



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ TEMELLİ EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

AYNUR KAYNAR ŞİMŞEK

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. ŞULE ECEVİT ALPAR

2020-İSTANBUL

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmemiş bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Aynur KAYNAR ŞİMŞEK

17.08.2020

Aynur

TEŞEKKÜR

Tüm doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, çalışmalarında her türlü kolaylığı ve desteği sağlayan değerli hocam danışmanım Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'a; tez izleme kurulunda yer alan, tezimin her aşamasında enğin fikirlerinden ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Ükke KARABACAK'a ve Prof. Dr. Sıdika OĞUZ'a; tez savunma sınavımda değerli bilgilerini esirgemeyen Prof. Dr. Leman ŞENTURAN'a ve Dr. Öğretim Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK'a; araştırmanın yürütülmesinde değerli fikirleri ve yardımlarıyla yanımda olan Dr. Öğretim Üyesi Gülten KARAHAN OKUROĞLU'na ve Dr. Öğretim Üyesi Nuray ŞAHİN ORAK'a; araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan “ Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi” Kardiyoloji Kliniği Şefi Prof. Dr. Bülent MUTLU'ya ve kardiyoloji kliniğinde çalışan sağlık profesyonellerine; gösterdikleri işbirliği nedeniyle araştırmaya katılan tüm hastalarım; hayatımın her döneminde yanımda olan ve bana daima destekleyen annem Satı KAYNAR, babam Ali KAYNAR ve eşim Tahsin ŞİMŞEK'e en içten duygularıyla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aynur KAYNAR ŞİMŞEK

İÇİNDEKİLER

1.ÖZET

2. SUMMARY

3. GİRİŞ ve AMAÇ

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Akut Koroner Sendrom

4.1.1. Akut koroner sendromun fizyopatolojisi

4.1.2. Akut koroner sendromda tanı

4.1.2.1. Klinik özellikleri

4.1.2.2. Elektrokardiyogram

4.1.2.3. Kardiyak biyobelirteçler

4.1.3. Akut koroner sendromun klinik türleri

4.1.3.1. Karasız anjina

4.1.2.2. ST- Segment elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü

4.1.2.3. ST- Segment elevasyonu olan miyokart infarktüsü

4.1.4. Akut koroner sendromda tedavi yaklaşımı

4.1.4.1. ST segment elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü ve unstabil anjinada tedavi yaklaşımı

4.1.4.1.1. Anti-iskemik ilaçlar

4.1.4.1.2. Antitrombotik İlaçlar

4.1.4.1.3. Antikoagülan ilaçlar

4.1.4.1. 4. Lipit düşürücü ilaçlar

4.1.5. Akut koroner sendromda yaşam tarzı değişikliği

4.1.5.1. Sigaranın bırakılması

4.1.5.2. Sağlıklı beslenme

4.1.5.3. Kilo kontrolü ve normal kilonun korunması

4.1.5.4. Egzersiz ve fiziksel aktivite

4.1.5.5. Kan basıncı kontrolü

4.1.5.6. Psiko-sosyal stres

4.1.5.7. İlaça uyumun artırılması

4.1.6. Yaşam tarzı değişikliğinin kazandırılmasında uygulanacak yöntemler

4.2. Sağlığı Geliştirme Modeli

4.2.1. Modelin felsefi temeli

4.2.3. Modelin teorik temeli

4.2.4. Modelin temel kavramları

4.2.4.1. Bireysel özellikler ve deneyimler

4.2.4.2. Davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkiler

4.2.4.3. Davranış çıktısı

4.2.4.4. Modelin kullanımı

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

5.2. Araştırmanın Değişkenleri

5.2.1. Bağımsız değişkenler

5.2.2. Bağımlı değişkenler

5.3. Araştırmanın Hipotezleri

5.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

5.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

5.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

5.7. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

5.8. Veri Toplama Araçları

5.8.1. Hasta izlem formu

5.8.2. İlaça uyum hakkında inançlar ölçeği

5.8.3. Genel öz-yeterlik ölçeği

5.8.4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-2

5.8.5. Kontrol izlem formu

5.8.6. Eğitim Kitapçığı ve Eğitim Sunumu

5.9. Araştırmanın Uygulanması

5.9.1. Veri kayıpları

5.10. Sağlığı Geliştirme Eğitimi

5.10.1. Sağlığı geliştirme eğitiminde Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenleri

- 5.10.1.1. Bireysel özellikler ve deneyimler
- 5.10.1.2. Davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkiler
- 5.10.2. Sağlığı geliştirme eğitiminin akışı
- 5.11. Araştırmanın Etik Boyutu
- 5.12. Araştırmanın İstatistiksel Analizi
- 5.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

6. BULGULAR

- 6.1. Demografik Özelliklerle İlişkin Bulgular
- 6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulgular
- 6.3. İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeğine İlişkin Bulgular
- 6.4. Genel Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular
- 6.5. Sigara Ve Alkol Kullanım Durumlarına İlişkin Bulgular
- 6.6. Beden Kitle İndeksine İlişkin Bulgular
- 6.7. Kan Lipit Düzeylerine İlişkin Bulgular
- 6.8. Tekrar Hastaneye Yatma ve Tekrar Perkütan Koroner Girişim Uygulanma Durumlarına İlişkin Bulgular

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

- 7.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması
- 7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 7.3. İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 7.4. Genel Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 7.5. Sigara Ve Alkol Kullanım Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
- 7.6. Beden Kitle İndekslerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 7.7. Kan Lipit Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- 7.8. Tekrar Hastaneye Yatma ve Tekrar Perkütan Koroner Girişim Uygulanma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması Şeklindedir.

8. KAYNAKLAR

9. EKLER

10. ÖZGEÇMİŞ

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Anjina Tipleri

Tablo 2. ST-Segment Elevasyonu Olmayan Miyokart İnfarktüsü ve Karasız Anjinada Risk Kriterleri

Tablo 3. Reperfüzyon Tedavisine İlişkin Öneriler

Tablo 4. SYBDÖ-2'nin Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Alınabilecek Puanlar (Minimum-Maksimum)

Tablo 5. Verilerin Toplanma Yöntemi

Tablo 6. Eğitim Planı

Tablo 7. Sağlıklı Geliştirme Eğitimi Konu İçeriği

Tablo 8. Sağlıklı Geliştirme Eğitiminin Öğrenim Hedefleri ve Öğrenim Alanları

Tablo 9. Grupların Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Tablo 10. Grupların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2'den Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 11. Grupların İlaç Uyum Hakkında İnançlar Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 12. Grupların Genel Öz-Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13. Grupların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14. Grupların Beden Kitle İndeksleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 15. Grupların Kan Lipit Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Tablo 16. Grupların Tekrar Hastaneye Yatma ve Tekrar Peruktan Koroner Girişim Uygulanma Durumları Açısından Karşılaştırılması

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil. 1. Akut Koroner Sendromun Klinik Türleri

Şekil 2. ST-Segment Elevasyonu Olan Miyokart İnfarktüsü İle Başvuran Hastaların Reperfüzyon Stratejisi Seçimi

Şekil 3. Nola J. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Temel Kavramları

Şekil 4. Araştırmanın Uygulanması

Şekil 5. Araştırma Dışı Bırakılan Ve Araştırmaya Dahil Edilen Hasta Sayısı

Şekil 6. Veri Kayıpları

Şekil 7. Sağlığı Geliştirme Eğitiminin Akış Şeması

RESİMLER LİSTESİ

Resim 1. Sağlığı Geliştirme Eğitimi

Resim 2. Sağlığı Geliştirme Eğitimi



KISALTMALAR LİSTESİ

AKS: Akut Koroner Sendrom

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DM: Diyabetes Mellitus

EKG: Elektrokardiyografi

ESC: Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology)

GÖYÖ: Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği

HT: Hipertansiyon

İUHIÖ: İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği

KVH: Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

NSTEMI: ST-segment elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü

PKG: Perkutan Koroner Girişim

SGE: Sağlığı Geliştirme Eğitimi

SGM: Sağlığı Geliştirme Modeli

STEMI: ST-segment elevasyonu olan miyokart infarktüsü

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBDÖ-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğin -2

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

UA: Karasız anjina

MI: Miyokart İnfarktüsü

1. ÖZET

Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği

Öğrenci Adı: Aynur Kaynar ŞİMŞEK

Danışman Adı: Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Amaç: Bu araştırma akut koroner sendrom geçiren hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitiminin; hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanma durumu, ilaca uyumu ve öz yeterliliği üzerine etkisini incelemek amacıyla ön-test son-test kontrol gruplu deneysel araştırma tipinde yapıldı.

Gereç ve yöntem: Araştırma bir üniversite hastanesinin kardiyoloji kliniğinde AKS tanısı ile yatan 101 hastada Ağustos 2018- Kasım 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Veriler Hasta izlem Formu, Sağlıklı Yaşam biçimi Davranış Ölçeği-2 (SYBDÖ-2), Genel Öz-yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ), İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği (İUHİÖ) ve Kontrol İzlem Formu kullanılarak toplandı. Kontrol grubundaki hastalara rutin prosedürler uygulanırken, deney grubundaki hastalara sağlığı geliştirme eğitimi verildi.

Bulgular: İlk izlemde kontrol grubunun SYBDÖ-2 puanı deney grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$), GÖYÖ ve İUHİÖ yarar algısı alt boyutu puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Son izlem verilerinde ise deney grubunun SYBDÖ-2, İUHİÖ yarar alt boyutu ve GÖYÖ puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında son izlemde deney grubunun SYBDÖ-2 ve İUHİÖ yarar algısı puanının anlamlı derecede arttığı ($p<0,050$); kontrol grubunun ise İUHİÖ engel algısı alt boyutu puanının artarak ($p=0,149$) ilaca uyumunun azaldığı ve GÖYÖ puanının düştüğü ($p=0,001$) tespit edildi.

Sonuç: Sağlığı geliştirme eğitimi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada, ilaca uyumu ve öz yeterlilik düzeyini artırmada etkin bir yöntem olarak bulundu.

Anahtar kelimeler: akut koroner sendrom, sekonder koruma, sağlığın geliştirilmesi, yaşam tarzı değişikliği, hasta eğitimi

2. SUMMARY

Effectiveness of Health Promotion Model-Based Training in Acute Coronary Syndrome Patients

Student Name: Aynur Kaynar ŞİMŞEK

Name of Supervisor: Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

Objective: This study was conducted with a pretest-posttest control group experimental design for the purpose of examining the effects of a health promotion training prepared based on the Health Promotion Model on the patient's status of gaining healthy lifestyle behaviors, medication compliance and self-efficacy.

Material and Method: The study was carried out with 101 patients diagnosed with ACS receiving treatment at the cardiology clinic between August 2018 and November 2019. The data were collected by using a Patient Monitoring Form, Health Promoting Lifestyle Profile-2 (HPLP-2), General Self-Efficacy Scale (GSE), Beliefs about Medication Compliance Scale (BMCS) and a Follow-up Monitoring Form. While the patients in the control group received routine procedures, health promotion training was given to the patients in the experiment group.

Results: In the first monitoring data, the HPLP-2 scores of the control group were found to be significantly higher than those of the experiment group ($p=0,000$), whereas there was no significant difference between the groups in terms of the GSES and BMCS scores ($p>0,05$). According to the final follow up data, the HLBS-2, BMCS benefit perception dimension and GSES scores of the experiment group were significantly higher in comparison to those in the control group ($p<0,05$).

In the intragroup comparisons, it was determined that the HLBS-2 and BMCS benefit perception dimension scores of the experiment group increased significantly ($p<0,05$), while the BMCS barrier perception dimension score of the control group increased ($p=0,149$), its medication compliance decreased, and GSES score was reduced ($p=0,001$).

Conclusion: The health promotion training was found to be an effective method in providing healthy lifestyle behaviors and increasing medication compliance and self-efficacy levels.

Keywords: acute coronary syndrome, secondary protection, health promotion, lifestyle change, patient education

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir ve prevalansı giderek artmaktadır (Emik ve Önal, 2019; Buğan ve Çelik, 2014; Perk ve ark., 2012; Kurçer ve Özbay, 2011). Ülkemizde de durum benzerdir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 da yayımlanan ölüm nedenleri istatistikleri raporunda, Türkiye’de ölüm vakalarının ilk sırasında %38,4 ile dolaşım sistemine bağlı ölümler bulunmaktadır. Bu ölümlerin ise birinci sırasında %39,7 ile iskemik kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin yer aldığı bildirilmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> Erişim Tarihi: 22.11.2019). Dünya sağlığını tehdit eden KVH’nin, kontrol edilemeyen ve kontrol edilebilen risk faktörleri tanımlanmıştır. Kontrol edilemeyen risk faktörleri; cinsiyet, yaş ve genetik faktörlerdir. Kontrol edilebilen risk faktörleri ise; sigara kullanımı, obezite, yetersiz fiziksel aktivite, hipertansiyon (HT), kan lipid seviyesinde bozulma ve diyabetes mellitustur (DM) (Knuuti ve ark., 2020; Onat ve ark., 2017; Koplay ve Erol, 2015).

Ülkemizde 1990 yılında başlatılan ve 26 yıllık sonuçların ele alındığı Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) verilerine göre; yılda 300 000 yeni ve yeniden koroner olay sonucu yaklaşık 95 000 ölümün meydana geldiği, bu değerin ani kalp krizi ve akut koroner sendrom (AKS)da bir yıllık mortalite olarak %32’ye karşılık geldiği bildirilmiştir. Bu vakaların yaklaşık 55 000’inin hastane dışında aniden, 40 000’inin de, başta acil serviste olmak üzere, hastaneden taburu edilene kadar oluştuğu tahmin edilmektedir (Onat ve ark., 2017).

TEKHARF araştırmasının sonuçları ülkemizde risk faktörlerinin durumunu açıkça ortaya sermiştir. Araştırmanın verilerine göre (Onat ve ark., 2017);

- TEK HARF 1990 yılı ilk taramasında, ülkemizde 35-64 yaş grubunda ortalama total kolesterol düzeyi erkekte 185 mg/dL, kadında 192 mg/dL bulunmuştur. Total kolesterol düzeyinin >200 mg/dL olması hiperkolesterolemi olarak kabul edildiğinde, erişkin yaş grubunda her dört kişiden biri hiperkolesterolemi düzeyinde kabul edilir. 2001/02 yılı taramasında ortalama kolesterol düzeyi erkeklerde 186 mg/dL, kadınlarda 195 mg/dL bulunmuş ve 1990 yılı taramasına göre artış göstermiştir.

- 1990 yılı taramasında ortalama trigliserit düzeyi erkeklerde 147,7 mg/dL, kadınlarda 122,6 mg/dL bulunurken, erkeklerin %39,6'sında, kadınların %29,2'sinde 150 mg/dL sınır değerine göre hipertrigliseridemi vardır. 2001/02 yılı taramasında on yılda erkeklerde 4 mg, kadınlarda 12,8 mg artış saptanmıştır.
- 2001/02 taramasında düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) erkekte 114,6 mg/dL, kadında 122,4 mg/dL bulunmuştur.
- Buna karşın, Türkiye'de tedavi almakta olan dislipidemik hastalarda total kolesterol ve LDL kolesterolün kontrol altına alınma oranı %30,4'tür. Bu rakamlar, tedavi almakta olan dislipidemik hastalarda genel bir tedavi yetersizliği sorunu olduğunu göstermektedir.
- 1990 yılı taramasında 30 yaşını aşkın erişkin erkeklerin %59,4'ünün, kadınların %18,9'unun sigara kullandığı bildirilmiştir. 2001/02 taramasında ise sigara kullanan erkeklerin oranı %18'e kadar azalmışken, sigara kullanan kadınların oranı %15 kadar artmıştır. Sigara kullanımında erkeklerde azalma, kadında artma eğilimi gözlenmiştir.

Kardiyovasküler hastalıklarda önemli bir risk faktörü olan hipertansiyonla ilgili veriler ise Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasıyla 2003 (PatenT - Prevalence, Awareness and Treatment of Hypertension in Turkey) ve 2012 (Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Adults with Chronic Kidney Disease in Turkey: Results from the Credit Study) yıllarında elde edilmiştir. Paten T, ülkemizde HT sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kontrol oranları konusunda yapılan önemli çalışmalardan biridir. Bu çalışmada, 2012 yılı için ülkemizde HT farkındalığı %54,7, tedavi oranı %47,4 ve antihipertansif tedavi almakta olanlarda kontrol oranı %28,7 bulunmuştur. Paten T verileri doğrultusunda HT'nin, Türkiye'de genel olarak yönetilen ancak yetersiz şekilde yönetilen bir sağlık sorunu olduğunu bildirilmiştir (Sengul ve ark., 2016).

Bir diğer risk faktörü olan diyabetle ilgili önemli veriler, Türk Diyabet Çalışması TURDEP-I (1997/1998) ve TURDEP II (2010) ile elde edilmiştir. TURDEP-I'den itibaren geçen 12 yıllık süreçte erişkin nüfusumuzda; kadınlarda kilonun 6 kg, bel çevresinin 6 cm, kalça çevresinin 7 cm; erkeklerde ise kilonun 8 kg, bel çevresinin 7 cm, kalça çevresinin 2 cm arttığı tespit edilmiştir. TURDEP I'de obezite sıklığı %22

iken, 12 yılda obezite de %44 artış olduğu görülmektedir. Erişkin yaş grubumuzun yaklaşık üçte biri obezdir. Sonuç olarak 1998'de yapılan TURDEP-I'e göre, TURDEP-II çalışmasında Türkiye'de 12 yılda diyabet sıklığı %90, obezite ise %44 artmıştır (Satman ve ark., 2013).

Böyle bir popülasyonda, fiziksel fonksiyonların korunması, genel sağlık durumunun yükseltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması, sekonder koroner olayların ve yeniden hastaneye yatışların önlenmesi tedavinin en önemli hedefleridir ve sistematik bir yaklaşım gerektirir (Sevinç, 2016; Sarkar ve ark., 2007).

Özellikle AKS sonrası hayatta kalan bireylerde sekonder koruma yöntemleri hayati önem taşımaktadır (Sevinç, 2016). Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology-ESC) Klinik Uygulamalarda Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesine İlişkin 2016 Kılavuzu'nda sekonder korumaya yönelik önerileri anti-iskemik, antitrombotik, antikoagülan ve lipid düşürücü gibi ilaçların başlanması yanında; ilaç kullanımına uyumun artırılması, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivitenin artırılması, kilonun, yüksek kan basıncının, kan lipid değerlerinin, kan glikoz düzeyinin kontrolünün sağlanması ve sağlıklı beslenmenin sürdürülmesi olan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) kazandırılması şeklindedir (Piepoli ve ark., 2016). Oysa ülkemizde AKS geçiren hastalar tedavi ve ihtiyaç duyduğu bakım hizmetini ancak hastane ortamında almakta ve sözel olarak standart bilgiler verilerek taburcu edilmektedirler (Sevinç, 2016). Ancak hastanın yeni koşula uyum sağlayabilmesi için bilgiye ve desteğe ihtiyacı vardır. İhtiyaç duyduğu bilgi karşılanmadan ev koşullarında kendi kaderlerine terk edilen hasta, bireysel risk faktörlerine göre yaşam biçimini yeniden düzenleyememekte, karmaşık ilaç tedavisine devam etmekte yetersiz kalmaktadır. Sonuç olarak, birey kısa süre sonra gelişen bir infarktüs ya da komplikasyon nedeniyle yeniden hastaneye yatmakta, revaskülarizasyona ihtiyaç duymakta ya da yaşamını kaybetmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve ilaca uyumun artırılmasında, kişilerin gelişmiş bir öz-yeterlilik algılarının olması ve bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (Kavradım ve Özer, 2018; Sevinç, 2016). Öz-yeterlilik bir kişinin belli bir bağlamda istenen sonuçları doğurabilecek gerekli davranışları başarılı bir biçimde yapabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (Pender ve ark., 2015; Aypay, 2010). Öz-yeterlilik derecesi kişinin SYBD'nı gösterme ve kendi hastalığıyla ilgili

aktif sorumluluk alma durumunu etkilemektedir (Kavradım ve özer, 2018; Pender ve ark.,2015; Brink, 2012).

Koroner arter hastalıklarında (KAH) öz-yeterlilik derecesinin akut dönemde iyileşme ve yaşam kalitesi üzerinde önemli role sahip olduğu bildirilmiş (Kara ve Yılmaz, 2020); düşük öz-yeterlilik ile kötü sağlık durumu, hastalığın ciddiyeti, düşük yaşam kalitesi ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Sarkar ve ark., 2007; Fors ve ark., 2014). Ancak hastaların kendi sağlık durumlarının ve risk faktörlerinin farkında olup, bunlara yönelik SYBD’ni kazanması bireylerin ya da yakınlarının kolaylıkla baş edebilecekleri bir konu değildir. Bu nedenle, bilgiye yoğun gereksinim ve ilgi duyulan AKS sonrası iyileşme döneminde hastalara eğitim verilerek öz-yeterliliklerinin artırılması ve bilgi eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir (Knuuti ve ark.,2020; Kavradım ve Özer, 2018; Sevinç, 2016). Hiç kuşkusuz ki bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya, geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve SYBD kazandırmaya yönelik eğitim vermek, hemşirenin temel rollerindendir (Pender ve ark.,2015; Taylan ve ark., 2012). Kardiyak rehabilitasyonda da hayati önemi olan hasta eğitimi; gerekli davranış değişikliklerini oluşturmak ve sağlığı geliştirmek için planlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir (Kavradım ve Özer, 2018; Alkan, 2016).

