Increased proinflammatory cytokines in patients with chronic stable angina and their reduction by aspirin. *Circulation* 1999; 100: 793.
- 46.Kayaalp SO. *Tıbbi Farmakoloji*, Ankara, 1992: 1187-1215.
- 47.Frushman WH. Beta-Adrenergic Blocking drugs. *ACC Current Journal Review* 1997; 6: 23.
- 48.Ergin K. Diabetik Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Bir Eğitim Planı Örneği, *H.Y.O Dergisi*, 4, 2, (1988), 15-27.
- 49.Çam F. Tüberkülozlu hastaların tedaviye uyum durumları ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 1989.
- 50.Akyol A. Hemodiyalize giren hastalarda yaşam kalitesinin saptanması ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımlarının etkisinin karşılaştırılması, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir, 1992.
- 51.Cameron K, Gregor F. Chronic Illness and Compliance, *Jour Adv Nurs*, 1987; 12: 671-676.

52. Miller SP, Wikoff Ry Garrett MJ, Mc Mahon M, Smith T. Regimen Compliance Two Years After Myocardial Infarction, *Nursing Research*, 1990; 6: 333-6.
53. Powers M. Rehabilitating Heart Patients, *Nursing Times*, 1987; 14: 8-14.
54. Dereli N. İlk kez kalıcı pacemaker yerleştirilen hastaların uygulanan programlanmış eğitimin hastanın anksiyete düzeyine olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 1992.
55. Özcan A. Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim, İzmir, Saray Tıp Kitabevleri, 1996: 35-41.
56. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik Kitabı. Ankara, Şahin Matbaası, 1997.
57. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd, 1994.
58. Tokem Y, Bahar Z, Özcan A. Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim programının bakım sonuçlarına etkisi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Erzurum, 1999: 395-402.
59. Öztunç G. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin hastalıklarına uyumlarını etkileyen faktörler ve uyumlarına sağlık eğitiminin etkisinin incelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 1990.
60. Conn VS, Taylor GS, Casoy B. Cardiac Rehabilitation Program Participation and Outcomes After Myocardial Infarction. *Rehabilitation Nursing*, 1992; 17: 2, 58-62.
61. Aish A, Isenberg M. Effects of Orem-Based Nursing Intervention on Nutritional Self-Care of Myocardial Infarction Patients-Internal. *Journal of Nursing Studies*. 1996; 33: 259-270.

EKLER**EK I****Veri Toplama Formu****Denek No:****Adı Soyadı:****Adres:****Telefon No:****1. Yaşınız:**

1.42-52

2.53-63

3.64-74

4.75 yaş ve üzeri

2.Cinsiyetiniz:

1.Kadın

2.Erkek

3.Medeni durumunuz:

1.Evli

2.Bekar

4.Eğitim durumunuz:

1.Okur-yazar

2.İlkokul mezunu

3.Lise mezunu

5.Mesleğiniz:

1.Ev kadını

2.Emekli

3.memur

4.İşçi

5.Serbest meslek

6.Sosyal güvence durumunuz:

1.Emekli Sandığı

2.Bağ-Kur

3.Yeşil-kart

4.SSK

7.Ailenizin gelir durumu nasıl:**8.Boyunuz:**

Kilonuz:

Vücut Kitle İndeksi: (Araştırmaca tarafından hesaplanacak)

9.Hastanın kilosuna göre durumu:

- 1.Normal kilolu 2.Fazla kilolu 3.Obez

10.Kolesterol düzeyi: (Araştırmacı tarafından dosyadan bakılacak)

1.240mg/dl'nin üzerinde

2.200-240mg/dl arasında

3.200mg/dl'nin altında

11.Kan basıncı: (Araştırmacı tarafından ölçülecek)

1.160/90mmHg'nin üzerinde

2.160/90mmHg-140/90mm arasında

3.140/90mmHg'nin altında

12.Miyokard infarktüsü geçirmeden önce sigara kullanıyor muydunuz?