Hemşirelik literatüründe hasta eğitimi konusu incelendiğinde, hasta eğitiminin gerekliliğini, yararını bildiren makaleler, materyal sunumu ve belli bir hastalıkla ilgili eğitim programlarına yönelik çalışmalara rastlanmıştır (Piepoli ve ark., 2016; Kurçer ve Özbay, 2011; Öztürk ve ark., 2011; Babacan ve Alıcı, 2008; Wood ve ark.,2008). Harlan ve ark., (2002), kalp yetmezliği olan hastalarda eğitim ve danışmanlık hizmetinin klinik semptomları azalttığı ve hastane masraflarını düşürdüğünü belirtmiştir. Kurçer ve Özbay (2011), KAH’ta uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisini inceledikleri çalışmalarında, yaşam tarzı değişikliği eğitim ve danışmanlık müdahalesinin, risk faktörlerini azalttığı ve buna bağlı olarak yaşam kalitesini arttırdığını bildirmişlerdir. Sigara ve alkole yönelik tek seanslık müdahalelerin ise yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Brink (2012) miyokart infarktüsü (MI) sonrası öz yeterlilik ve sağlık durumuna bağlı yaşam kalitesini incelediği araştırmasında; öz yeterlilik, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam davranışlarını gösterme durumları arasında anlamlı ilişki bulmuş ve hastaların öz yeterliliklerinin artırılması için hasta merkezli eğitim verilmesini önermiştir.

Kara ve Yılmaz (2020) açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptıkları araştırmada, hastaların öz etkililik düzeyi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu, hastaların ilaç uyumunun ise düşük olduğunu bildirmişlerdir. Sonuç olarak, hemşirelerin hastalara öz etkililik/yeterlilik düzeylerini, ilaç uyumunu ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik sürekli eğitim ve danışmanlık hizmetlerini vermesini önermişlerdir. John ve Wheeler (2009), kadın kalp hastalarına verilen eğitimle sağlık giderlerinin düşürüldüğünü bildirmişlerdir. Hanssen ve arkadaşlarının (2007) kalp hastalarında yaptıkları araştırmada ise, hemşire tarafından yapılan sistematik telefon görüşmelerinde verilen danışmanlık hizmetinin kalp hastalarında yaşam kalitesini artırdığını bildirilmiştir.

Bu araştırmaların aksine KAH'ta yapılan eğitimlerin hasta sağaltımında etkisiz kaldığını bildiren araştırmalar da bulunmaktadır. Brown ve ark. (2011); Anderson ve ark. (2017), literatür taraması şeklinde yaptıkları araştırmalarında KAH olan bireylerde yapılan hasta eğitiminin mortaliteyi ve morbiditeyi, revaskülerizasyonu ve hastaneye tekrar yatışları azalttığına dair güçlü kanıtların olmadığını bildirmişlerdir. Brown ve ark. (2011), eğitimsel müdahalelerin kalp hastalıkları için yararlı olduğunu ancak, en etkin ve uygun maliyetli formatı, süresini, zamanlamasını ve eğitim sunma yöntemlerini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu bildirmişlerdir. Eğitimin, egzersiz ve psikolojik faktörleri de içine alacak şekilde kapsamlı olarak hazırlanmasını, sadece hastanın rahat anlayacağı bilgileri değil aynı zamanda bilimsel olarak gerekli görülen bilgileri de içermesini önermişlerdir. Anderson ve ark. (2017) araştırmalarında, eğitsel içeriği sunmak için farklı yöntem ve yaklaşımların maliyet ve etkinliğinin karşılaştırılmasını önermişlerdir. Ebrahim ve ark. (2011), literatür taraması şeklinde yaptıkları araştırmalarında ise davranış değişikliği amaçlayarak yapılan danışmanlık ve eğitim programlarının KAH'ın genel popülasyonunda mortalite ve klinik olayları azalttığına dair yeterli kanıtlar bulunmadığını bildirmişlerdir. Yapılan hasta eğitimi ve danışmanlığın genel popülasyonda risk faktörlerini ve mortaliteyi azaltmada etkisiz kaldığını, bu konuda daha derinlemesine araştırmalara gereksinim olduğunu belirtmişlerdir.

Eğitimin hasta sağaltımındaki yeri bu denli tartışılmazken (Babacan ve Alıcı, 2008), klinikte uygulanan hasta eğitimi konusunda literatürde kısıtlı sayıda araştırma ve eğitimin etkinliği konusunda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır. Ayrıca ülkemizde hasta

eğitiminin hala sistemli ve planlı olarak yürütülmediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Gürlek ve Yavuz, 2013; Orgun ve Şen, 2012; Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Oysa hasta eğitimi yalnızca teknik bir uygulama değildir. Aynı zamanda amaçlar ve değerler bütünüdür. Kendine özgü felsefesi vardır ve amaç davranış değişikliği yapmaktır. Davranış değişikliği geliştirebilmesi için ise sistemli ve planlı bir uygulama gereklidir (Pender ve ark., 2015; Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Çünkü farklı etmenler farklı davranış ve tutumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu etmenlerin bilinmesi ve bu doğrultuda girişimlerin planlanması için bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, modellerle açıklanmıştır (Pender ve ark., 2015; Çövenner ve Ocakçı, 2013). Hemşireliğin bilimsel bilgi içeriğinin önemli bir bileşeni olan model/ kuramlar, hemşireliğin her aşamasında yol gösterici olduğu gibi hasta eğitiminde de rehber olarak kullanılmaktadır (Altundağ, 2016; Pender ve ark., 2015).

Nola Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM), sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarının açıklanmasında kullanılan modellerden biridir. Model, herhangi bir hastalık ya da sakatlığı önlemeye yönelik olmayıp, sağlığın geliştirilmesi başka bir ifade ile bireyin genel sağlık ve iyilik durumunun daha da yükseltilmesini amaçlamaktadır (Pender ve ark.,2015; Sakraida, 2014; Çövenner ve Ocakçı, 2013). Araştırmalar için veri toplama aracı olarak, klinik uygulamalarda ve sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan eğitimlerde rehber olarak kullanılmaktadır (Pender ve ark., 2015; Sakraida, 2014; Çövenner, 2013).

Çeşitli kronik hastalıklarda SGM temel alınarak hazırlanan eğitimlerin sağlık davranışlarını geliştirmede etkili olduğu bildirilmiştir. Ersin ve Bahar (2017), SGM'ye dayalı hazırlanan hasta eğitiminin göğüs ve serviks kanseri erken teşhis davranışlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında, hastaların eğitim sonrası olumlu davranış değişikliği geliştirdiğini bildirmişlerdir. Çövenner (2012), diyabet eğitiminin satandarize edilmesi amacıyla yaptığı çalışmasında, SGM'ye temellendirilerek Tıp I diyabet yönetim modeli oluşturmuştur. Adıbelli (2014), kadınlarda SGM'ye dayalı verilen eğitimin kardiyovasküler risk faktörlerine ve bilgi düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, eğitimin risk faktörlerini azaltmada ve KAH'a yönelik bilgiyi artırmada etkili olduğunu bildirmiştir. Bu bulgular doğrultusunda KAH risk faktörlerini azaltmak için eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesini önermiştir.

Bu araştırma, akut koroner sendrom geçiren hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitiminin; hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma durumu, ilaca uyumu ve öz yeterliliği üzerine etkisini incelemek amacıyla ön-test son-test kontrol gruplu deneysel araştırma tipinde yapıldı.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Akut Koroner Sendrom

Akut miyokart iskemisi sonucu gelişen klinik semptomların tamamı AKS olarak adlandırılır (Ibanez ve ark., 2018; Yağlı ve ark., 2015; Meriç, 2012; Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009) ve temel nedeni aterosklerozdur. Ateroskleroz genellikle KAH'a yol açsa da koroner damarlarda gelişen tıkalıcı lezyonlar; miyokarta akut iskemiyeye neden olabilmektedir (Knuuti ve ark., 2020; Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009). Bir ya da daha fazla yırtılmış veya aşınmış aterosklerotik koroner plak (hassas plak) akut trombozu tetikler. Akut tromboz vazokonstriksiyonla birlikte veya yalnız kan akımında ani ve kritik bir azalmaya neden olursa AKS tablosu ortaya çıkar (Singh ve ark., 2018; Yöntem ve ark., 2017; Makki ve ark., 2013; Hamm ve ark., 2011).

Akut koroner sendrom, dünya genelinde mortalite ve morbilitenin önemli nedenlerindendir (Minatoguch, 2019) ve mortalite oranı yaklaşık % 30 dur (Singh ve ark., 2018; Makki ve ark., 2013). Tekrarlayan AKS geçiren bireylerin mortalite riski, bir kez AKS geçirmiş bireylere oranla 5/6 kat daha fazladır ve ölümlerin büyük çoğunluğu semptomların başladığı ilk bir saat içerisinde olmaktadır. Bu vakalar, semptomların başladığı erken dönemde etkili bir şekilde teşhis ve tedavi edilirse, mortalitenin % 9 dan, % 3 e düşürülebileceği, ancak gecikmelerin yaşanması durumunda mortalitenin 5 kat daha yüksek olabileceği bildirilmiştir (Singh ve ark., 2018). Akut koroner sendromdan kaynaklanan ekonomik yük de oldukça önemlidir. Hastaların veri tabanlarının tarandığı çalışmada, AKS geçiren bir hastanın hastaneye yatış maliyeti ortalama 22 921 dolar olarak bildirilmiştir (Menzin ve ark., 2008). Ölüm riski yüksek ve acil müdahale gerektiren bir durum olması, sekonder koroner olayda mortalitenin daha da yüksek olması, yüksek prevalansı ve ekonomik sonuçları göz önüne alındığında, kanıta dayalı tedaviler ve sağaltımlar kullanılarak AKS hastalarında sonuçların iyileştirilmesinin önemli toplumsal fayda sağlayacağı bildirilmiştir (Knutti ve ark., 2020; Makki ve ark., 2013).

4.1.1. Akut koroner sendromun fizyopatolojisi

Akut koroner sendrom, aterosklerotik plak ile arteriyol trombüs oluşumunun bir arada olması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu iki faktör göz önüne alındığında AKS

fizyopatolojik yönden aterotromboz olarak açıklanmaktadır (Hamm ve ark., 2011; Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009).

Ateroskleroz, dislipidemi, hiperkuagülabilité, oksidatif stres, kronik damar duvarı hasarı ve enfeksiyon gibi risk faktörlerine bağılı olarak endotel disfonksiyonunun geliştiğı ve inflamasyonun başladığı multifaktöriyel bir süreçtir (Tanrıverdi ve Tetik, 2017; Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009). Endotel, birçok fizyolojik ve patolojik olayda çok önemli dengeleyici rolü olan, kan ve damar duvarı (düz kaslar) arasında sınırlı, vücudumuzun en büyük organıdır. Endotelin, reseptörleri sayesinde doku ve dolaşım arasında madde alışverişi yapmak; endotelden salınan endojen maddeler sayesinde trombosit agregasyonunun inhibisyonunu, koagülasyon aktivasyonunun inhibisyonunu, fibrinolizisi, vasküler kontraktileti, lökosit ve trombosit adhezyonunu düzenlemek gibi görevleri vardır (Tanrıverdi ve Tetik, 2017). Endotel disfonksiyonu geliştiğinde dolaşımdaki lipoproteinlerin damar duvarına geçişi ve oksidasyonu kolaylaşmakta, damar duvarına monosit girişi artmakta, inflamasyon tetiklenmekte, düz kas hücre poliferasyonu, hücre dışı matriks birikimi, vazokonstriksiyon ve protorombik durum artmaktadır (Kaya ve Tokgözoğlu, 2009). Endotelde meydana gelen bu değişiklikler damar duvarında inflamasyona yol açarak aterosklerotik lezyonların oluşumunu başlatmaktadır (Tanrıverdi ve Tetik, 2017).

Akut koroner sendrom etyolojinde rol alan aterosklerotik lezyonlar; yüksek riskli, kararsız veya çatlamaya eğilimli olan plaklardır. Herhangi bir fizyolojik ya da sistematik etkiyle plağın üzerindeki fibröz şapka çatlarsa plak üzerinde trombüs oluşumu başlar. Lipit içeriğı yüksek, düz kas hücre poliferasyonundan yoğun ve AKS'ye neden olan bu plağa duyarlı plak adı verilir. Koroner arterlerde oluşan bu duyarlı plak ve üzerine eklenen trombüs kan akımında yetersizlik ve ritim bozukluğu yaparak miyokart disfonksiyonuna neden olur. Bu nedenle AKS, hem risk altındaki miyokardı 'duyarlı miyokart', hem de risk altındaki hastayı 'duyarlı hasta' tanımlamaktadır (Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009). Nadir olmakla birlikte bir dizi kalp dışı mekanizma da, miyokardın oksijen tüketiminde artışa neden olabilir ve böylece daha önceden koroner darlık olsun veya olmasın bir AKS atağını başlatabilir. Bunlar, taşikardi, ciddi HT, kokain kullanımı, hipertroidi, ateş veya sepsis gibi oksijen ihtiyacında artma veya anemi, hipoksemi gibi oksijen sağlanmasındaki azalmaya neden olan faktörler olabilir (Meriç, 2012).

4.1.2. Akut koroner sendromda tanı

4.1.2.1. Klinik özellikleri

Akut koroner sendromun klasik belirtisi uzayan sıkıştırıcı, baskılayıcı tarzda tipik iskemik göğüs ağrısıdır. Ağrı anjina pektoris (Tablo 1) olduğu gibi genellikle retrosternal bölgeye, her iki omuza, üst ya da alt kollara, sırtta, epigastrik bölgeye veya alt çeneye yayılma şeklinde olabilir. İskemiye bağlı gelişen göğüs ağrısının anjina pektoristen ayırıcı en önemli noktaları; süresinin genellikle 20 dakikadan uzun olması, eforla ilişkisinin olmaması, sublingual nitratlara yanıt vermemesidir (Knuuti ve ark., 2020; Ibanez ve ark., 2018; Roffi ve ark., 2016; Makki ve ark., 2013; Thygesen ve ark., 2013; Öngen, 2008).

Tablo 1. Anjina Tipleri

Ağrı tipi	Ağrının özellikleri
Tipik anjina pektoris	• Retrosternal, prekardiyal, omuz, alt çene ve ya kola yayılan ağrı veya rahatsızlık • Eforla başlar, • 5 dk içinde dinlenme veya nitratla geçer
Atipik anjina	Anjina ağrısının iki tipik özelliğini taşır
Anjina dışı ağrı	Anjina ağrısının bir tipik özelliğini taşır ya da hiçbir özelliğini taşımaz

Knuuti J ve ark. ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. European Heart Journal, 2020; 41:407-477.

Ayrıca hastalar göğüs ağrısı dışında semptomlarla da başvurabilirler. Bunlar anjina eş değer semptomları olarak adlandırılır; dispne (en yaygını), bulantı, kusma, terleme ve açıklanamayan yorgunluk şeklindedir (Knuuti ve ark., 2020; Roffi ve ark., 2016; Thygesen ve ark., 2013; Makki ve ark., 2013). Akut koroner sendrom geçiren hastaların fizik muayenesinde, terleme, soğuk ve nemli bir cilt, S3 veya S4 varlığı, apikal sistolik üfürüm ve akciğer ralleri olabilir. Pulmoner ödem varlığı ciddi iskemiye ve kardiyojenik şok riskini düşündürmelidir (Makki ve ark., 2013).

4.1.2.2. Elektrokardiyogram

Akut koroner sendrom geçiren hastaların ilk değerlendirilmesinde, 12 derivasyonlu elektrokardiyografi (EKG) en önemli testtir ve şüpheli bir hastada ilk 10 dakika içinde çekilip değerlendirilmelidir (Knuuti ve ark., 2020; Barstow ve ark., 2017; Roffi ve ark., 2016; Makki ve ark., 2013; Thygeson ve ark., 2013; Meriç, 2012). Akut miyokart

iskemisi atakları sırasında, dinamik değişikliklerin izlenebilmesi için oldukça sık aralıklarla EKG çekilmesini gereklidir. İlk EKG'sinde özellik olmayan semptomatik hastalarda 15-30 dk aralarla seri kayıtlar alınması veya mümkünse monitörize edilerek 12 derivasyonlu EKG kaydı yapılması önerilir. Semptomların bir müddet gerilemesini takiben tekrar şiddetlenmesi EKG için bir endikasyondur (Thygson ve ark., 2013).

Geçici ST segment yüksekliği, ST segment yüksekliği, ST-segment depresyonu ve/veya T-dalga inversiyonları gibi bulgular yüksek AKS olasılığını desteklemektedir (Knuuti ve ark., 2020; Meriç, 2012). İlişkili diğer EKG değişiklikleri ise; kardiyak aritmiler, intraventriküler ve atriyoventriküler ileti gecikmelerini ve prekordiyal R dalga genişlik kaybıdır (Thygson ve ark., 2013). Bununla birlikte akut perikardit, sol ventrikül hipertrofisi, sol dal bloğu, stres kardiyomiyopatisi ve ya erken repolarizasyon gibi durumların da ST-segment değişikliklerine neden olabileceği unutulmamalıdır (Kurşaklıoğlu, 2009; Thygeson, 2013). Normal bir EKG, AKS olasılığını azaltır ancak tek başına tanı koydurmada yetersiz kalabilir (Makki ve ark., 2013; Thygeson ve ark., 2013; Meriç, 2012). Posterior ve lateral duvarların EKG'de yeterince temsil edilmediği ve bu nedenle de bu bölgelerde iskemiye tamamen dışlayamayacağı göz ardı edilmemelidir (Makki ve ark., 2013; Meriç, 2012; Hamm ve ark., 2011).

4.1.2.3.Kardiyak biyobelirteçler

Akut koroner sendrom ile tutarlı klinik tablosu olan hastalarda kardiyak biyobelirteçler MI göstergesidir. Miyokart hasarı tespitinde kullanılan birçok biyobelirteç vardır. Ancak kardiyak troponinler, kreatin kinaz MB fraksiyonu (CK-MB) sık kullanılan, duyarlı ve özgül biyobelirteçlerdir (Makki ve ark., 2013; Öngen, 2008).

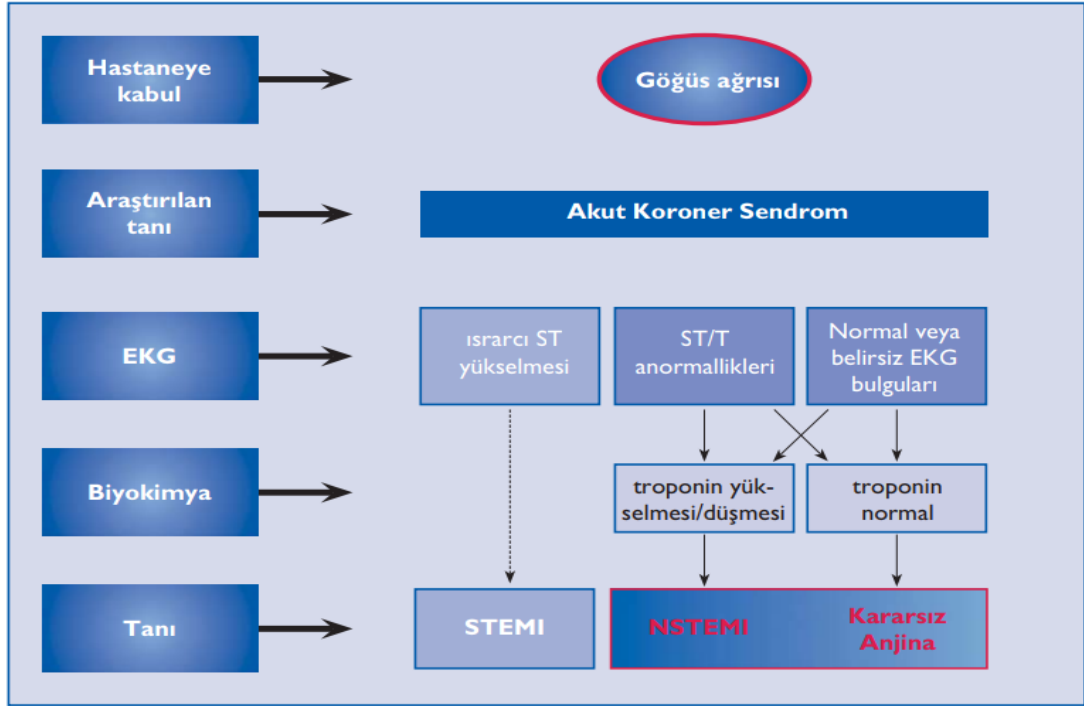
Troponinler; Troponinler, tropomiyozin ile birlikte iskelet ve kalp kasının kasılmasını düzenlenmede rol alan yapısal proteinlerdir. Bu proteinler, Troponin T, I ve C'den oluşur (Hamm ve ark., 2011; Avcıküçük ve ark., 2011). Troponin T (cTnT) ve Troponin I (cTnI) yalnızca miyokart hasarında salınması nedeniyle nekrozunun en duyarlı ve spesifik belirteçleridir (Knuuti ve ark., 2020; Raffi ve ark., 2016; Thygesen ve ark., 2013; Meriç, 2012; Avcıküçük ve ark., 2011). Yüksek özgünlüğü ve yüksek klinik duyarlılığı nedeniyle miyokart hasarını gösteren temel biyobelirteçlerdir (Thygesen ve ark., 2013). Miyokart hücrelerinin hipoksik kalmalarından 2-4 saat sonra nekroze olmaları nedeniyle, troponinler genellikle 2 saat sonra kanda yükselmeye

başlarlar ve 10 -14 gün yüksek kalırlar (Meriç, 2012; Hamm ve ark., 2011; Öngen, 2008). Kardiyak troponin ölçümleri için kan örnekleri ilk 0- 1 saat içinde alınmalıdır. İlk ölçüm negatif çıksa dahi 3-6 ve 6-9 saat sonra ölçümlerin tekrarlanması önerilir (Roffi ve ark.,2016; Thygesen ve ark., 2013). Kardiyak troponinler, dekompanse kalp yetmezliği, miyoperikardit, pulmoner emboli, travma gibi durumlarda da yükselebilir. Bu nedenle, troponinlerdeki yükselme uygun klinik tabloyla da ilişkilendirilerek yorumlanmalıdır (Makki ve ark., 2013).

Kreatin kinaz; Bir diğer kardiyak biyobelirteçse vücut enerjisini sağlayan enzimlerden biri olan kreatin kinazdır (CK). Birçok dokuda bulunur. Total kreatin kinaz aktivitesinin en çok olduğu doku iskelet kasıdır, bunu kalp kası izler. Ancak kreatin kinaz izoenzimleri değişik dokularda değişik oranlarda bulunur. Kreatin kinaz-MB (CK-MB) sadece miyokatta yüksek konsantrasyonda ve yüksek oranda bulunur. Ancak iskelet kasında düşük oranda bulunmasına rağmen, iskelet kasının kalp kası dokusundan 100 kat daha büyük olduğu göz önüne alındığında, iskelet kasından çok düşük oranlarda salınan kreatin kinaz-MB her herhangi bir kas travmasında önemli oranlarda yükselebilir. Bu nedenle spesifik değildir (Kurşaklıoğlu, 2009) ve AKS tanımlamada rutin kullanımı önerilmemektedir (Roffi ve ark., 2016; Kurşaklıoğlu, 2009; Öngen, 2008). Eğer troponinlerin ölçümü yapılamıyorsa, en iyi alternatiftir (Roffi ve ark., 2016; Thygesen ve ark., 2013). Hasta başvurduğu ilk anda, 6 saat sonra ve 9 saat sonra ölçümler tekrarlanmalıdır. Gerekli görüldüğünde 12. ve 24. Saatlerde ölçümler yenilenebilir (Meriç, 2012; Kurşaklıoğlu, 2009).

4.1.3. Akut koroner sendromun klinik türleri

Akut koroner sendromun klinik türünün ayrımı EKG bulgularına ve kardiyak biyobelirteçlere göre yapılmaktadır (Knuuti ve ark., 2020; Kotecha ve Rakhit, 2016; Meriç, 2012; Öngen, 2008). Üç tipi vardır; ST-segment elevasyonu olan miyokart infarktüsü (STEMI), ST-segment elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız angina (UA) (Şekil 1.) (Kotecha ve Rakhit, 2016; Makki ve ark., 2013).



Şekil. 1. Akut Koroner Sendromun Klinik Türleri (Hamm ve ark., Isıracı ST-segment elevasyonu belirtileri göstermeyen hastalarda Akut Koroner Sendromların (AKS) tedavi kılavuzları. Türk Kardiyol Dern Arş 2011;3: 73-128.)

4.1.3.1. Kararsız anjina

Duyarlı plak üzerine eklenen trombüs lokal olarak kalırsa UA'ya yol açar. Kararsız anjina semptomları;

- 20 dakikaya yakın bir süre devam eden istirahat ve ya hafif eforla ortaya çıkan göğüs ağrısı,
- Son bir ay içerisinde ilk defa olan ciddi göğüs ağrısı
- Daha önce anjina tanısı alan hastaların ağrıların daha sıklaşması, daha uzun sürmesi ve şiddetinin artması şeklindedir.

Normal ve ya belirsiz EKG bulguları, normal troponin değeri ve semptomların olması ile UA tanısı konulur (Knuuti ve ark., 2020; Roffi ve ark., 2016; Meriç, 2012; Aydınalp ve Müderrisoğlu 2009).

4.1.2.2. ST- Segment elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü

ST segment elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü, UA'ya yakın olan bir klinik tablodur (Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009). Lümeni kısmi tıkanan duyarlı plak ve

trombüsten kopan parçalar, distale giderek emboliye neden olur. Sonuç olarak miyokart hasarı gelişir ve kardiyak biyobelirteçlerde yükselme/düşme (troponin I ve Troponin T) olur. Ancak EKG değişiklikleri olmayabilir ya da (Meriç, 2012; Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009; Öngen, 2008) ST çökmesi, T dalgasının negatifleşmesi ve ya 20 dakikadan kısa süren ST-elevasyonu biçimindeki değişiklikler görülebilir. Bu olgu NSTEMI olarak adlandırılır (Roffi ve ark.,2016; Öngen, 2008).

EKG’de herhangi bir değişiklik olmayan hastalar, değişiklik olan hastalara göre daha az riskli kabul edilir (Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009). Ayrıca yüksek kardiyak biyobelirteçler, yüksek mortaliteyle ilişkilidir. Kesin tanı konulurken hastanın klinik geçmişi, EKG değişiklikleri ve kardiyok troponin düzeyi göz önüne alınmalıdır (Kotecha ve Rakhit, 2016).

4.1.2.3. ST- Segment elevasyonu olan miyokart infarktüsü

Duyarlı plak ve trombüs, arter lümenini tam olarak tıkarsa STEMI gelişir (Hamm ve ark., 2011; Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009). Akut koroner sendromun klinik türlerinin arasında en mortal seyredenidir (Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009). Günümüzde teknoloji ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine rağmen hastalarının yaklaşık %12’si 6 aylık süre içerisinde hayatını kaybetmektedir (James ve ark., 2013). Mortalite yaş, tedaviye kadar geçen süre, tedavinin türü, önceki MI öyküsü, DM, böbrek yetmezliği, hasta koroner arter sayısı, ejeksiyon fraksiyonu ve uygulanan tedavi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir (Ibanez ve ark., 2018).

Tanı koymada;

- Otuz dakikadan fazla süren göğüs ağrısı,
- Ardı sıra çekilen EKG’lerde MI belirleyecek değişikliklerin olması,
- Kardiyak biyobelirteçlerde yükselme olması, miyokart nekrozunu gösteren üç kriterdir. Bu üç kriterden ikisi tanı koymada yeterlidir (Ibanez ve ark., 2018).

Ancak STEMI ile gelen hastaların 1/3’ü göğüs ağrısı tarif etmeyebilirler ya da ST segmet yükselmesi başka sebeplere bağlı da gelişebilir. Bu nedenle en spesifik tanı koydurucu, kardiyak biyobelirteçlerde yükselmedir (Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009).

4.1.4. Akut koroner sendromda tedavi yaklaşımı

4.1.4.1. ST segment elevasyonu olmayan miyokart infarktüsü ve unstabil anjina da tedavi yaklaşımı

ESC 2016 Isırcı St-Segment Elevasyonu Belirtileri Göstermeyen Hastalarda Akut Koroner Sendrom Tedavisi Kılavuzu'nda tedavinin temelini; anti-iskemik, antitrombotik, antikoagulan ve lipit düşürücü ilaçlar oluşturmaktadır (Roffi ve ark.,2016). Farmakolojik anti-iskemik tedavinin amacı miyokardiyal oksijen talebini azaltmak (kalp atış hızı, kan basıncı, ön yük veya miyokardiyal kontraktilitede bir azalmaya ikincil olarak) veya miyokardiyal oksijen tedarikini arttırmaktır (oksijen vererek veya koroner vazodilasyon yoluyla). Oksijen tedevası, satürasyonunun $\leq$ % 90 olduğunda veya solunum sıkıntısı varlığında önerilir. Farmakolojik tedaviyi takiben, iskemik belirti veya semptomlar hızla gerilemezse; EKG bulguları ve kardiyak troponinlerden bağımsız olarak acil perkütan koroner girişim (PKG) yapılmalıdır. Bu süreçte ağrının giderilmesi ve oksijen talebinin azaltılması için opioid (morfin) kullanımı önerilmektedir (Roffi ve ark., 2016).

4.1.4.1.1. Anti-iskemik ilaçlar

Anti-iskemik ilaçlar ya kalp hızını, kan basıncını, ön yükü düşürerek veya miyokardın kasılma yetisini zayıflatarak miyokardın oksijen talebini azaltmakta ya da koroner vazodilatasyonu tetikleyerek miyokarda giden oksijen miktarını artırmaktadır (Hamm ve ark., 2011).

Beta blokerler; Dolaşımdaki katekolaminlerin miyokart üzerine etkilerini engellemekte, kalp hızını, kan basıncını ve kalbin kasılma yetisini azaltarak miyokardın oksijen tüketimini azaltmaktadırlar. Bu etkilerinden faydalanılması amacıyla erken dönemde beta bloker kullanımı önerilmektedir. Ancak vazospazmın varlığı ve kokain gibi ilaç kullanımının bilinmesi durumunda kontrendikedir (Roffi ve ark., 2016).

Nitratlar; Nitratlar ve benzer ilaç sınıflarının (sindoniminler gibi) tedavideki yararları periferik ve koroner dolaşım üzerine vazodilatör etkileriyle ilişkilidir. Periferik vazodilatasyonla miyokart önyükünde ve sol ventrikül diyastol sonu volümde azalmaya ve sonuç olarak miyokardın oksijen tüketiminde azalmaya neden olurlar. Kolleteral ve koroner arterlerde yaptıkları vazodilatasyona bağlı olarak ise miyokart

perfüzyonunu artırır (Hamm ve ark., 2011). Hastaneye kabulü gerektiren NSTEMI/UA hastalarında semptomların giderilmesi ve ST çökmesinin düzelmesi açısından intravenöz nitratlar dil altı nitratlardan daha etkilidir. İntravenöz nitrat tedavisine, yan etkiler oluşmadıkça (kayda değer baş ağrısı ve hipotansiyon) semptomlar (anjina ya da nefes darlığı) geçene kadar doz arttırılarak devam edilmesi önerilir (Roffi ve ark., 2016).

Kalsiyum kanal blokerleri; Vazodilatör ilaçlardır. Ayrıca, bazı kalsiyum kanal blokerleri atriyoventriküler ileti ve kalp hızını doğrudan etkilemektedir. Kalsiyum kanal blokerlerinin farklı kimyasal yapıda farklı farmakolojik etkilere sahip üç alt sınıfı mevcuttur; dihidropiridinler (nifedipin gibi), benzotiazepinler (diltiazem) ve feniletilaminler (verapamil gibi). Her bir alt sınıfa ait ilacın vazodilatasyona neden olma, miyokart kasılma yetisini azaltma ve atriyoventriküler iletiyi geciktirme dereceleri farklı farklıdır. Semptomların giderilmesinde diltiazem ve verapamil benzer etkinlik göstermekte ve beta blokerlere eşdeğer olduğu bilinmektedir (Hamm ve ark., 2011).

4.1.4.1.2. Antitrombotik ilaçlar

ESC 2016 Israrcı ST-Segment Elevasyonu Belirtileri Göstermeyen Hastalarda Akut Koroner Sendrom Tedavisi Kılavuzu'nda, etkili tedavi ve koroner trombozun engellenmesini sağlamak için çeşitli trombosit kümeleşme yollarının inhibe edilmesi önerilmektedir. Bu amaçla trombositlerin farklı etki mekanizması olan üç sınıf ilaç grubunun; Asetil salisilik asit, P2Y₁₂ inhibitörleri ve glikoprotein IIb/IIIa tedavide kullanılması önerilmektedir (Roffi ve ark., 2016).

Asetil salisilik asit (ASA-Aspirin); Aspirin olgu görülür görülmez verilmesi gereken antiagregan ilaçtır. Kontrendikasyonu olmayan tüm hastalarda 150-305 mg yükleme dozu ve sonrasında 75-100 mg idame dozu olarak verilmesi önerilmektedir. Aspirin trombositin içersindeki siklooksijenaz-1 (COX-1) enzimini geri dönüşümsüz olarak inhibe ederek tronboxan A₂ yapımını ve bu yolla olan trombosit agresyonunu engellemiş olur (Roffi ve ark.,2016; Balbay, 2009). Bir meta-analiz çalışmasında; aspirin tedavisinin (2 yıla kadar kullanımda), kardiyovasküler olgularda mortaliteyi %46 oranında azaltmayla ile ilişkili olduğu gösterilmiş ve kullanımı önerilmiştir (Gerald, 2002).

P2Y12 inhibitörleri (Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Cangrelor); Hem tilkopidin hem de klopidegral P2Y12 reseptörü inhibasyonu ile etkisini göstermektedir (Roffi ve ark., 2016; Balbay, 2009). Aşırı kanama riski gibi kontrendikasyonu olmayan hastalarda, aspirine ek olarak bir P2Y12 inhibitörü ilave edilip 12 ay devam edilmesi önerilmektedir. Gastrointestinal kanaması veya peptik ülser öyküsü olan hastalarda bir proton pompası inhibitörünün tedaviye eklenmesi gerekmektedir (Roffi ve ark., 2016). **Glikoprotein IIb / IIIa inhibitörleri;** İntravenöz GPIIb / IIIa inhibitörleri, iki bitişik trombosit üzerinde fibrinojen bağlanmasını inhibe ederek trombosit agregasyonunu bloke eder (Roffi ve ark., 2016).

4.1.4.1.3. Antikoagülan ilaçlar

Akut faz sırasında antikoagülanlar trombin oluşumunu ve/veya aktivitesini inhibe ederek, trombüs ile ilgili olayları azaltır. Antikoagülan ilaçların yanında antitrombotik ilaçların da eklenmesi tedavinin etkinliğini artırmaktadır (Roffi ve ark., 2016). Heparinler en uygun antikoagülanlardır. Standart heparin de kullanılabileceği gibi, uygulama kolaylığı, etkisinin kestirilebilmesi ve bu hasta grubunda koroner olayların tekrarlamasını standart heparinden daha çok engellemesi nedeniyle düşük molekül ağırlıklı heparin olan enoksaparinin de kullanılabilir (Roffi ve ark., 2016; Balbay, 2009; Öngün, 2008).

Yüksek riskli NSTEMI hastalarında antitrombotik ve antikoagülan tedaviye başladıktan sonra erken dönemde girişimsel tedavi uygulanması önerilir (Roffi ve ark., 2016; Aydınalp ve Müderrisoğlu, 2009) (Tablo 2).

Tablo 2. ST-Segment Elevasyonu Olmayan Miyokart İnfarktüsü ve Karasız Anjinada Risk Kriterleri

Çok yüksek risk
• Hemodinamik unstabilite veya kardiyojenik şok • Tıbbi tedaviye dirençli tekrarlayan veya devam eden göğüs ağrısı • Hayatı tehdit eden aritmiler veya kardiyak arrest • Miyokart infarktüsünün mekanik komplikasyonları • Akut kalp yetmezliği • Tekrarlayan dinamik ST-T dalgası değişiklikleri, özellikle aralıklı ST elevasyonu
Yüksek risk
• Miyokart infarktüsü ile uyumlu kardiyak troponinde yükselme veya düşme • Dinamik ST- veya T-dalga değişiklikleri (semptomatik veya sessiz) • GRACE skoru > 140
Orta risk
• Diyabetes mellitus • Renal yetmezlik • Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu <% 40 veya konjestif kalp yetmezliği • İnfarktüs sonrası erken anjina • Koroner anjiyo öyküsü • Koroner arter bypass grefti öyküsü • GRACE risk skoru > 109 ve <140
Düşük risk
• Yukarıda belirtilen özellikleri taşımayan ve karakteristik olmayan ağrı

Roffi and et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European Heart Journal 2016; 37: 267–315.
GRACE: Akut Koroner Olaylarda Küresel Kayıt Risk Skoru

4.1.4.1. 4. Lipit düşürücü ilaçlar

Dislipidemide kullanılan ilaçlar; statinler, safra asidi bağlayıcılar, niasin, fibratlar, kolesterol emilim inhibitörleri, uzun zincirli omega-3 yağ asidi ilaçları ve yeni kullanıma giren proprotein konvertaz subtilisin/keksin tip 9 (PCSK9) inhibitörleridir. İlaç tedavisine karar verildiyse kontrendikasyon olmadıkça statinler ilk seçilmesi gereken ilaç grubudur. Yüksek yoğunluklu statin tedavisine mümkün olduğunca erken dönemde başlanması ve uzun vadede sürdürülmesi önerilir. Maksimum tolere edilen statin dozuna rağmen LDL düzeyi ≥ 70 mg / dL (≥ 1.8 mmol / L) olan hastalarda, statin içermeyen bir ajan ile LDL düzeyinde daha fazla azalma sağlanması gerekmektedir (Kılınçarslan ve Melihsah, 2019; Roffi ve ark., 2016; Jacobson ve ark.,2015).

4.1.4.2. ST Segment elevasyonu olan miyokart infarktüsünde tedavi yaklaşımı

ST segment elevasyonu olan miyokart infarktüsü, koroner arter lümenini tam tıkayan bir trombus sonucunda oluşmaktadır. Eğer zamanında tedavi edilmezse nekroz ve

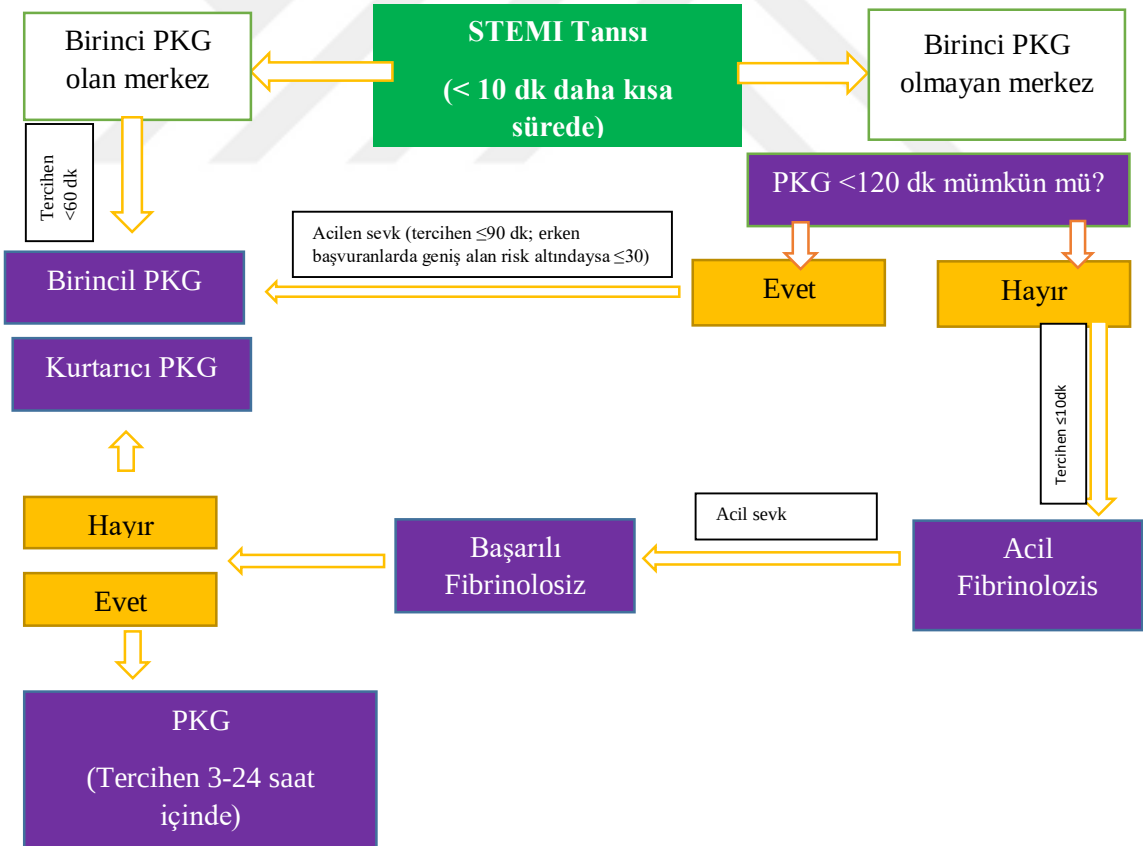
oluşacak infarktüs daha yaygın olacaktır. Böyle bir durumda hem erken/geç mortalite yüksek, hem de kardiyak fonksiyon bozukluğu riski daha fazla olacaktır. Bu nedenle tedavide amaç birincil PKG veya fibrinolitik tedaviyle hızlı, tam ve sürekli bir reperfüzyon sağlamaktır (Minatoguch, 2019; Hamm ve ark., 2011; Öngen, 2008).

ESC 2017 ST-Elevasyonu Olan Akut Miyokart İnfarktüsü Tedavi Kılavuzu'nda (Ibanez ve ark., 2018); belirtilerin başlamasından sonraki 12 saat içerisinde mümkün olan en kısa sürede PKG veya farmakolojik reperfüzyon önerilmektedir. Devam eden iskeminin klinik ve/veya elektrokardiyografik kanıtı mevcutsa, hastanın ifadesine göre belirtilerin başlamasından sonra gecen süre 12 saatten fazla olsa dahi (belirtilerin kesin başlangıcı çoğu kez belirsiz olduğundan) literatürde reperfüzyon tedavisinin düşünülmesi gerektiğine dair genel görüş birliği mevcuttur. Ancak, belirtiler 12 saatten daha uzun süre önce başlamışsa ve devam eden iskemi açısından klinik ve/veya elektrokardiyografik kanıt yoksa bu hastalarda PKG'nin yararlı olduğuna dair bir görüş birliği yoktur (Ibanez ve ark., 2018). Günümüzde reperfüzyon tedavisinde altın standart birincil PKG'dir (Ibanez ve ark., 2018; Kotecha ve Rakhit, 2016). Bu yöntem ile koroner arterdeki komplike olmuş plak ve trombüs bir stent ile damar duvarına yapıştırılarak veya aspire edilerek olguların %90'ında tam açıklık sağlanmaktadır (Öngen, 2008). ST-segment elevasyonu olan miyokart infarktüs tanısı almış bir olguda trombolitik tedavi, hasta görüldükten sonraki ilk 10 dakika içinde uygulanmalı (ilk temas-iğne zamanı), ilk temastan sonraki 60 dakika (kapı-balon zamanı) içinde ise girişimsel işleme alınmalıdır (Ibanez ve ark., 2018). STEMI tanısı ile PKG yapılan 43 801 hasta ile yürütülen prospektif bir çalışmada; kapı-balon süresi 30 dk olan hastaların mortalitesi %3; 90 dk olan hastaların %4,3; 150 dk olan hastaların %7; 180 dk olan hastaların ise %8,4 olarak bulunmuştur ($p<0,001$). Kapı-bolan süresi kısaldıkça mortalitenin azalacağı bildirilmiştir (Rathore ve ark., 2009). Ayrıca hastanın PKG merkezi bulunmayan bir sağlık kuruluşundan, bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk süresi (kapı giriş-kapı çıkış süresi) de yeni ve önemli bir performans göstergesidir ve ≤ 30 dk olması önerilmektedir (Ibanez ve ark., 2018). ESC 2017 ST-segment elevasyonu ile başvuran hastalarda akut miyokart infarktüsünün tedavisi için kılavuz önerileri Tablo 3'de ve Şekil 2'de verilmiştir.