1.Evet (13. ve 14. sorulara geçiniz)

2.Bıraktım (15. soruya geçiniz)

3.Hiç içmedim (15. soruya geçiniz)

13.Günde kaç tane sigara içiyordunuz?

1.11-19 Adet 2.20-39 Adet 3.40 Adet ve üzeri

14.Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

1.1-4 yıl 2.5-10 yıl 3.11 yıl ve üzeri

15.Miyokard infarktüsü geçirmeden önce alkol kullanıyor muydunuz?

1.Evet (16. soruya geçiniz)

2.Bıraktım (18. soruya geçiniz)

3.Hiç içmedim (18. soruya geçiniz)

16.Günde kaç double alkol kullanıyordunuz?

1.Arada bir 2.Her gün bir dubleden az

3.Hergün 1-3 double 4.Hergün 4 double ve üzeri

17.Kaç yıldır alkol kullanıyorsunuz?

1.1 yıldan az 2.1-4 yıl 3.5-10 yıl 4.11 yıl ve üzeri

18.Hastanın hastanede yattığı süre içinde başka bir hastalığı var mı?

19.Hastalığınız konusunda daha önce bilgi aldınız mı?

1.Evet (20. soruya geçiniz)

2.Hayır

20Hangi kaynak ve kişilerden bilgi aldınız?

1.Dergi

2.Broşür-kitap

3.Hekim

4.Hemşire-sağlık memuru



EK II**Bakım Sonucu Değerlendirme Formu**

1.Taburcu olduktan sonra sigara içme alışkanlığınızda bir değişiklik oldu mu?

- 1.Sigara içmeyi bıraktım.
- 2.Sigara içmeyi azalttım.
- 3.Sigara içmeyi artırdım.

2.Taburcu olduktan sonraki kolesterol düzeyi.

- 1.200mg/dl'nin altında
- 2.200-240mg/dl'nin arasında
- 3.240mg/dl'nin üzerinde

3.Taburcu olduktan sonraki kilo durumu.

- 1.Azalmış
- 2.Aynı
- 3.Artmış.

4.Taburcu olduktan sonraki kan basıncı durumu.

- 1.140/90mmHg'nin altında
- 2.140/90-160/90mmHg arasında
- 3.160/90mmHg'nin üzerinde

5.Taburcu olduktan sonraki diyeteye uyum durumu.

- 1.Düzenli uyuyor
- 2.Kısmen
- 3.Uymuyor

6.Taburcu olduktan sonraki ilaç kullanım durumu.

- 1.Düzenli kullanıyor
- 2.Aksatıyor
- 3.Kullanmıyor

7.Poliklinik kontrollerine uyum:

- 1.Kontrollere düzenli olarak geliyor
- 2.Kontrolleri aksatıyor
- 3.Kontrollere gelmiyor

8.Grup eğitimine katılımı:

- 1.İki kez katıldı
- 2.Bir kez katıldı
- 3.Hiç katılmadı.



EK III

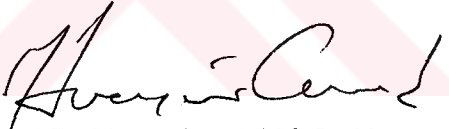
T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ SÜLEYMAN DEMİREL TIP MERKEZİ
AZİZİYE – YAKUTİYE ARAŞTIRMA HASTANELERİ

Sayı :B.30.2.ATA.0.1H.01.17/ 189
BÖLÜMÜ :Kardiyoloji Anabilim Dalı
KONU :Seyhan ÇITLIK

01.09.2003

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapan Seyhan ÇITLIK'ın "Miyokard İnfaktüsü Geçiren Hastalara Verilen Sağlık Eğitiminin Bakım Sonuçlarına Etkisi " adlı tez konusunda Kardiyoloji Kliniğinde veri toplamasına izin verilmiştir.


Prof.Dr.Hüseyin ŞENOCAK
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

EK IV