Tablo 3. Reperfüzyon Tedavisine İlişkin Öneriler

Öneriler	Kanıt Düzeyi
Reperfüzyon tedavisi, 12 saatten kısa süreli belirtileri ve ısrarcı ST-segment elevasyonu veya yeni (olduğu düşünülen) sol dal bloğu olan tüm hastalarda endikedir.	A
Reperfüzyon tedavisi (tercihen birincil PKG), belirtiler 12 saatten eski dahi olsa, devam eden iskemi kanıtları varsa veya ağrı ve EKG değişiklikleri geçip tekrar başlıyorsa endikedir.	C
Birincil PKG ile reperfüzyon tedavisi, belirtiler başladıktan 12 ile 24 saat sonra başvuran stabil hastalarda düşünülebilir.	B
Belirtilerin ortaya çıkmasından sonra >24 saat süre geçmişse iskemi belirtileri olmayan stabil hastalarda (fibrinolitik tedavi alsın veya almasın) tamamen tıkalı arterin rutin PKG ile tedavisi önerilmemektedir.	A

Kanıt düzeyi A: Çok sayıda randomize klinik çalışmadan veya meta-analizlerden elde edilen veriler
Kanıt düzeyi B: Tek bir randomize klinik çalışmadan veya randomize olmayan geniş çaplı çalışmalardan elde edilen veriler.
Kanıt düzeyi C: Uzmanların fikir birliği ya da küçük çaplı çalışmalar, retrospektif çalışmalar, kayıtlar



Şekil 2. ST-Segment Elevasyonu Olan Miyokart İnfarktüsü İle Başvuran Hastaların Reperfüzyon Stratejisi Seçimi (Ibanez ve ark., 2018'den değiştirilerek kullanılmıştır)

ST segment elevasyonu olan miyokart infarktüsün ile gelen hastada akut dönem atlatıldıktan sonra idame tedavisi düzenlenmelidir. Bu tedavinin içeriği ise yine NSTEMI/UA tedavisinde olduğu gibi anti-iskemik, antitrombotik, antikoagülan ve lipit düşürücü ilaçlardan oluşmaktadır (Ibanez ve ark., 2018).

4.1.5. Akut koroner sendromda yaşam tarzı değişikliği

Akut dönemden sonrası sekonder koroner olayların yaşanma riski ve mortalitesi daha yüksek seyretmektedir (Ibanez ve ark., 2018; Hamm ve ark., 2011). Akut koroner sendromlu hastaların veri tabanını inceleyen ve 16 321 hastanın dahil edildiği bir çalışmada; hastaların ilk 1 yıl içerisinde %21'inin tekrar hastaneye yattığı ve 40 yaş üstü erkeklerin mortalitesinin %18; kadınların mortalitesinin ise %23 olduğu bildirilmiştir (Menzin ve ark., 2008). Sekonder korunma mortaliteyi düşürme açısından çok büyük önem taşımaktadır. ESC klavuzlarında medikal tedaviye ek olarak, hastada yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması ve SYBD kazandırılması önerilmektedir (Knuut ve ark., 2020; Ibanez ve ark., 2018; Piepoli ve ark., 2016).

Yaşam tarzı değişikliklerine yönelik yapılacak girişimler; tütün ürünü kullanımının engellenmesi, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, fiziksel aktivite oranının artırılması, kilo kontrolü, kan basıncı kontrolü ve psikososyal stres yönetimi ve ilaca uyumunun artırılması şeklindedir (Knuuti ve ark., 2020; Piepoli ve ark., 2016).

4.1.5.1. Sigaranın bırakılması

Sigara çok sayıda hastalığın kanıtlanmış bir nedenidir. Sistemik koroner risk değerlendirmesi (Systematic Coronary Risk Evaluation-SCORE) tahminlerine göre, kardiyovasküler hastalıklara bağlı 10 yıllık ölüm riski, sigara içenlerde yaklaşık iki katına çıkmaktadır. Miyokart infarktüsü sonrası sigarayı bırakmak, potansiyel olarak bütün koruyucu önlemlerin en etkilisidir (Piepoli ve ark., 2016). Sigaranın bırakılması konusunda hem sağlık profesyonelleri hem de hastaların ciddi çaba sarf etmeleri gerekir. Akut koroner sendrom sonrası iyileşme döneminde sigara içmeyen hastalar, sağlık uzmanları için sigarayı bırakmaya yardımcı olmak bakımından ideal hastalardır. Hem hastanın hastalığının ciddiyetine varması hem de ölüm riski hastaları sigarayı bırakmaya yönlendirmektedir. Her sağlık kuruluşunun bir sigara bırakma programı

benimsenmesinin gerektiği bildirilmiştir (James ve ark., 2013). Ayrıca sigaranın bırakılmasında nikotin replasman tedavisi de önerilmektedir (Knuuti e ark., 2020; Ibanez ve ark., 2018).

4.1.5.2. Sağlıklı beslenme

Beslenme alışkanlıklarının, plazma kolesterolü düzeyini, kan basıncını, vücut ağırlığını ve kan glikoz düzeyini yani kardiyovasküler risk faktörlerini doğrudan etkilediği bilinmektedir. Sekonder koruma önlemleri arasında, üzerinde durulması gereken geniş bir konudur (Knuuti ve ark., 2020). Özellikle akdeniz tipi diyet uygulanması, doymuş yağ asitlerinden alınan enerjinin toplam enerjinin $<10\%$ 'unu geçmemesi, doymuş yağ asitleri yerine doymamış yağ asitlerinin tüketilmesi (fındık, ceviz, zeytinyağı gibi), trans yağ asitlerinin tüketiminin en aza indirilmesi, doğal kaynaklardan alınan trans yağların ise toplam enerjinin sadece $<1\%$ 'ini oluşturması, işlenmiş ve paketlenmiş gıdaların tüketilmemesi, aşırı kolesterol alımından kaçınılması, karbonhidrat tüketiminin en aza indirilmesi, kırmızı et tüketiminin haftada bir şeklinde sınırlandırılması, yağlı kırmızı et yerine, yağsız kırmızı et veya derisiz tavuk, hindi eti ya da balık etinin tercih edilmesi, haftada en az 1-2 kez ızgara, fırın veya buğulama şeklinde balık tüketilmesi önerilmektedir. Tuz tüketiminin ise 5 gr/gün'den az olacak şekilde sınırlandırılması önerilmektedir (Knuuti ve ark., 2020; Kılınçarslan ve Şahin, 2019; Kalyoncuoğlu ve ark.,2017; Kasapoğlu ve Enç, 2017; Piepoli ve ark., 2016; Jacobson ve ark.,2015; Kayıkçıoğlu ve Özdoğan, 2015).

4.1.5.3. Kilo kontrolü ve normal kilonun korunması

Obezite AKS hastalarında önemli ve giderek artan bir sorundur. ESC'nin güncel kılavuzları beden kitle indeksinin (BKİ) $20 <$ ile $<25 \text{ kg/m}^2$ arasında olmasını önermektedir (Ibanez ve ark., 2018; Kalyoncuoğlu ve ark.,2017; Piepoli ve ark., 2016). Ayrıca bel çevresinin kadınlarda $\leq 80 \text{ cm}$, erkeklerde $\leq 94 \text{ cm}$ olması önerilmektedir. Bel çevresinin erkeklerde $\geq 102 \text{ cm}$ ve kadınlarda $\geq 88 \text{ cm}$ olması risk değerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Piepoli ve ark., 2016; Kılınçarslan ve Şahin, 2019).

Beden kitle indeksi ve bel çevresi bahsi geçen değerlerin üzerinde olan hastaların kilo vermesi kardiyak riski azaltmak açısından önemlidir (Knuuti ve ark., 2020; Piepoli ve ark., 2016; Jacobson ve ark., 2015; James ve ark., 2013).

4.1.5.4. Egzersiz ve fiziksel aktivite

Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz; sağlıklı bireylerde kardiyovasküler hastalık riskini; mevcut kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde ise ölümcül ve ölümcül olmayan koroner olay riskini azaltmaktadır (Kılınçarslan ve Şahin, 2019; Piepoli ve ark., 2016; Jacobson ve ark.,2015). Egzersiz temelli rehabilitasyon programının, risk faktörlerini, egzersiz temelli kapasiteyi ve MI sonrası sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini iyileştirmenin yanı sıra, tüm nedenli mortalite ve re-infarktüs riskini azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Lawler ve ark., 2011).

Eğzersizin dört mekanizmayla kardiyak olay oranının azalttığı düşünülmektedir. Bu mekanizmalar kısaca (i) endotel işlevini iyileştirmesi, (ii) koroner lezyonların ilerlemesini yavaşlatması, (iii) trombojenik riski azaltması ve (iv) kollateral gelişimi artırması şeklindedir. Bu etkilerin dışında, egzersizin başka yararlı etkilerinin olabileceği de kabul edilmektedir. Akut koroner sendrom sonrası fiziksel aktivitenin ne zaman başlanacağı net değildir. Kararlar, bireysel özellikler ve kardiyak durum göz önüne alınarak verilmelidir. Uzun dinlenme süresi olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle hastalara taburculuk sonrası haftada en az beş kez 30-60 dk dakika orta yoğunlukta egzersiz önerilmektedir (Knuuti ve ark., 2020; Kalyoncuoğlu ve ark.,2017; Piepoli ve ark., 2016).

4.1.5.5. Kan basıncı kontrolü

Akut koroner sendrom geçiren hipertansif hastalarda, kan basıncı kontrolü önemlidir. Kan basıncı hedefinin sistolik değerinin <140 mmHg olması gerektiği bildirilmiştir (Ibanez ve ark., 2018; Kalyoncuoğlu ve ark., 2017; Piepoli ve ark., 2016). Yaşam tarzı değişikliklerine (tuz alımı azaltılması, fiziksel etkinlik artırılması ve kilo verme) ek olarak, önerilen farmakoterapiye (beta blokerler, ADE inhibitörleri vb.) uyum da kan basıncının kontrolünde önemlidir (Ibanez ve ark., 2018; Piepoli ve ark., 2016).

4.1.5.6. Psiko-sosyal stres

Düşük sosyoekonomik düzey, iş stresi, sosyal destek eksikliği, aile yaşamında anksiyete ve depresyon; bireyin tedaviye uyumunu ve yaşam tarzı değiştirme çabalarını olumsuz etkilemektedir. Bahsi geçen durumlarda hem KVH riski hem de hastalıkların klinik seyri ve prognozu kötü etkilemektedir. Ayrıca stres AKS'yi tetikleyici etki yaratabilmektedir. İkincil koruma önlemleri arasında özen gösterilmesi gereken konulardan biridir (Knuuti ve ark., 2020; Piepoli ve ark., 2016).

4.1.5.7. İlaça uyumun artırılması

Kombine ilaç tedavisi, kardiyak riskleri önemli ölçüde azaltır, ancak önleyici etki sadece ilacın önerilen dozda ve sürede kullanımıyla mümkündür (Naderi, 2012). Bu nedenle kardiyovasküler hastalıklarda ilaçların düzenli kullanılması hayat kurtarıcıdır ve ilaca uyum sekonder korumanın önemli basamaklarından biridir (Knuuti ve ark., 2020; Hald ve ark., 2019). Bu nedenle hastaların ilaca uyum konusunda desteklenmesi önerilmektedir (Knuuti ve ark., 2020; Nieuwlaet ve ark., 2014).

4.1.6. Yaşam tarzı değişikliğinin kazandırılmasında uygulanacak yöntemler

Kardiyovasküler hastalıklardan korunma yüksek risk yaklaşımı ve sekonder korumada koruyucu önlemler; kanıtlanmış hastalığı olan veya hastalığı olmayan ancak risk düzeyi yüksek olan bireylerde, risk faktörlerini kontrol altına almayı ve yaşam tarzı değişikliğini hedeflenmektedir (Piepoli ve ark., 2016). Ancak, yaşam tarzı değişikliği uzun bir süreçtir ve bu değişikliklerin gerçekleşmesi uzun zaman almaktadır (Ibanez ve ark., 2018).

Miyokart infarktüsü geçirmiş 3241 hasta ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, uzun dönemli çok faktörlü, eğitimsel ve davranışçı girişimlerin istenmedik klinik sonuçları (özellikle infarktüs tekrarını ve toplam kardiyovasküler riski) azalttığı bildirilmiştir (Gianuzzi ve ark., 2008). Bilgilendirici, samimi ve ılımlı bir etkileşim; bireyin hastalığı ile baş etme, önerilen yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç kullanımına uyma yeteneğini geliştirmede güçlü bir araçtır. Klinisyenlerin (doktorlar, hemşireler, psikologlar, beslenme vb.) bilgi ve becerilerini, çok yöntemli davranışsal girişimlerle birleştirmelerinin, davranış değişikliği kazandırılmasında etkili olacağı bildirilmiştir (Nancy ve ark., 2010; Wood ve ark., 2008). Çok yöntemli, davranışsal girişimler,

özellikle yüksek risk altında olan bireyler ve klinik olarak belirgin kardiyovasküler hastalığı olan hastalar için önerilir. Bu girişimler beslenme, egzersiz eğitimi, gevşeme egzersizleri, kilo yönetimi ve dirençli sigara içenler için sigarayı bırakma programları gibi davranış değişiklikleri yoluyla sağlıklı bir yaşam biçimini destekleme çalışmalarını kapsar (Balady ve ark., 2007).

Rubak ve ark. (2005), randomize kontrollü araştırmalarla yaptıkları meta-analiz çalışmasının sonucunda; yaşam tarzı değişikliklerini kolaylaştırmak için, kabul görmüş bilişsel davranış stratejileri (örneğin motivasyonel görüşme) kullanımını önermişlerdir. Auer ve ark. (2008) yaptıkları meta analiz çalışmasında ise özelleşmiş sağlık görevlilerinin (örneğin hemşireler, diyetisyenler, psikologlar, vb.) ikincil koruma amaçlı yaptıkları girişimlerde (eğitim, danışmanlık vb.) hasta sağaltımında önemli sonuçlar elde ediklerini bildirmişler ve bu girişimlerin artırılmasını önermişlerdir.

4.2. Sağlığı Geliştirme Modeli

Hemşirelikte modeller ve kurumlar, bakımın her alanında sağlığın yeniden kazandırılması ve sürdürülmesinde sistematik bir yaklaşım için rehber olarak kullanılmaktadır. Kuramlar ve modeller uygun şekilde kullanıldığında, hastanın bağımlılığını azaltıp, öz yeterliliği arttırarak; daha etkin, maliyeti düşük ve daha bütüncül bakım verilmesinde katkı sağlamaktadır (McKenna ve ark., 2019; Pender ve ark., 2015; Sakraida, 2014). Bu amaçla kullanılan modellerden biri olan SGM, bireylere SYBD kazandırmayı hedeflemektedir. Model Nole J. Pender tarafından geliştirilerek ilk kez 1982 yılında Hemşirelik Uygulamalarında Sağlığı Geliştirme (Health Promotion in Nursing Practice) kitabında yayınlanmıştır. 1987 ve 1996 yılında güncellenmiştir. Model hastalığın tedavi edilmesini, sağlıklı davranışların kazandırılmasını ve sürdürülmesini; düşünce ve davranışların belirli bir yönde değiştirilmesi ile sağlanan bir durum olarak değerlendirmektedir. Pender (1987), bilişsel ve algısal faktörlerin, sağlığı teşvik edici davranışlara katılmak için motivasyon sağladığını öne sürer (Pender ve ark., 2014-2015; Raingruber, 2014). Sağlığın geliştirilmesinin ana hedefleri, her yaştan insanın sağlıklı kalmasına, kronik hastalık veya sakatlık durumlarında sağlığı en üst düzeyde tutmasına ve sağlıklı

ortamlar oluşturmasına yardımcı olmak olarak tanımlanmıştır (Pender ve ark., 2015-2014).

Model, bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sunar. Ayrıca hemşirelerin, bireyleri SYBD'nin önemi konusunda bilinçlendirme ve bireylere danışmanlık yapma sorumluluğu vurgulanmaktadır. Pender'in sağlık tanımı, daha iyi sağlık düzeyini geliştirmek için alınan önlemleri ve bireyin kendisi ile yaşam tarzı hakkındaki görüşlerini içermektedir (Bahar ve Açıl, 2014). Pender ve arkadaşları, modelin çeşitli popülasyonlarda geçerliliğini değerlendirmek için bir araştırma programı yürütmüşlerdir. Bu programda; (i) çalışan yetişkinler, (ii) yaşlı yetişkinler, (iii) kanserli ayaktan tedavi gören hastalar ve (iv) kardiyovasküler hastalığı olan hastalar araştırmaya alınmıştır. Sonuç olarak bahsi geçen bireylerde SGM'nin geçerliliğini kanıtlanmışlardır (Sakraida, 2014).

4.2.1. Modelin felsefi temeli

- İnsanlar bütüncül olarak ele alınmalıdır, ancak bu bütünün parçaları da değerlendirilmelidir.
- İnsanlar çevrelerini kendi ihtiyaçları ve amaçları doğrultusunda değiştirebilir (Bahar ve Açıl,2014; Pender ve ark., 2014; Sakraida 2014).

4.2.3. Modelin teorik temeli

Pender hemşirelik, insan gelişimi, deneysel psikoloji ve eğitim alanındaki geçmişinden etkilenerek SGM'yi geliştirmiştir (Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014). Albert Bandura'nın (1977) Sosyal- Bilişsel Teorisi'ni ve Feather'ın (1982) Beklenti Değer Teorisi'ni temel almıştır (Pender ve ark., 2015; Bahar ve Açıl, 2014). Modelin merkezi olan, Sosyal -Bilişsel Teori; kendini ilişkilendirme, öz değerlendirme ve öz-yeterliliğe olan öz inançları içerir. Öz-yeterlilik, SGM'nin merkezi bir yapısıdır (Sakraida, 2014). Feather (1982) tarafından açıklanan Beklenti Değer Teorisi ise, davranışın rasyonel ve ekonomik olduğunu önermektedir. Bir bireyin davranışlarını belirleyen motivasyonun, bu davranış sonucundaki beklentileri olduğunu iddia eder (Sakraida, 2014). Sağlıklı Geliştirme Modeli, yetkinlik veya yaklaşım odaklı bir modeldir. Becker'ın (1974) Sağlıklı İnanç Modeline benzerdir; ancak Sağlıklı İnaç

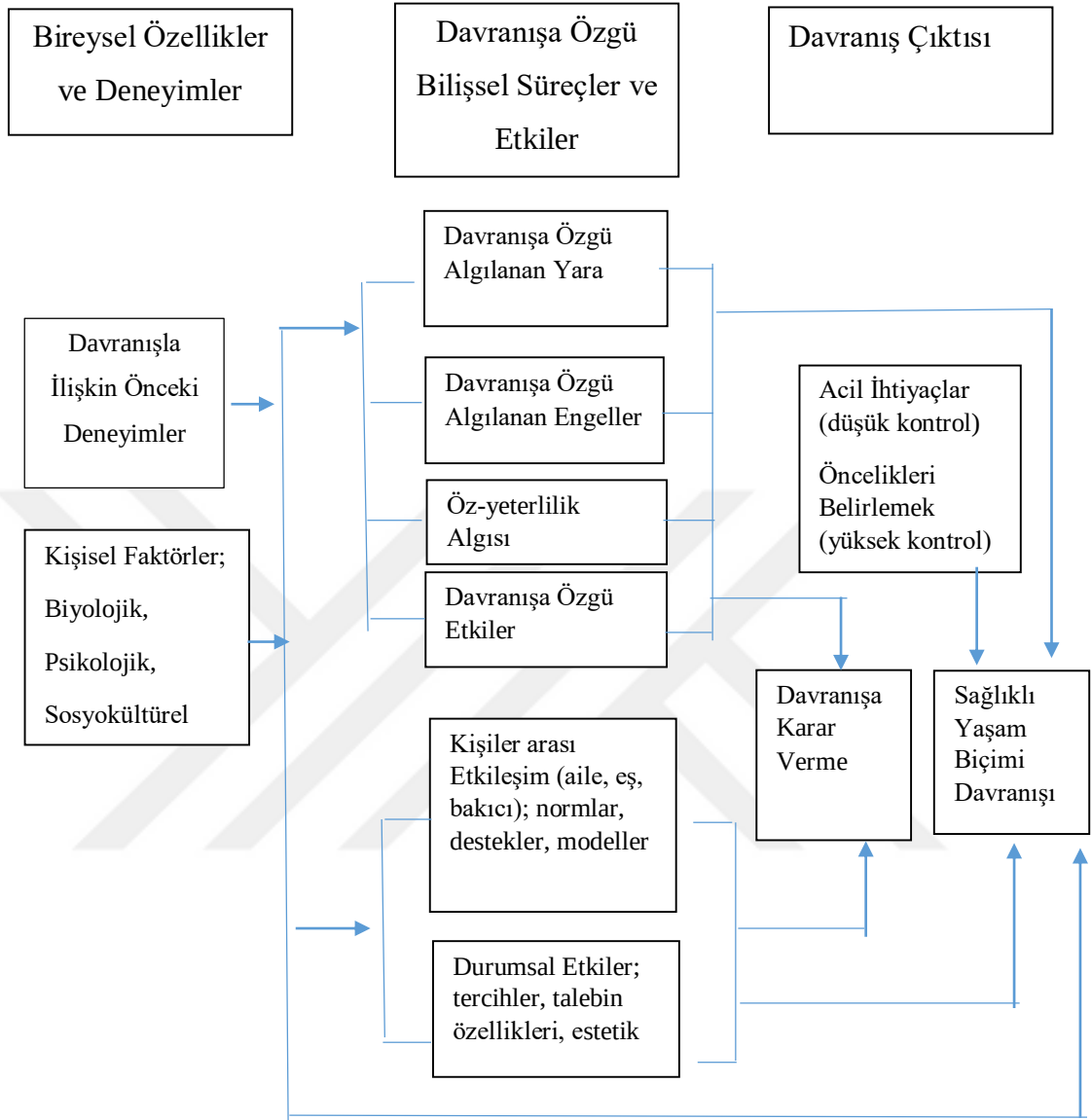
Modeli'nin aksine, sağlık davranışı için bir motivasyon kaynağı olarak "korku" veya "tehdit" içermez. Sağlığa yönelik acil tehditlerin eylemi motive ettiği gösterilmiş olsa da, uzak gelecekte tehditler aynı motivasyon gücünden yoksundur (Pender ve ark., 2015; Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014).

Model, sağlık davranışlarını etkileyen faktörleri hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarını birleştirerek yeni bir bakış aıcısı ve bireylerin motivasyonunu artırıcı karmaşık biyopsikososyal süreçleri keşfetmek için bir rehber sunmaktadır. Bu yönleriyle önemli bir modeldir (Pender ve ark., 2015; Bahar ve Açıl, 2014). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için bireylerin, refahı artırma ve kendini gerçekleştirme arzularını destekleyerek, motive edilmesi gerektiğini öngörür (Raingruber, 2014; Sakraida 2014).

4.2.4. Modelin temel kavramları

Model 1996 da Pender tarafından revize edilerek, Hemşirelik Uygulamalarında Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesinde (3.baskı) adlı kitabında yayınlanmıştır (şekil 3.) (Pender ve ark., 2015). Model üç temel değişkenden oluşmaktadır (Pender ve ark., 2015; Pender ve ark., 2014; Sakraida, 2014).

- Bireysel zellikler ve deneyimler,
 - Davranışa İlişkin nceki Deneyimler
 - Kişisel Faktörler (Biyolojik, Psikolojik, Sosyokültürel)
- Davranışa zg Bilişsel Süreçler ve Etkiler
 - Davranışa zg Algılanan Yarar
 - Davranışa zg Algılanan Engeller
 - z-yeterlilik Algısı
 - Davranışa zg Etkiler
 - Kişiler Arası Etkileşim, Normlar, Destekler, Modeller
 - Durumsal Etkiler
- Davranış ıktısı
 - Acil İhtiyaçlar (düşük kontrol), ncelikleri Belirlemek (yüksek kontrol)
 - Davranışa Karar Verme
 - Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı



Şekil 3. Nola J. Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli'nin Temel Kavramları (Pender ve ark. 2015'den değiştirilerek kullanıldı.)

4.2.4.1. Bireysel özellikler ve deneyimler

Her kişinin davranışlarını etkileyen kendine özgü özellikleri ve deneyimler vardır. Bu özellikler ve deneyimler hedeflenen davranışın kabul edilmesini ve davranış olarak ortaya çıkmasını etkilemektedir (Pender ve ark., 2015; Pender ve ark., 2014).

Bireysel özellikler; belirli bir davranışın ortaya çıkmasında kişisel faktörler önemli rol oynar. Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel olarak kategorize edilir (Pender ve

ark., 2015; Sakraida 2014). Biyolojik faktörlerin örnekleri arasında yaş, beden kitle indeksi, puberte, menopoz, aerobik kapasite, güç, çeviklik veya denge bulunur. Psikolojik faktörler benlik saygısı, öz motivasyon ve algılanan sağlık durumunu içerir. Sosyokültürel faktörler ırk, etnik köken, kültür, eğitim ve sosyoekonomik durumu içerir (Pender ve ark., 2015; Bahar ve Açıl, 2014; Sakraida, 2014; Çevener, 2013).

Davranışa ilişkin önceki deneyimler; çalışmalar, davranışın ortaya çıkmasında en önemli belirleyicinin aynı ya da benzer davranışın geçmişte yapılma durumu olduğunu göstermiştir. Önceden alışkanlık haline gelmiş davranışlar, bireylerden beklenen SYBD'nin gösterilmesinde hem dolaylı hem de direkt etkilidir (Pender ve ark., 2015; Sakraida 2014). Bireyin önceki deneyimlerinde alışkanlık haline gelmiş davranışların tekrar kazandırılması çok küçük girişimlerle yapılabilir. Davranışın kazandırılmasında, o davranışın tekrar tekrar yapılması önemlidir. Her tekrarda alışkanlık daha da güçlenerek devam eder. Sosyal-Bilişsel Teori'de de bahsedildiği gibi, önceki deneyimler dolaylı yoldan; algılanan öz yeterlilik, algılanan engeller ve aktiviteyle ilişkili etkiler yoluyla SYBD'yi etkilemektedir. Bandura'ya göre bir davranışa yönelik beklenen veya deneyimlenen yarar, davranışın ortaya çıkmasında etkili olmaktadır. Davranışa özgü yarar kısa dönemde ortaya çıktığında davranışın tekrarlanması daha muhtemeldir. Ayrıca her davranışa özgü ortaya çıkan duygular ve etkiler vardır. Davranış öncesinde, sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan etkiler ve duygular hafızada kodlanır. Bu davranışların tekrarlanması durumunda aynı duygu ve etkilerin yaşanacağı bilgisi davranışın tekrarlanmasını etkiler (Pender ve ark., 2015; Pender ve ark., 2014).

Hemşire bireylerin, bir davranışın yararına odaklanmasını sağlayarak, davranışı gerçekleştirmede engelleri nasıl aşılabileceğini öğretmek, başarılı performans deneyimi yaşamasını destekleyerek ve olumlu geribildirim vererek gelecek için pozitif bir davranış öyküsü oluşturmaya yardımcı olur (Pender ve ark., 2015).

4.2.4.2. Davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkiler

Davranışa özgü değişkenlerin büyük motivasyonel önemi olduğu düşünülmektedir. Bu değişkenler kritik bir “çekirdek” oluşturur, çünkü müdahaleler yoluyla değiştirilebilirler. Bunlar arasında davranışa ilişkin algılanan yararlar, davranışa ilişkin algılanan engeller, algılanan öz-yeterlilik, davranışla ilgili etkiler, kişilerarası etkiler ve

durumsal etkiler bulunur. Bu değişkenlerin ölçülmesi, değişimin aslında müdahaleden kaynaklanıp kaynaklanmadığını değerlendirmek için esastır (Pender ve ark., 2015; Pender ve ark., 2014).

Davranışa ilişkin algılanan yararlar; bir davranışın olumlu veya güçlendirici sonuçlarının zihinsel temsilleridir. Sağlığı Geliştirme Modeli'nde davranışı doğrudan ve dolaylı olarak motive etmek için algılanan faydaların artırılması önerilmektedir. Beklenti-değer teorisine göre algılanan faydaların motivasyonel gücü, davranışa katılan başkalarını gözlemleyerek (vekaleten) veya davranışla ilgili doğrudan deneyimlerden (kişisel sonuçlar) oluşan sonuçlara dayanmaktadır. Bireyler, olumlu sonuçlar elde etme olasılığı yüksek olan faaliyetlere zaman ve kaynak yatırımı yapma eğilimindedir. Faydalar içsel veya dışsal olabilir. İçsel faydalar artan uyanıklık, enerji ve algılanan çekiciliği içerir. Dışsal faydalar, davranışı sergilemenin bir sonucu olarak olası parasal ödülleri veya sosyal etkileşimleri içerir. Başlangıçta, sağlık davranışlarının dışsal faydaları oldukça önemli olabilir, oysa içsel faydalar sağlık davranışlarının sürdürülebilirliğini motive etmede daha güçlüdür. Olumlu sonuç beklenti inancı, genellikle belirli bir sağlık davranışına girmek için yeterli olmasa da gerekli bir koşul olduğu gösterilmiştir (Pender ve ark., 2015; Pender ve ark., 2014).

Davranışa ilişkin algılanan engeller; belirli bir eyleme yönelik yapılamayacağı, rahatsızlığı, masrafı, zorluğu veya zaman alıcı olması gibi algılardan oluşur. Engeller genellikle zihinsel bloklar, engeller ve belirli bir davranış üstlenmenin kişisel maliyetleri olarak görülür (Pender ve ark., 2015; Sakraida 2014). Genellikle davranışla ilgili olarak kaçınma motiflerini uyandırır. Beklenen engeller, belirli bir davranış sergileme niyetini olumsuz etkilemektedir. Daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemek için, sigara içmek veya yüksek yağlı yiyecekler yemek gibi sağlığa zararlı olan ancak bireye mutluluk veren davranışlardan vazgeçmekten oluşan memnuniyetsizlik de bir engel oluşturabilir. Sağlığı geliştirme davranışı sergilemeye hazır olma durumu düşük ve engeller yüksek olduğunda, eylemin gerçekleşmesi olası değildir. Davranışa ilişkin algılanan engellerin doğrudan eylem blokları olarak hizmet etmenin yanı sıra dolaylı olarak bir eylem planına bağlılığı azaltarak SYBD'yi etkileyeceğini öngörülmektedir (Pender ve ark., 2015). Bu engeller birey açısından hayal ürünü ya da gerçekçi olabilir. Engellerin belirlenip çözüm yollarının aranması belirli bir davranışa yönlendirmede olumlu etkiye sahiptir (Çöven, 2013).

Algılanan öz-yeterlilik; belirli bir eylem sürecini organize etmek ve yürütmek için kişisel yeteneğin yargılanmasıdır. Öz-yeterlik, beceriyi içermez, ancak birinin sahip olduğu becerilerle neler yapabileceğine yönelik yargısını içerir (Pender ve ark., 2015; Sakraida 2014). Algılanan öz-yeterlik, kişinin belirli bir performans seviyesini gerçekleştirme yargısıdır. Bir alandaki beceri ve yetkinlik algıları, bireyleri davranışlara katılmaya motive eder (Pender ve ark., 2015). Davranışta kendini, beceriksiz ve vasıfsız hissetmekse, bireyin o davranıştan kaçınma olasılığını yükseltir (Pender ve ark., 2015; Sakraida 2014). Sağlığı Geliştirme Modeli algılanan öz yeterliliğin, davranışla ilgili etkiden etkilendiğini ileri sürmektedir. Etki ne kadar olumlu olursa, öz-yeterlilik algıları o kadar büyük olur. Davranış ne kadar sık tekrarlanırsa, davranışa ilişkili etkiler o derece olumlu olur ve davranışa yönelik öz yeterlilik algısı da aynı oranda artar. Öz-yeterlik algısı, algılanan engelleri ve bir eylem planını takip etmeye bağlılık düzeyini etkileyerek sağlığı geliştirme davranışının ortaya çıkmasında önemli rol oynar (Pender ve ark., 2015). Bu bağlamda öz-yeterlilik, davranışa yönelik yarar algısının artırılmasından, zarar algısının ise azaltılmasından olumlu yönde etkilenmektedir (Çövenner, 2013).

Davranışla ilgili etkiler; davranışla ilgili etkiler davranış öncesi, davranış sırasında ve davranış sonrasında ortaya çıkan etkileri içerir (Sakraida, 2014). Üç bileşenden oluşmaktadır. Bunlar; eylemin kendisine duygusal uyarılma (eylemle ilgili), kendi kendine etki etme (bireye bağlı) ve eylemin gerçekleştiği ortamla ilgili etkidir (çevreyle ilgili). Ortaya çıkan duygu durumu, bireyin davranışı tekrar edip etmeyeceğini veya davranışı uzun vadede sürdürüp sürdürmeyeceğini etkiler. Bu duygusal tepkiler hafif, orta veya güçlü olabilir ve bilişsel olarak etiketlenir, bellekte saklanır ve sonraki davranışla ilişkilendirilir. Davranışla ilişkili etki, olumlu ya da olumsuz olabilen, davranışa duyulan duygusal bir tepkidir; eğlenceli, keyifli, iğrenç ya da tatsız şeklinde olabilir. Olumlu etkiyle ilişkili davranışların tekrarlanması muhtemeldir, oysa olumsuz etkiyle ilişkili davranışlardan kaçınılması muhtemeldir. Bazı davranışlar için hem olumlu hem de olumsuz etkiler taşınabilir. Ancak olumsuz duygular olumlu duygulardan daha kapsamlı bir şekilde detaylandırılır. Bu şaşırtıcı değildir, çünkü kaygı, korku ve depresyon; sevinç ve sakinlikten çok daha fazla zihinde kodlanır (Pender ve ark., 2015). Bu nedenle, davranışla ilgili olumsuz etkiler sağlık davranışını, bireyin davranıştan kaçınmasına neden olarak, öz yeterliliği

düşürerek ve bir eylem planına bağlılık durumunu azaltarak etkilemektedir (Pender ve ark., 2015; Sakraida, 2014).

Kişiler arası etkiler; başkalarının davranışlarını, inançlarını veya tutumlarını içerir. Sağlığı teşvik eden davranışlar üzerindeki kişilerarası etkinin birincil kaynakları aile, akranlar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıdır. Bunların yanında, sosyal normlar (başkalarının beklentileri), sosyal destek (kaynak ve duygusal teşvik) ve modelleme (başkalarını gözlemleyerek yardımcı öğrenme) bulunur (Pender ve ark., 2015; Sakraida 2014). Bu etkiler, bireylerin sağlığı geliştirici davranışlara yönelme yatkınlığını belirler. Sosyal normlar, bireylerin kabul edebileceği veya reddedebileceği performans standartlarını belirler. Sosyal destek; davranışın sergilenmesi için başkaları tarafından sunulan kaynaklar ve motivasyondur. Modelleme, bir sağlık davranışının sıralı bileşenlerini canlandırır ve davranış değişikliği için önemli bir stratejidir. Kişilerarası etkilerin SYBD’yi doğrudan ve dolaylı olarak sosyal baskılar veya bir eylem planına uymayı teşvik ederek etkilediğini öne sürülmektedir. Bireyler, başkalarının isteklerine, örneklerine ve övgülerine karşı duyarlı oldukları ölçüde değişir. Bununla birlikte, yeterli motivasyon göz önüne alındığında, bireylerin sosyal olarak güçlendirilecek davranışları üstlenmeleri muhtemeldir (Pender ve ark., 2015).

Durumsal etkiler; bireyin kişisel durumu, algıları davranışı kolaylaştırır veya engeller. Bireyler, uyumlu, ilgili, güvenli ve güvende hissettikleri durumlarda veya çevrede daha yetkin bir şekilde performans gösterir (Pender ve ark., 2015; Alligoogd 2014). Durumsal etkiler sağlık davranışını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Durumlar, eylemi tetikleyen ipuçlarıyla “yükli” bir ortam sunarak davranışları doğrudan etkileyebilir. Örneğin, sigara içme yasağı olan bir ortam, sigara içmeme davranışı için olumlu bir ortam oluşturur. Durumsal etkiler, sağlık davranışının belirleyicileri olarak desteklenmektedir. Çeşitli popülasyonlarda sağlığı geliştirme davranışlarının teşvik edilmesini ve sürdürülmesini kolaylaştırmak yeni ve daha etkili stratejiler geliştirmek için önemli bir anahtar olarak kabul edilmektedir (Pender ve ark., 2015).

4.2.4.3. Davranış çıktısı

Davranışa karar verme; bu aşama artık bireyin sağlık davranışına başlama için kesin karar verme aşamasıdır. Karar verdiği davranışa yönelik hayatında planlama yapar ve

düzenlemelere gider (Sakraida 2014). Son olarak davranışı uygulamaya geçirir (Çöven, 2013). Bireyler genellikle dağınık plansız davranışlardan ziyade planlı davranışları uygulamada başarılı olurlar. Davranışa karar vermede, farklı noktalarda kullanılacak belirli stratejilerin belirlenmesi, eylem planının başarılı bir şekilde uygulanma olasılığını artırır. Bir tarafın verdiği taahhüdü sürdürmesi durumunda diğer taraftan somut bir ödül veya olumlu geri bildirim almasıyla davranışın devam ettirilmesi olasılığı artar. Bir plana karar vermek, planın ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleşeceği ile ilgili çerçevenin hazırlanmasıyla başlar (Pender ve ark., 2015).

Acil gereksinimler (düşük kontrol) ve öncelikler (yüksek kontrol); acil gereksinimler, bireylerin iş veya aile bakımı sorumlulukları gibi çevresel koşullar nedeniyle nispeten düşük bir kontrol seviyesine sahip oldukları alternatif davranışlardır (Sakraida, 2014). Acil gereksinimlere cevap vermemek, istenmeyen etkilere neden olabilir. Öncelikler ise, bireylerin nispeten yüksek bir kontrol seviyesi uyguladığı güçlü takviye özelliklerine sahiptir. Bireyin önceliklere direnme derecesi, kendi kendini düzenleme yeteneğine bağlıdır. Önceliklere örnek olarak; tat veya lezzet tercihleri nedeniyle yağ oranı düşük gıda yerine, yağ oranı yüksek bir gıdayı veya fiziksel aktivite yerine, alışveriş yapmayı seçmektir. Hem acil ihtiyaçlar hem de öncelikler sağlık davranışlarını geliştirme planını raydan çıkarabilir. Öncelikler, zaman eksikliği gibi engellerden ayırt edilir. Çünkü öncelikler, olumlu sağlık eylemi için bir planı raydan çıkaran kişinin tercih hiyerarşisine dayanan son dakika dürtüleridir. Bu dürtüler bireylerin dikkatini ve SYBD'yi sürdürmesini engeller. Önceliklerin yeniden düzenlenmesi öz düzenleme ve kontrol yeteneklerinin kullanılmasını gerektirir. Sağlık Geliştirme Modeli'nde, SYBD'nin ortaya çıkma olasılığını doğrudan etkilemek için acil ihtiyaçların karşılanması ve bireyin önceliklerinin yeniden düzenlenmesi için teşvik edilmesi önerilir (Pender ve ark., 2015).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları; SYBD son nokta veya eylem sonucudur. Bununla birlikte, SYBD sonuçta birey için optimal refah, kişisel tatmin ve üretken yaşam gibi olumlu sağlık sonuçlarına ulaşmaya yönelik eylem sonucudur (Pender ve ark., 2015; Sakraida 2014). Bu davranışlar, yaşam tarzına entegre edildiğinde, yaşamın her aşamasında gelişmiş sağlık, gelişmiş fonksiyonel yetenek ve daha iyi yaşam kalitesi ile sonuçlanır. Davranış çıktısının değerlendirilmesi, bireylerin olumsuz

davranışlarını değiştirmelerine veya SYBD'nı benimsemelerine yardımcı olmak için ve danışmanlık stratejileri geliştirmek için değerli bilgiler sağlayacağı bildirilmiştir (Pender ve ark., 2015). Pender'e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir (Sakraida, 2014).

Sağlık sorumluluğu; fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin sağlık sorumlulukları; bedenini ve kendini tanıması, sağlıktan sapmalar olduğunda bir sağlık kuruluşuna başvurması, düzenli aralıklarla sağlık taramaları yaptırması, sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, tıbbi yayınları takip etmesi ve sağlığında değişiklik fark ettiğinde gerekli önlemleri alması olarak sayılabilir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin kendi sağlığına önem verdiğinin göstergesidir ve kendi sağlığı ile ilgili sorumluluk duymasına bağlıdır (Avcı, 2016) .

Fiziksel aktivite; hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı ifade eder. Bireyin sağlık durumuna uygun fiziksel aktivite, kişisel sağlık durumunun önemli bir parçasıdır. Günlük yaşamın bir parçası olarak yeterli sürede planlı ve düzenli bir şekilde yürütebilmesini ifade eder (Pender ve ark.,2015).

Beslenme; sağlığın birincil belirleyicilerinden biridir. Bireyin öğünlerini seçmesi, düzenlemesi ve yiyecek seçiminde sağlıklı besinleri tercih etmesini kapsar. Bireyin besinleri yaşı, cinsiyeti, içinde bulunduğu ortama ve sağlık sorunlarına göre yeterli ve dengeli biçimde almasıdır (Pender ve ark., 2015; Bahar ve ark., 2008).

Manevi gelişim; iç gelişim üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışması, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır. Aşılma, iç huzuru sağlar. Bireyin kim olduğunu ve yaptığı şeyin dışında daha başka neler yapabileceğini keşfetmesini ifade eder. Aşılma ile yeni deneyimler için fırsat yaratma olasılığı artar. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir (Bahar ve ark., 2008). Manevi gelişim, yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Bireyler, kendini tanıır, zayıf ve güçlü yönlerini bilir, belirli bir plan ve hedefler doğrultusunda yaşamını sürdürür ve başarılarının farkındadır. Bireyin kendini takdir etmesi, kendinin değerli olduğuna inanması da onun manevi gelişimini gösterir (Pender ve ark., 2015).

Kişilerarası ilişkiler; başkaları ile olan ilişkilerdir. Zorunlu gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir. Pender bireylerin kişilerarası destek sistemini, kendine yakın arkadaş ile birlikte olmak için zaman ayırma, insanlarla önemli ve tatmin edici ilişkiler kurma, başkalarının başarılarını övme, yakın bulunduğu bireylere dokunmaktan hoşlanma, fikir alışverişinde bulunma, tartışma ve uzlaşma yolu ile sorunları çözme olarak tanımlamaktadır (Pender ve ark., 2015).

Stres yönetimi; gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Bahar ve ark., 2008). Stresörler içsel veya dışsal olabilirler. İçsel faktörler başarısızlık korkusu, bilgi eksikliği hissetme gibi bireyin kendisi ile ilgili olanlar; dışsal stresörler ise seyahat etme, yeni bir şehir, yeni bir iş ve ev, başkaları tarafından kabullenilmeme gibi fiziksel ve sosyal çevreden kaynaklananlardır. Stresin yönetimi öğrenilen bir davranıştır. Stres yönetiminde başlangıç, bireyin kendisini stresli hissetmesine neden olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Bireyin egzersiz, meditasyon, doğru beslenme gibi bedene yönelik; olumlu düşünme, duyguları paylaşma, olumsuz duygulardan uzaklaşma gibi duygulara yönelik; zamanı etkin kullanma, etkili iletişim becerileri gibi davranışa yönelik stres kontrolü yöntemleri geliştirmesi, SYBD'yi destekler (Pender ve ark., 2015).

4.2.4.6. Modelin kullanımı

Sağlığı Geliştirme Modeli, lisansüstü eğitimde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca SGM, sağlığın değerlendirilmesi, toplum sağlığı hemşireliği ve sağlıklı yaşam odaklı kursların bir parçası olarak hemşirelik müfredatına dahil edilmiştir. Model, bireylerin kişisel sağlık elde etmek için nasıl motive edilebileceğini anlamak için bir araç sağlayarak sağlık politikası ve sağlık reformu için de bir rehber olarak kullanılabilir (Sakraida, 2014). Yaşam tarzı değişikliği amaçlayan araştırmalar için de bir çerçeve görevi görmekte (Heydari ve Khorashadizadeh, 2014) ve aynı zamanda araştırma araçları geliştirmede bir paradigma sağlamaktadır. Bu model temel alınarak geliştirilen ölçekler araştırmalarda veri toplama aracı, klinik uygulamalarda ve sağlığı geliştirmeye yönelik yapılan eğitimlerde rehber olarak kullanılmaktadır (Sakraida, 2014; Çövenleri, 2013). Model temel alınarak birçok ölçek geliştirilmiştir. Bu

ölçeklerden Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği (Health Promoting Lifestyle Profile) Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir. Ölçek ilk oluşturulduğunda 48 maddeden oluşmaktadır. Ölçek Walker ve Hill-polerecy (1996) tarafından sağlıklı yaşam davranışları ölçeği revize edilerek 4 madde daha eklenmiş ve 52 maddeden oluşan sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeği-2 (SYBDÖ-2) geliştirilmiştir. Bu ölçek, bireyden beklenen sağlıklı yaşam davranışlarını gösterme durumunu ölçmeye yöneliktir (Raingruber 2014; Sakraida, 2014; Çevener, 2013).



5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, akut koroner sendrom geçiren hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitiminin; hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma durumu, ilaca uyumu ve öz yeterliliği üzerine etkisini incelemek amacıyla yapıldı.

5.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma ön-test son-test kontrol gruplu deneysel araştırma tipindedir.

5.3. Araştırmanın Değişkenleri

5.3.1. Bağımsız değişkenler

Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak hazırlanan sağlığı geliştirme eğitimi (SGE) katılma, sosyodemografik özellikler, mesleki ve hastalığa özgü nitelikler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

5.3.2. Bağımlı değişkenler

İlaça uyumu hakkında inançlar ölçeğinden (İUHİÖ), sağlıklı yaşam biçimi davranışları-2 ölçeğinden (SYBDÖ-2), genel öz-yeterlilik ölçeğinden (GÖYÖ) alınan puanlar, beden kitle indeksi, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kan lipit düzeyleri, tekrar hastaneye yatma, tekrar PKG uygulanma durumu ve kontrol izlem formuna verilen cevaplar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

5.4. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Akut koroner sendromlu hastalarda, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada etkilidir.

H₂: Akut koroner sendromlu hastalarda, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitimi, ilaca uyumu artırmada etkilidir.

H₃: Akut koroner sendromlu hastalarda, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitimi, öz yeterlilik düzeyini artırmada etkilidir.

5.5.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, T.C Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde tedavi amacıyla yatırılan hastalarda Ağustos 2018-Kasım 2019 tarihleri arasında yapıldı.

5.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde tedavi amacıyla yatırılan hastalar, örnekleme ise bu evren içinden haftanın üç günü (salı, perşembe ve cuma) kardiyoloji kliniğine başvuran ve araştırma kriterlerini karşılayan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örnekleme güç analizi yaparak hesaplandı. Güç analizi sonucuna göre SYBDÖ-2 puanının SGE sonunda deney grubunda kontrol grubuna göre en az 10 puan artırmayı anlamlı bulabilmek için %90 güç ve %5 tıp I hata düzeylerinde araştırmaya en az deney grubu 32; kontrol grubu 32 olmak üzere 64 kişinin alınması gerektiği bulundu. Ancak kayıpların olacağı düşünülerek örneklem daha büyük tutuldu ve 60 hasta deney grubuna, 60 hasta kontrol olmak üzere toplamda 120 hasta araştırmaya dahil edildi. Yaşanan veri kayıpları sonucunda deney grubunda 52, kontrol grubunda 49 hasta olmak üzere toplamda 101 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu (Şekil 6.).

5.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Akut koroner sendrom tanılarında birini almış olmak,
- Öyküsünde KAH tanısı almamış olmak,
- Daha önce PKG uygulanmamış olmak,
- 18 yaşından büyük, 79 yaşından küçük olmak,
- Romatizmal, kronik tromboembelik, derin ven trombozu, kanser, HIV gibi hastalıklara sahip olmamak,
- Yürümeyi engelleyecek bir sakatlığa sahip olmamak,
- Türkçeyi iyi konuşuyor ve anlıyor olmak,
- İşitme, görme ve anlama güçlüğüne neden olacak herhangi bir hastalığa sahip olmamak,
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonuna sahip olmak.

5.8. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

- Araştırmanın herhangi bir safhasında araştırmadan çıkmak istemek,
- Sonradan gelişen herhangi bir hastalık ya da sakatlık nedeniyle araştırma kriterlerini sağlamamak.

5.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda sıralanmıştır;

Hasta izlem formu (Ek 1),

İlaça uyum hakkında inançlar ölçeği (Ek 2),

Genel öz-yeterlilik ölçeği (Ek 3),

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-2 (Ek 4),

Kontrol izlem formu (Ek 5),

Eğitim Kitapçığı ve Eğitim Sunumu (Ek 6).

5.9.1. Hasta izlem formu

Araştırmacı tarafından literatür incelenmesi, araştırmacının bilgi ve gözlemleri doğrultusunda hazırlanan bu form, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, alışkanlıklarını, tıbbi geçmişini ve şu anki sağlık durumunu belirlemek amacıyla hazırlanmış olup 27 sorudan oluşmaktadır.

Hasta izlem formunda bulunan veriler hastalarla yüz yüze görüşülerek, dosyalar incelenerek ve hastane sisteminden kan sonuçlarına ulaşılarak dolduruldu. Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL), trigliserid ve total kolesterol düzeyleri AKS geçiren hastalarda rutin prosedür doğrultusunda (ilk hastaneye başvurdıklarında, kontrol için çağırıldıkları 3. ve 6. aylarında) takip edilmektedir. Bu bilgilere hastane sistemine girilerek, rutin kontrollerini için başka bir sağlık kuruluşunu tercih eden hastalardan kan sonuçları istenerek ulaşıldı. Birinci derecede akrabaların içinde erkeklerde 55 yaşından, kadınlarda 65 yaşından önce KAH saptanması ile aile öyküsü tanımlandı. Sigara içiciliği, güncel sigara içiciliği; sigarayı bırakma durumu, son dört ay boyunca sigara içmemek olarak tanımlandı. Planlanan bir yatış olmaksızın ani olarak gelişen kardiyak semptomlara bağlı yatış tekrar hastaneye yatma durumu olarak tanımlandı. Planlı olmayan PKG uygulanması durumunda, tekrar PKG olarak kabul edildi. İlk AKS geçirildikten sonra planlı olarak

tekrar hastaneye yatışlar ve planlı PKG tekrar hastaneye yatış ya da tekrar PKG olarak kabul edilmedi.

5.9.2. İlaça uyum hakkında inançlar ölçeği (İUHIÖ)

İlaça uyum hakkında inançlar ölçeği, beşli likert tipi bir ölçektir ve bireyin ilaca uyum hakkındaki inancını ölçer. ABD’de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçeye uyarlanmış şeklinin geçerlik ve güvenirlik çalışması Oğuz ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. On iki maddeden oluşan ölçeğin yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır; 1, 2, 7, 9, 10, 11. maddeleri kişinin yarar algısını; 3, 4, 5, 6, 8, 12. maddeleri ise engel algısını ölçmektedir (Oğuz ve ark.,2019). Ölçeğin 9. maddesi ters kodlanmaktadır. Alt boyutlardan alınabilen toplam puan en düşük 6, en yüksek 30’dur. Yarar alt boyutundan alınan yüksek puan, yapılan davranışlarda yararın daha fazla algılandığını; Engel alt boyutundan alınan yüksek puan ise yapılan davranışlarda bireyin daha çok engelleri algıladığını göstermektedir (Oğuz ve ark., 2010).

Ölçeğin, cronbach alfa değerini yarar alt boyutunda 0.66, engel alt boyutunda da 0.65 olarak bulunmuştur. Test-yeniden test güvenirliğinde yarar alt boyutunda korelasyon katsayısı 0.90, engel alt boyutunda ise 0.91 bulmuştur. Bu değerler doğrultusunda İUHIÖ’nin ülkemizdeki kalp hastalarında geçerli ve güvenilir araçlar olarak kullanılabileceği sonucuna varmışlardır (Oğuz ve ark., 2010). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değerini yarar alt boyutunda 0,70; engel alt boyutunda 0,78 olarak bulundu.

5.9.3. Genel öz-yeterlik ölçeği (GÖYÖ)

Genel öz-yeterlilik ölçeği, bireyin değişik çevreler, yeni ve zor görevlerle başa çıkma yeterliliğine olan inancını test etmektedir. Tamamı pozitif ve 10 maddeden oluşan ölçek tamamen yanlış ve tamamen doğru noktalarıyla sınırlanan 4’lü likert tipinde hazırlanmıştır. Ölçekten en az 10, en fazla 40 puan alınabilmektedir. Yüksek puan genel öz yeterliğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Aypay, 2010).

Schwarzer ve Jarusalem tarafından 1979 yılında Almanya’da geliştirilen GÖYÖ 20 madde olarak hazırlanmıştır. 1981 yılında yapılan düzeltmelerle 10 maddeye indirilmiş ve 1995 yılında son haline getirilmiştir (Schwarzer and at al., 1995). Aypay

(2010), tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. On madde için toplamda hesaplanan cronbach alfa iç tutarlılık değerini 0,83 ve test-tekrar test güvenirliği için hesaplanan korelasyon değeri ise 0,80 bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenirlik analizlerinden elde edilen bulgulardan hareketle, bu ölçeğin genel öz-yeterliği ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olarak kullanılabileceği bildirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değerini 0,74 olarak bulundu.

5.9.4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-2 (SYBDÖ-2)

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği-2, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Walker ve ark. (1996) tarafından geliştirilen ölçek SGM temel alınarak oluşturulmuştur.

Sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği-2'nin Türkçe'ye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. İç tutarlılık güvenirlik katsayısı olan cronbach alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada madde analizinde toplam puan korelasyonunda sınır değer 0,30 olarak kabul edilmiş ve ölçekte yer alan maddeler 0,30-0,60 arasında değişim göstermiştir. Bu değerler doğrultusunda SYBDÖ-2'nin Türk toplumunun SYBD'sini değerlendirmede kullanımının geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmişlerdir (Bahar ve ark., 2008). Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alpha değeri; sağlık sorumluluğu 0,77, fiziksel aktivite 0,79, beslenme 0,68, manevi gelişim 0,79, kişilerarası ilişkiler 0,80, stres yönetimi 0,64 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değerini 0,91 olarak bulundu. Alt boyutlarının cronbach alfa değeri sağlık sorumluluğu alt boyutu için 0,75, fiziksel aktivite alt boyutu için 0,82, manevi gelişim alt boyutu için 0,82, kişilerarası ilişkiler alt boyutu için 0,75, stres yönetimi alt boyutu için 0,54, beslenme alt boyutu için 0,54 olarak bulundu (Tablo 4).

Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt boyutu vardır.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, özen göstermesi, sağlığı hakkında bilgi sahibi olması, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesini ifade eden 9 maddeden oluşmaktadır (3,9,15,21,27,33,39,45,51).

Fiziksel aktivite alt boyutu, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı ve günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yürütülmesini ifade eden 8 maddeden oluşmaktadır (4,10,16,22,28,34,40,46).

Beslenme alt boyutu, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini ifade eden 9 ifadeden oluşmaktadır (2,8,14,20,26,32,38,44,50).

Manevi gelişim alt boyutu, kendini gerçekleştirme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, ilişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmeyi ifade eden 9 maddeden oluşmaktadır (6,12,18,24,30,36,42,48,52).

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu, başkaları ile olan ilişkilerdir. Nedensel gereklilikler dışında anlamlı bir ilişki kurabilmeyi ifade eden 9 maddeden oluşmaktadır (1,7,13,19,25,31,37,43,49).

Stres yönetimi alt boyutu, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesini ifade eden 8 maddeden oluşmaktadır (5,11,17,23,29,35,41,47).

Ölçeğin genel puanı SYBD'nin puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir (Bahar ve ark., 2008).

Tablo 4. SYBDÖ-2'nin Alt Boyutlarının Madde Sayısı ve Alınabilecek Puanlar (Minimum-Maksimum)

SYBDÖ-2 alt Boyutu	Madde sayısı	Puan (maksimum-minimum)	Cronbach Alfa değerleri	Bu Çalışmadaki Cronbach Alfa Değerler
Sağlık sorumluluğu	9	9-36	0,77	0,75
Fiziksel aktivite	8	8-32	0,79	0,82
Beslenme	9	9-36	0,68	0,54
Manevi gelişim	9	9-36	0,79	0,82
Kişilerarası ilişkiler	9	9-36	0,80	0,75
Stres yönetimi	8	8-32	0,64	0,54
SYBDÖ-2 Toplam	52	52-208	0,92	0,91

5.9.5. Kontrol izlem formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen kontrol izlem formu hastaya sağlığı geliştirici davranışları hatırlatmayı amaçlayan 16 sorudan oluşmaktadır. Bu form SYBDÖ-2 ve sağlığı geliştirme eğitimi rehber alınarak oluşturuldu.

5.9.6. Eğitim Kitapçığı ve Eğitim Sunumu

Eğitim kitapçığı SGE’de verilen bilgilerin kalıcılığını artırmak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlandı. Çeşitli fotoğraf ve resimlerle bilgilerin kalıcılığının arttırılması hedeflendi. Taslak halinde hazırlanan eğitim kitapçığı ve sunumu, tez izlem jürisine ve kardiyoloji alanında profesör olan bir hekime sunuldu. Alınan geribildirimler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak jürinin onayı doğrultusunda eğitim kitapçığının (Ek 6) ve eğitim sunumunun (Ek 7) hazırlanması tamamlandı.

5.10. Araştırmanın Uygulanması

Hastaların yapılan eğitim hakkında iletişime geçmelerini ve kontrol grubundaki bireylere eğitim verilmemesi durumunda hastaların ayrımcılık yapıldığını düşünmelerini engellemek amacıyla kontrol ve deney grubunun verileri ayrı zamanlarda toplandı. Hangi grubun ilk toplanacağı kura ile belirlendi. Çekilen kura sonucuna göre ilk olarak kontrol grubunun verileri toplandı. Tüm veri toplama araçlarında yer alan bilgiler ilk izlemde yüz yüze; danışmanlık ve son izlemde telefonda görüşülerek dolduruldu (Tablo 5).

Tablo 5. Verilerin Toplanma Yöntemi

Kullanılan veri toplama aracı	Veri toplama yöntemi		
	Yüz yüze görüşme	Telefonla görüşme	Hastane kayıtları
Hasta İzlem Formu	X (ilk izlem)	X (son izlem)	X (ilk izlem-Son izlem)
İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği	X (ilk izlem)	X (son izlem)	
Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği	X (ilk izlem)	X (son izlem)	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2	X (ilk izlem)	X (son izlem)	
Kontrol izlem Formu		X (danışmanlık)	

Tüm görüşmelerde ölçeklerdeki ifadeler araştırmacı tarafından okunarak hastalardan cevaplamaları istendi. Verilen cevaplar doğrultusunda ilgili alan işaretlenmek suretiyle veriler toplandı. Soruların aynı kişi tarafından aynı algıyı yaratacak şekilde sorulmasıyla, kişisel ifade farklılıklarına bağlı olarak farklı anlaşılmalara önüne geçilmesi hedeflendi.

Veriler, kontrol grubu için salı, perşembe; deney grubu için salı, perşembe, cuma günleri hastaneye gidilerek toplandı. Her iki hasta grubunda da ilk görüşmede hasta izlem formu, İUHiÖ, GÖYÖ ve SYBDÖ-2 ile ilk izlem verileri toplandı. İlk izlemede bir hasta için veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 30 dk (minimum 20 – maksimum 40 dk) sürdü. Veri toplama araçlarının uygulanmasını takiben deney grubuna alınan hastalara SGM temel alınarak hazırlanan SGE (Ek 6) verildi. Eğitim sonunda eğitim materyali kitapçık halinde hastaya verildi (Ek 7). Kontrol grubundaki hastalara araştırma sürecinde (rutin hastane protokolü haricinde) eğitim verilmedi ve bir girişimde bulunulmadı. Kontrol grubunun verilerinin toplanmasını takiben farklı gruplardaki hastaların karşılaşmasını engellemek adına (eğitim konusunda etkileşimde bulunmamaları amacıyla) beş ay süreyle veri toplanmasına ara verildi.

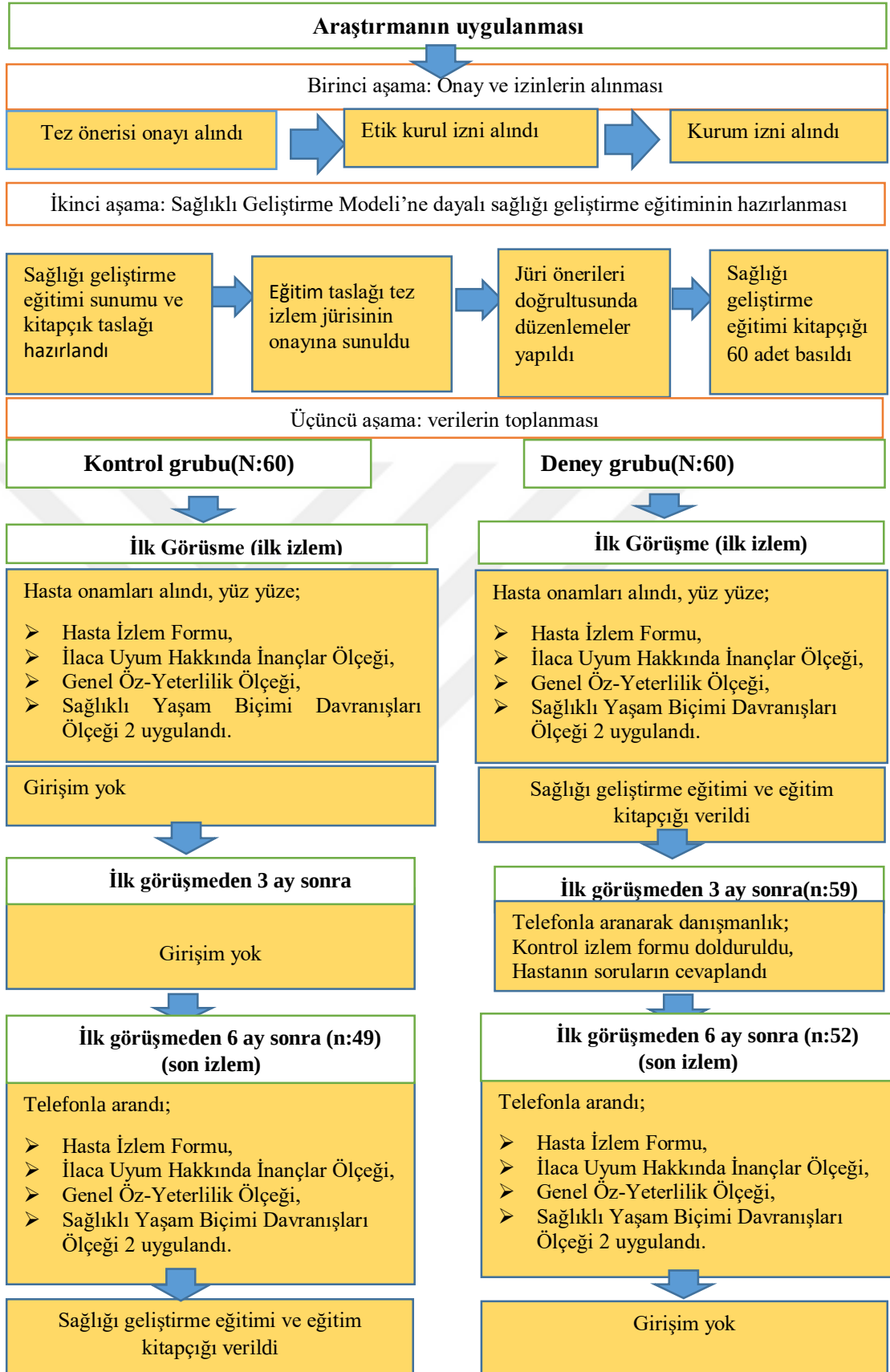
Kontrol ve deney grubunda hedeflenen hasta sayısına 22 haftada (11 hafta kontrol grubu: 07.08.2018-15.10.2018; 11 hafta deney grubu: 18.03.2019-30.05.2019) ulaşıldı.

Deney grubundaki hastalar ilk görüşmeden üç ay sonra danışmanlık görüşmeleri için telefonla arandı. Danışmanlık görüşmeleri 17.06.2019-26.08.2019 tarihleri arasında aynı hafta araştırmaya dahil edilen hastaların aynı gün (pazartesi) telefonla aranması suretiyle tamamlandı. Araştırmacının kendini tanıtmayı takiben kontrol izlem formundaki sorular araştırmacı tarafından okunarak hastalara yöneltildi. Hastalardan alınan SYBD'ye yönelik olumlu cevaplar davranışı pekiştiren sözlerle (çok güzel, tebrik ederim vb.) desteklenirken, risk içeren davranışların değiştirilmesine yönelik (nasıl olması gerekirdi, sizce doğrusu ne olmalı vb.) ifadelerle geri bildirim verildi. Formdaki soruların sorulmasını takiben hastanın merak ettiği sorular yanıtlandı. Bu görüşmelerde hastaların SYBD'ye yönlendirilmesi ve SGE'nin hatırlatılması hedeflendi. Danışmanlık görüşmeleri minimum 20 dk, maksimum 45 dk sürdü. Toplamda 59 hastaya ulaşıldı bir hastanın telefonunun kullanım dışı olması nedeniyle

ulaşılamadı. Hastalar yapılan danışmanlık görüşmelerinden memnun kaldıklarını ifade ettiler.

Her iki gruptaki hastalar ilk görüşmeden altı ay sonra aynı hafta içinde araştırmaya dahil edilen hastalar aynı gün (pazartesi) telefonla arandı. Kontrol grubunun 04.02.2019-15.04.2019 tarihleri arasında ve deney grubunun 16.09.2019-25.11.2019 tarihleri arasında son izlem verileri toplandı. Hasta izlem formu, İUHIÖ, GÖYÖ ve SYBDÖ-2 ile hastaların verdiği cevaplar doğrultusunda ilgili alanlar işaretlenerek son izlem verilerinin toplanması tamamlandı. Verilerin toplanmasının ardından hastaların merak ettiği sorular yanıtlandı. Görüşmeler minimum 30 dk, maksimum 60 dk sürdü (Şekil 4.)

Verilerin toplanmasının son bulmasıyla kontrol grubundaki hastalar katılım oranını artırmak amacıyla üç farklı tarihte (07.02.2020/ 14.02.2020/ 21.02.2020) SGE'ye davet edildi. Eğitime katılan 25 hastaya SGE ve eğitim kitapçığı verildi.

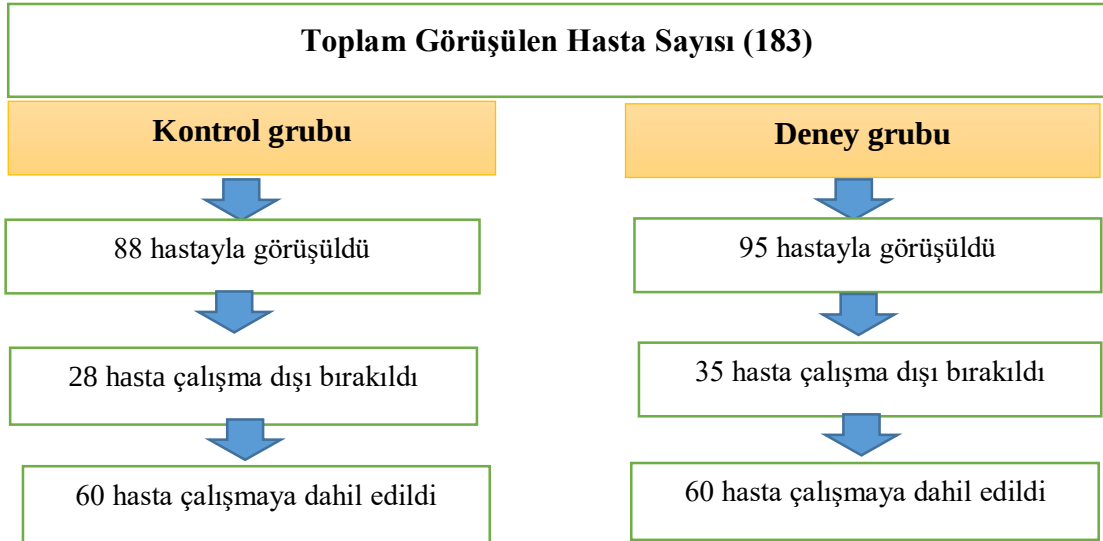


Şekil 4. Araştırmanın uygulanması

5.10.1. Veri kayıpları

Kontrol grubunun verilerinin toplandığı tarihler arasında toplamda 88 AKS geçiren hastayla görüşüldü. Bu hastalardan 28 hasta araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymaması nedeniyle (iki hastanın yurt dışında yaşıyor olması, üç hastanın şehir dışında yaşıyor olması, bir hastanın araştırmayı gereksiz bulması, bir hastanın zaman ayıramayacağını düşünmesi, üç hastanın kendini iyi hissetmemesi, iki hastanın kanser tanısının bulunması, beş hastanın PKG öyküsünün olması, üç hastanın Türkçe dışında bir dil konuşuyor olması, altı hastanın 79 yaşından büyük olması, iki hastanın ise psikiyatrik ilaç kullanıyor olması) araştırma dışı bırakıldı ve 60 hasta kontrol grubuna dahil edildi (Şekil 5).

Deney grubunun verilerinin toplandığı tarihler arasında toplamda 95 AKS geçiren hastayla görüşüldü. Hastalardan 35'i araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymadığı için (10 hastanın PKG öyküsünün olması, iki hastanın araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, üç hastanın taburculuğunun yapılmış olması nedeniyle eğitime katılmadan hastaneden ayrılması, yedi hastanın kanser tanısının olması, beş hastanın Türkçe dışında bir dil konuşuyor olması, sekiz hastanın ise 79 yaşından büyük olması) araştırma dışı bırakıldı ve 60 hasta deney grubuna dahil edildi (Şekil 5).

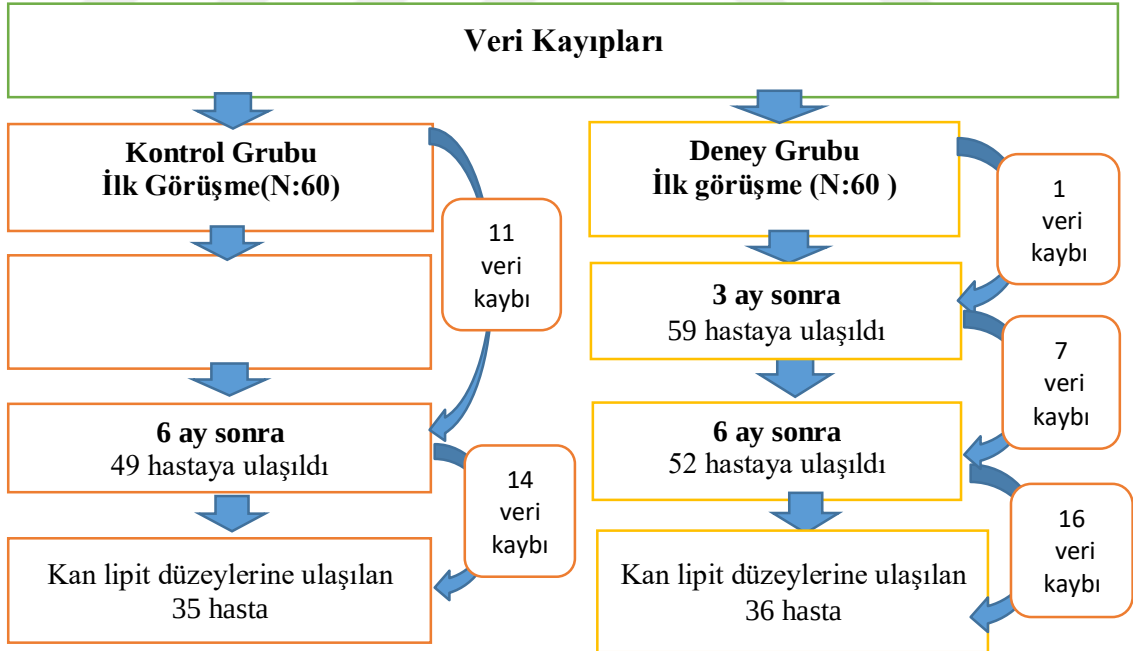


Şekil. 5. Araştırma Dışı Bırakılan ve Araştırmaya Dahil Edilen Hasta Sayısı

Kontrol grubuna alınan 60 hastadan son izlem verilerin toplanması sürecinde; bir hastanın noninvaziv solunum destek cihazına bağlı olması, bir hastanın ise ciddi solunum sıkıntısının olması nedeniyle konuşamaması, iki hastanın telefonunun

ulaşılamıyor durumda olması ve yedi hastanın telefona cevap vermemesi nedenleriyle 11 hasta araştırma dışı bırakıldı. Sonuç olarak kontrol grubunda 49 hastanın verilerine ulaşıldı. Verilerine ulaşılan 49 hastadan 11 hastanın kontrol randevularına gelmemesi ve üç hastanın ise başka bir kurumda rutin kontrollerini yaptırıyor olmaları, ancak kan sonuçlarını bilmemeleri nedeniyle 14 hastanın kan lipit düzeylerine ulaşılamadı. Toplamda 35 hastanın kan lipit düzeylerine ulaşıldı (Şekil 6).

Deney grubunda danışmanlık verilen 59 hastadan son izlem verilerinin toplanması sürecinde; üç hastanın telefonuna cevap vermemesi, dört hastanın ise telefonunun kullanım dışı olması nedeniyle yedi hasta araştırma dışı bırakıldı. Toplamda 52 hastanın son izlem verilerine ulaşıldı. Verilerine ulaşılan 52 hastadan yedi hastanın kontrollerine gelmemesi ve 11 hastanın başka bir kurumda takipli olması ancak kan değerlerini bilmemesi nedeniyle 16 hastanın kan lipit sonuçlarına ulaşılamadı. Toplamda 36 hastanın kan lipit düzeylerine ulaşıldı. Yaşanan veri kayıpları sonucunda çalışma kontrol grubunda 49, deney grubunda 52 toplamda 101 hasta çalışmanın örneklemini oluşturdu, bu hastalardan toplam 71 hastanın kan sonucuna ulaşıldı (Şekil 6).



Şekil 6. Veri Kayıpları

5.11. Sağlığı Geliştirme Eğitimi (SGE)

Sağlığı geliştirme eğitimi içeriği SGM temel alınarak literatür bilgisi doğrultusunda hazırlandı. Eğitim planı Tablo 6’da, eğitim içeriği Tablo 7’de, eğitim hedefleri ve öğrenim alanları Tablo 8’de verildi. Eğitim SGM’nin bileşenleri doğrultusunda yürütüldü.

Tablo 6. Eğitim Planı

Eğitim türü	Hasta eğitimi
Eğitim konusu	Akut koroner sendrom sonrası sağlığın geliştirilmesi
Eğitimin süresi	- İlk oturum: 10 dk hastayla tanışma ve 20 dk eğitim - 30 dk ara - İkinci oturum: 20 dk eğitim ve 10 dk karşılıklı tartışma
Eğitim ortamı	Kardiyoloji kliniği toplantı odası
Katılımcılar:	Akut koroner sendrom tanısı almış bireyler
Araç	- Bilgisayar - Barkovizyon - Eğitim kitapçığı
Eğitimci	Uzm. Hemşire Aynur KAYNAR ŞİMŞEK
Amaç	Akut koroner sendromlu bireyin hastalığına ve sağlıklı yaşam biçimine ilişkin bilgi edinmesini sağlayarak, öz-yeterliliğini, ilaca uyumunu artırmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmak

Tablo 7. Sağlığı Geliştirme Eğitimi Konu İçeriği

İçerik	Alt başlıklar
Kalp Damar Hastalığı (Koroner Arter Hastalığı) Nedir?	
Kalp Krizi (Miyokart İnfarktüsü) Nedir?	
Koroner Anjiyografi Nedir?	
Kan Damarlarının Yapısı Nasıldır?	
Plaklar Nasıl Oluşur?	- Kan Yağ Düzeyinin Etkisi - Sürekli (Kronik) Damar Duvarı Hasarı
Kalp Damar Hastalığına Neden Olan Risk Faktörleri Nelerdir?	- Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri - Kontrol Edilebilen Risk Faktörleri
Risk Faktörleri Nasıl Kontrol Altına Alınır?	- Beslenme - Fiziksel Aktivite - Sağlıklı Vücut Ağırlığının Korunması - Sigara ve Alkolün Bırakılması - İlaçların Kullanılması - Stres Yönetimi - Sağlık Sorumluluğu

Tablo 8. Sağlığı Geliştirme Eğitimi'nin Öğrenim Hedefleri ve Öğrenim Alanları

Öğrenim Hedefleri	Yöntem	Öğrenim Alanları
Koroner arter hastalığını tanımlar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Miyokart İnfarktüsünü tanımlar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Acil yardımı araması gereken durumları sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Miyokart İnfarktüsünü fark eder.	Soru cevap Düz anlatım	Duyuşsal alan
Koroner anjiyografinin yapılma amacını tanımlar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Kan damarlarının yapısını tanımlar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Plak oluşum nedenlerini sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Damar yapısına zarar veren faktörleri sayar.	Soru cevap Düz anlatı	Bilişsel alan
Kalp damar hastalığına neden olan risk faktörlerini sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Kan basıncının normal değerlerini söyler.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Kan basıncı değişimlerini fark eder.	Soru cevap Düz anlatım	Duyuşsal alan
Sigaranın tansiyon ve damarlar üzerine etkisini tanımlar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Nabızın normal değerlerini söyler.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Beden kitle indeksinin normal sınırlarını söyler.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Beden kitle indeksini tablodan hesaplar.	Düz anlatım Demonstrasyon	Devinişsel alan
Kan lipidlerinin değerlerini takip eder	Soru cevap Düz anlatım	Duyuşsal alan
Stresin vücuda etkilerini sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Sağlıklı Beslenmenin vücuda etkilerini sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Sağlığa zararlı besinleri sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Sınırlandırılması gereken besinleri sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Kalp sağlığı için önerilen besinleri sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Fiziksel aktivitenin vücuda etkilerini sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Yapabileceği egzersizleri sayar.	Soru cevap Düz anlatım	Bilişsel alan
Aktivite esnasında kalp hızını kontrol eder.	Düz anlatım Demonstrasyon	Devinişsel alan
Kilosunu ölçer.	Soru cevap Düz anlatım	Devinişsel alan
Sigarayı bırakır.	Soru Cevap Düz Anlatım	Devinişsel alan
İlaçlarını düzenli kullanır.	Soru Cevap Düz Anlatım	Devinişsel alan
Stresini kontrol etme yöntemleri geliştirir.	Soru Cevap Düz Anlatım	Devinişsel alan
Sağlık sorumluluğunu alır.	Soru Cevap Düz Anlatım	Devinişsel alan

5.11.1. Sağlığı geliştirme eğitiminde Sağlığı Geliştirme Modeli'nin bileşenleri

5.11.1.1. Bireysel özellikler ve deneyimler

Hasta izlem formunun, İUHİÖ'nin, GÖYÖ'nin ve SYBDÖ-2'nin doldurulması esnasında hastanın, kişisel özellikleri ve sağlığı geliştirici davranışlara ilişkin önceki deneyimleri kayıt altına alındı (beden kitle indeksi, kan lipit düzeyleri, yaş, gün içerisinde yaptığı aktiviteler, egzersiz yapma durumu, beslenme durumu, kronik hastalıkları, sigara alkol kullanma durumu ve hangi besinleri tükettiği vb.). Ayrıca eğitimin ilk 10 dakikasında hastaların, koroner arter hastalığına ilişkin ailesel ve çevresel durumları sorgulandı (akrabalarda KAH nedeniyle hastalık ya da ölüm deneyimi, kendisinde KAH nedeniyle sağlık sorunu yaşama, genel tıbbi kontrol, kardiyolojik tetkik yaptırma vb.). Elde edilen bilgiler doğrultusunda, eksiklikler saptanarak eğitim verilirken eksik noktaların üzerinde duruldu.

5.11.1.2. Davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkiler

Hastalara, toplam 60 dk sürecek olan SGE sunuldu. Eğitimin içeriği;

Davranışa ilişkin algılanan engeller; arterosklerozun patofizyolojisi ve arteroskleroza neden olan risk faktörleri anlatılarak sağlıklı yaşama uygun olmayan davranışların insan vücuduna olumsuz etkileri vurgulandı. Böylece sağlıksız yaşam davranışlarının vücuda olan zararına yönelik olan inancın artırılması hedeflendi. Aile, arkadaş ve akranların desteği sorgulandı; sağlığı geliştirici davranışları uygulaması ve benimsemesi için oluşabilecek engeller ve bu engellerin nasıl aşabileceği tartışıldı. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilerken (egzersiz, beslenme vb.) dikkat etmesi gereken noktalar üzerinde duruldu.

Davranışa ilişkin algılanan yarar; beslenmenin, sağlıklı vücut ağırlığının korunmasının, fiziksel aktivitenin, sigara ve alkolün bırakılmasının ve önerilen ilaçların kullanılmasının önemi anlatıldı. Ayrıca SYBD'nin kazanılmasıyla oluşacak sonuçlar ve bu sonuçların yaşam kalitesi üzerine etkisi anlatılarak SYBD'nin yararına olan inancın (yararın içsel-dışsal boyutu) artırılması hedeflendi. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının doğru şekilde sergilenmesiyle oluşacak kazanımlar doğrultusunda, dolaylı yoldan öz-yeterliliği ve davranışla ilgili olumlu duyguların arttırılması hedeflendi.

Algılanan öz-yeterlilik; hastalar, SYBD'ye başlamaya yönelik karar verme konusunda desteklendi ve aileleriyle birlikte hedef tarihler konuldu. Özgüveni destekleyen sözler ve geçmiş deneyimler paylaşılarak olumlu davranışlar pekiştirildi. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik öz-yeterliliği düşük olan bireylerde engeller tartışılarak çözümler planlandı. Beden kitle indeksi tablosu üzerinden, BKİ hesaplama yöntemi gösterildi ve hastalardan kendi BKİ'lerini tablo üstünde hesaplamaları istendi. Radial nabız ölçümü demonstrasyon yöntemiyle anlatıldı ve hastalara kendi nabızları ölçtürüldü.

Davranışla ilgili etkiler; bireyin SYBD ile ilgili davranış öncesinde, sırasında ya da sonrasında yaşadığı duygular tartışıldı. Olumsuz duygulara neden olacak faktörler üzerinde konuşuldu. Olumlu duygular ve olumlu bakış açısına geliştirmesi için önerileri sunuldu ve cesaretlendirildi.

Kişiler arası etkiler; bireyin bakımından sorumlu aile üyeleri/üyesinin eğitime katılması sağlandı. Aile üyelerinin bireyden beklentileri (başkalarının beklentileri), bireyin aile üyelerinden beklentileri (kaynak ve duygusal teşvik), SYBD konusunda rol modelleri (başkalarını gözlemleyerek yardımcı öğrenme) sorgulandı. Oluşabilecek engeller tartışılarak bireyin SYBD konusunda desteklenmesi hedeflendi.

Durumsal etkiler; bireyin ilgili, güvenli ve güvende hissettikleri bir ortam oluşturuldu. Ayrıca hastane ortamının SYBD'yi tetikleyen ipuçlarıyla yüklü (sigara içmenin yasak olması, öğünlerde kardiyak diyet verilmesi, ilaçların düzenli bir şekilde verilmesi vb.) bir ortam olmasından yararlanılarak bu davranışların kalıcı olması konusunda hatırlatmalar yapıldı. Hastanın psikolojik/sosyal desteğe ihtiyacı varsa bu konuda yönlendirildi.

5.11.1.3. Davranış çıktısı

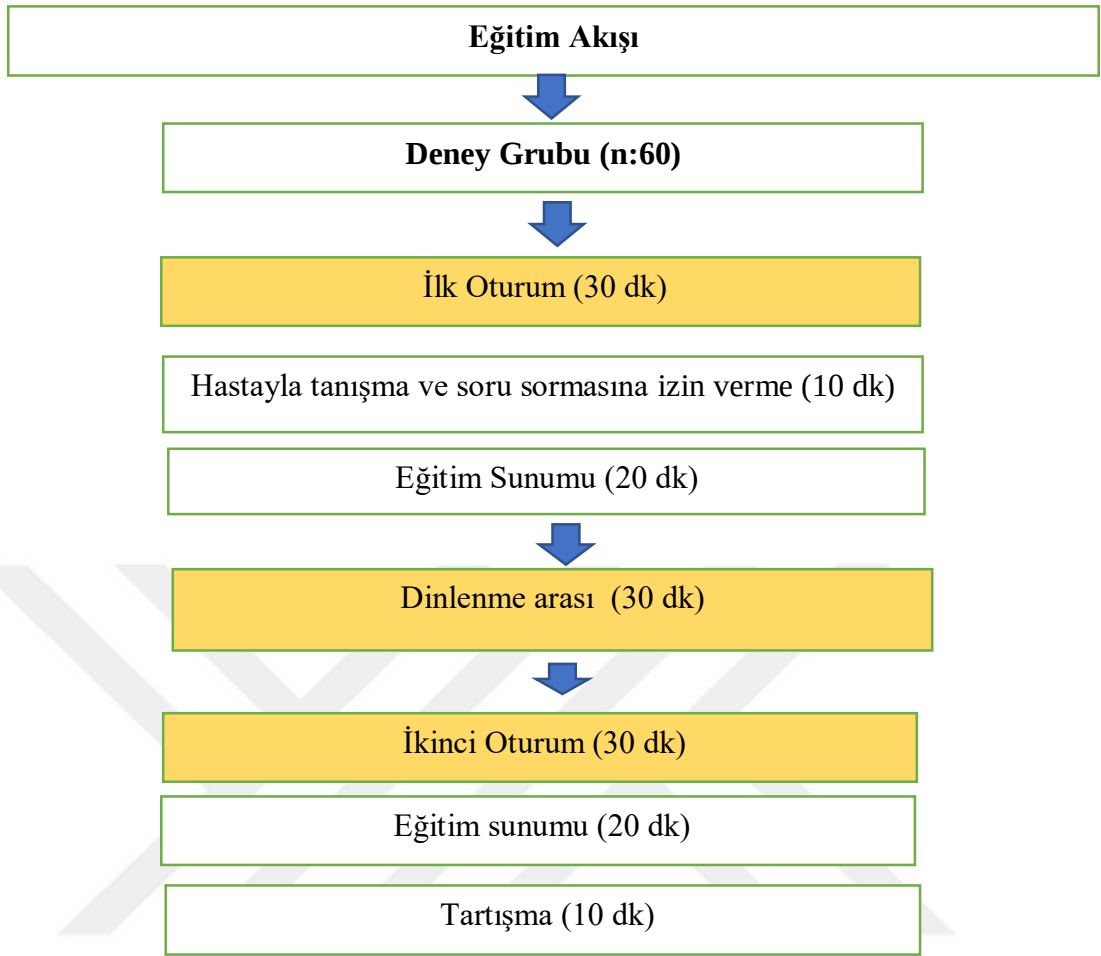
Davranışa karar verme; eğitimin son 10 dakikası hastanın merak ettiklerini sorması ve tartışma şeklinde yapıldı. Hastanın öncelikleri hakkında tartışıldı. Her bir hasta için SYBD'ye başlama tarihleri hastayla birlikte belirlendi ve bu tarih bir kağıda yazılarak kendilerine verildi. Eğitimden 3 ay sonra hastalar telefonla aranarak kontrol izlem formu dolduruldu ve danışmanlık hizmeti verildi. Bu görüşmelerde daha önce hastayla birlikte belirlenen hedefler ve bu hedefler için konulan tarihler sorgulandı. Kontrol izlem formunda var olan sorulara verilen olumlu cevaplar davranışı pekiştiren sözlerle

(çok güzel, tebrik ederim vb.) desteklenirken, risk içeren davranışların değiştirilmesine yönelik (nasıl olması gerekirdi, sizce doğrusu ne olmalı vb.) ifadelerle geri bildirim verildi. Formdaki soruların sorulmasını takiben hastanın merak ettiği sorular yanıtlandı. Eğitimden 6 ay sonra davranış çıktısı SYBDÖ-2 ile ölçüldü.

5.11.2. Sağlığı geliştirme eğitiminin akışı

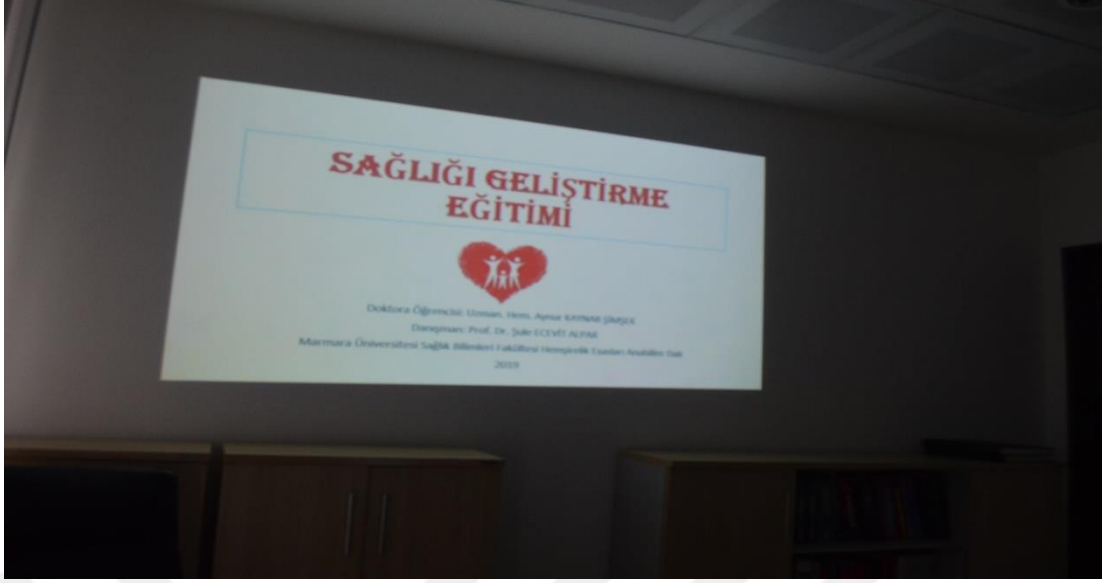
Hastaların onamı alınıp formların doldurulmasını takiben genel durumları stabilse (yaşam bulguları normal sınırlar içerisinde, göğüs ağrısı yok, hiçbir sıvı tedavisi ya da infüzyon şeklinde ilaç tedavisi almıyor) doktorundan da sözel onay alınarak kardiyoloji kliniğindeki toplantı odasına davet edildi. Hastalar ve hasta yakınları (her hastanın bir yakını) daha önceden eğitim için hazırlanmış kardiyoloji servisindeki toplantı odasına alındı. Toplantı odasında powerpoint dosyası şeklinde hazırlanan SGE sunumu barkovizyon cihazı kullanılarak yansıtıldı. Hastalar ekranı net görebilecekleri bir şekilde oturmaları için yönlendirilerek eğitime başlandı.

Eğitim oturumları minimum 2 (bir hasta ve bir yakını), maksimum 10 (5 hasta ve 5 hasta yakını) kişiyle yapıldı. Eğitim iki oturum şeklinde olup toplam 60 dk olarak yapıldı. İlk oturum: 10 dk hastayla tanışma ve merak ettiklerini sormasına izin verme, 20 dk eğitim sunumu şeklinde yapıldı. İkinci oturum: 20 dk eğitim ve 10 dk karşılıklı tartışma şeklinde yapıldı. İki oturum arasında hastanın hastanede yapılan genel takip ve tedavisinde aksaklığa sebep olmamak amacıyla 30 dk ara verildi (Şekil 7).



Şekil 7. Sağlığı Geliştirme Eğitimi'nin Akış Şeması

Eğitim metaryali olarak araştırmacı tarafından hazırlanan power point sunumu barkovizyonla yansıtıldı ve araştırmacı tarafından sunuldu (Resim 1,2).



Resim 1. Sağlığı geliştirme eğitimi



Resim 2. Sağlığı geliştirme eğitimi

Sağlığı Geliştirme Eğitimi sırasında hastaların şuan ki BKİ, olması gereken BKİ, mevcut kan lipid düzeyleri ve olması gereken kan lipid düzeyleri katılımcıların da aktif katılımıyla hesaplanıp tartışıldı. Ayrıca nabız ölçme öğretilerek uygulaması yaptırıldı. Eğitim sonunda eğitim kitapçığı, telefon görüşmeleri için aranacakları tarihlerin ve SYBD'ye (sigaranın bırakılması, egzersize başlanması gibi) başlamak için hedef tarihlerin yazılı olduğu bir kağıt hastalara verildi.

5.12. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı (Ek 8), kurum izini (Ek 9), ölçeklerin kullanılması için gerekli izinler alındı (Ek 10, Ek 11, Ek 12). Hastalar araştırmanın amacı ve konusu hakkında sözel olarak bilgilendirildi ve bilgilendirme formu (Ek 13, Ek 14) verildi. Hastaların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair beyanı (Ek 15) ve imzalı onamları (Ek 16) alındı. Araştırmanın tüm verilerinin toplanmasını takiben hak kaybının olmaması amacıyla kontrol grubundaki hastalar da SGE'ye davet edildi ve eğitime katılan 25 hastaya eğitim kitapçığı verildi.

5.13. Araştırmanın İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanıldı. İki grup arasından katagorik değişkenler için Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırma yapılırken normal dağılım gösteren verilerde Independent Simple T- testi, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Grup içi karşılaştırmalarda verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanıldı.

5.14. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Bu araştırmanın örnekleme Ağustos 2018- Kasım 2019 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniğine salı, perşembe ve cuma günlerinde başvuran hastalarla sınırlıdır.
2. Bu araştırmanın bulguları “Hasta izlem formu”, “İUHİÖ”, “GÖYÖ” ve “SYBDÖ-2” veri toplama araçlarından elde edilen verilerle sınırlıdır.
3. Hastaların birbiriyle yapılan eğitim konusunda iletişime geçmeleri ve etkileşimin engellenmesi amacıyla grupların verileri eş zamanlı toplanamamıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde istatistiksel analizleri sonucunda elde edilen bulgular sekiz başlık altında verildi;

- Demografik özelliklere ilişkin bulgular
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ilişkin bulgular
- İlaça uyum hakkında inançlar ölçeğine ilişkin bulgular
- Genel öz-yeterlilik ölçeğine ilişkin bulgular
- Sigara ve alkol kullanım durumlarına ilişkin bulgular
- Beden kitle indeksine ilişkin bulgular
- Kan lipit düzeylerine ilişkin bulgular
- Tekrar hastaneye yatma ve tekrar perkütan koroner girişim uygulanma durumlarına ilişkin bulgular

6.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 9. Grupların Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

Bulgular		Deney Grubu(52) n (%)	Kontrol Grubu(49) n(%)	Toplam (101) n(%)	Test İstatistiği	p
Cinsiyet	Kadın	7(%13,5)	6(%12,2)	13(%12,9)	0,033*	1,000
	Erkek	45(%86,5)	43(%87,8)	88 (%87,1)		
Yaş (Ort ±SS)		56,92±10,49	52,59±8,04	54,82±9,59	-2,316**	0,023
BKİ (Ortanca)(Ç1-Ç3)		27,71 (25,73-32,37)	27,10 (25,04-30,64)	27,42 (25,35-31,23)	1104***	0,248
Öğrenim durumu	Okuma yazma bilmiyor	8(%15,4)	5(%10,2)	13(%12,9)	9,152*	0,057
	İlkokul	28(%53,8)	27(%55,1)	55(%54,5)		
	Ortaokul	6(%11,5)	0(%0,0)	6(%5,9)		
	Lise	7(%13,5)	9(%18,4)	16(%15,8)		
	Üniversite	3(%5,8)	8(%16,3)	11(%10,9)		
Medeni durum	Evli	47(%90,4)	42(%85,7)	89(%88,1)	0,526*	0,547
	Bekar	5(%9,6)	7(%14,3)	12(%11,9)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	26(%50,0)	31(%63,3)	57(%56,4)	1,806*	0,229
	Çalışmıyor	26(%50,0)	18(%36,7)	44(%43,6)		
Haneye giren toplam aylık gelir (TL)	<2000	18(%34,6)	15(%30,6)	33(% 32,7)	0,279*	0,087
	2000-5000	28(%53,8)	27(%55,1)	55(%54,5)		
	>5000	6(%11,5)	7(%14,3)	13(%12,6)		
Ailede KAH öyküsü	Yok	18(%36,4)	15(%30,6)	33(%32,7)	0,184*	0,678
	Var	34(%65,4)	34(%69,4)	68(%67,3)		
Sistemik hastalık	Yok	17(%32,7)	20(%40,8)	37(%36,6)	1,511*	0,680
	HT	13(%25,0)	12(%24,5)	25(%24,8)		
	DM	10(%19,2)	10(%20,4)	20(%19,8)		
	HT+DM	12(%23,1)	7(%14,3)	19(%18,8)		
Sigara Kullanma	Evet	24(%46,2)	32(%65,3)	56(%55,4)	3,746*	0,072
	Hayır	28(%53,8)	17(%34,7)	45(%44,6)		
Alkol kullanma	Evet	5(%9,6)	11(%22,4)	16(%15,8)	3,117*	0,103
	Hayır	47(%90,4)	38(%77,6)	85(%84,2)		
AKS Klinik türü	NSTEMI	21(%40,4)	21(%42,9)	42(%41,6)	3,557*	0,169
	STEMI	31(%59,6)	25(%51,0)	56(%55,4)		
	UA	0(%0,0)	3(%6,1)	3(3,0%)		
Yapılan girişim	Stent	25(%48,1)	27(%55,1)	52(%51,5)	2,014*	0,365
	Stent+Balon anjiyoplasti	21(%40,4)	41(%40,6)	41(%40,6)		
	Balon anjiyo plasti	6(%11,5)	2(%4,1)	8(%7,9)		
Medikal tedavi	S ^s +A ^a +B ^b	25(%48,1)	28(57,1%)	53(%52,2)	1,342	0,511
	S+A + P ^p	18(34,6%)	16(32,7%)	34(%33,2)		
	S+A + E ^e	9(17,3%)	5(10,2%)	14(%13,9)		
Atorvastatin mg (Ortanca) (Ç1-Ç3)		40(20-80)	40(20-80)	40(20-80)	1124,5	0,721

*Pearson Chi-Square

**independent samples T- Testi

***Mann Whitney U

s: Atorvastatin grubu lipit düşürücü; a: Asetilsalisilik asit; b: Birilinta; p: Plavix; e: Effient

Hastaların %87,1'i (n=88) erkekti. Yaş ortalamaları $54,82 \pm 9,59$, BKİ ortancası 27,42 ($\text{Ç1}=25,35/\text{Ç3}=31,23$) olarak bulundu. Diğer özellikler açısından hastalar değerlendirildiğinde %54,5'inin (n=55) ilkokul mezunu olduğu, %88,1'inin (n=89) evli olduğu, %56,4'ünün (n=57) aktif olarak çalıştığı, %54,5'inin (n=55) haneye giren toplam aylık gelirinin 2000-5000 TL arasında olduğu, %67,3'ünün (n=68) ailesinde KAH öyküsünün olduğu, %24,8'inin (n=25) HT tanısı almış olduğu, %19,8'inin (n=20) DM tanısı almış olduğu, %55,4'ünün (n=56) sigara kullandığı, %15,8'inin (n=85) alkol kullandığı, %55,4'ünün (n=56) STEMI tanısı aldığı, %51,5'ine (n=52) stent işlemi uygulandığı ve %52,2'sine (n=53) statin grubu lipit düşürücü+ asetilsalisilik asit + birilintadan oluşan kombine ilaç tedavisinin başlandığı saptandı (Tablo 9).

Deney ve kontrol grubu demografik özellikler açısından ayrı ayrı değerlendirildi.

Deney grubunun %86,5'i (n= 45) erkekti. Yaş ortalaması $56,92 \pm 10,499$, BKİ ortancası 27,71 ($\text{Ç1}=25,73/\text{Ç3}=32,37$) kg/m^2 olarak bulundu. Diğer özellikler incelendiğinde %53,8'inin (n=28) ilkokul mezunu olduğu, %90,4'ünün (n=47) evli olduğu, %50'sinin (n=26) aktif olarak çalıştığı, %53,8'inin (n=28) haneye giren toplam ayık gelirinin 2 000-5 000 TL arasında olduğu, %65,4'ünün (n=34) ailesinde KAH öyküsünün mevcut olduğu, %25'inin HT, %19,2'sinin DM tanısının olduğu, %46,2'sinin (n=24) sigara kullandığı, %9,6'sının (n=5) alkol kullandığı, %59,6'sının (n=31) STEMI tanısı aldığı, %48,1'ine (n=25) stent işlemi uygulandığı, %48,1'ine (n=25) statin grubu lipit düşürücü+ asetilsalisilik asit + birilintadan oluşan kombine ilaç tedavisinin başlandığı bulundu (Tablo 9).

Kontrol grubunun %87,8'i (n=43) erkekti. Yaş ortalaması $52,59 \pm 8,049$, BKİ ortancası 27,10 ($\text{Ç1}=25,04/\text{Ç3}=30,64$) kg/m^2 olarak bulundu. Diğer özellikler incelendiğinde %55,1'inin (n=27) ilkokul mezunu olduğu, %85,7'sinin (n=42) evli olduğu, %63,3'ünün (n=31) aktif çalıştığı, %55,1'inin (n=27) haneye giren toplam aylık gelirinin 2 000-5 000 TL arasından olduğu, %69,4'ünün (n=34) ailesinde KAH öyküsünün mevcut olduğu, %24,5'inin HT, %20,4'ünün DM tanısı aldığı, %65,3'ünün (n=32) sigara kullandığı, %22,4'ünün (n=11) alkol kullandığı, %51'inin (n=27) STEMI tanısı aldığı, %51,5'ine (n=52) stent işlemi uygulandığı ve %57,1'ine (n=28) statin grubu lipit düşürücü+ asetilsalisilik asit + birilintadan oluşan kombine ilaç tedavisinin başlandığı bulundu (Tablo 9). Gruplar demografik özellikler açısından

karşılaştırıldığında yalnızca deney grubunun yaş ortalaması kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,023$; $t= 2,316$), diğer özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,005$) (Tablo 9).

6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine ilişkin bulgular

Tablo 10. Grupların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2’den Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Bulgular		Deney Grubu (n=52) Ortanca (Ç1-Ç3)	Kontrol Grubu (n=49) Ortanca (Ç1-Ç3)	Ölçeğin Puan Aralığı	U	p
SYBDÖ-2 Genel Toplam	İlk izlem	108(99-123)	125(111-138)	52-208	658,50	0,000
	Son izlem	152(139-163)	126(117-136)		278,50	0,000
	Z	-5,906	-0,116			
	p	0,000	0,907			
SYBDÖ-2 Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	İlk izlem	17(13-20)	21(19-24)	9-36	611,00	0,000
	Son izlem	24(22-27)	22(20-24)		780,00	0,001
	Z	-6,173	-1,471			
	p	0,000	0,141			
SYBDÖ-2 Fiziksel Aktivite Alt Boyutu	İlk izlem	10(9-12)	11(9-16)	8-32	986,00	0,048
	Son izlem	22(17-25)	11(10-15)		286,00	0,000
	Z	-6,173	-0,850			
	p	0,000	0,395			
SYBDÖ-2 Beslenme Alt Boyutu	İlk izlem	19(17-22)	21(18-24)	9-36	944,50	0,025
	Son izlem	30(28-33)	23(20-27)		207,50	0,000
	Z	-6,151	-2,158			
	p	0,000	0,031			
SYBDÖ-2 Manevi Gelişim Alt Boyutu	İlk izlem	23(21-25)	27(25-30)	9-36	647,50	0,000
	Son izlem	27(25-29)	26(24-27)		858,50	0,010
	Z	-5,069	-1,502			
	p	0,000	0,133			
SYBDÖ-2 Kişiler Arası İlişkiler Alt Boyutu	İlk izlem	22(19-25)	26(22-30)	9-36	731,50	0,000
	Son izlem	26(24-29)	24(21-26)		858,50	0,010
	Z	-4,942	-1,973			
	p	0,000	0,048			
SYBDÖ-2 Stres Yönetimi Alt Boyutu	İlk izlem	17(15-21)	19(16-21)	8-32	1064,00	0,152
	Son izlem	23(21-25)	19(19-22)		560,00	0,000
	Z	-5,858	-2,102			
	p	0,000	0,056			

Z= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı.
Ç1= Birinci çeyrek

U= Mann-Whitney U testi kullanıldı.
Ç3= Üçüncü çeyrek

Gruplar SYBDÖ-2 açısından değerlendirildiğinde ilk izlem/son izlem puan ortancası, deney grubunun $108(\text{Ç1}=99-\text{Ç3}=123)/152(\text{Ç1}=139-\text{Ç3}=163)$; kontrol grubunun $125(\text{Ç1}=111-\text{Ç3}=138)/126(\text{Ç1}=117-\text{Ç3}=136)$ olarak bulundu. Gruplar SYBDÖ-2 puanları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunun ilk izlem puanı, deney grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=658,50$). Ancak gruplar son izlem puanları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=278,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; deney grubunun son izlem puanı, ilk izlem puanına göre anlamlı derecede artarken ($p=0,000$; $Z=-5,906$); kontrol grubunun ilk izlem ve son izlem puanları arasından anlamlı fark bulunmadı ($p=0,907$; $Z=-0,116$) (Tablo 10). SYBDÖ-2'nin her alt boyutu için gruplar değerlendirildi.

SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt boyutu ilk izlem/son izlem puan ortancası deney grubunun $17(\text{Ç1}=13-\text{Ç3}=20)/24(\text{Ç1}=22-\text{Ç3}=27)$; kontrol grubunun $21(\text{Ç1}=19-\text{Ç3}=24)/22(\text{Ç1}=20-\text{Ç3}=24)$ olarak bulundu. Gruplar arası SYBDÖ-2 Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun ilk izlem puanı deney grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=611,00$). Son izlem puanları karşılaştırıldığında ise deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,001$; $U=780,00$). Gruplar kendi içinde SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt boyutu puanları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanının ilk izlem puanına göre anlamlı derecede arttığı ($p=0,000$; $Z=-6,173$) tespit edildi. Kontrol grubunun ise izlem puanları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,141$; $p=-1,471$) (Tablo 10).

SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt boyutu açısından gruplar incelendiğinde ilk izlem/son izlem puan ortancası deney grubunun $10(\text{Ç1}=9-\text{Ç3}=12)/22(\text{Ç1}=17-\text{Ç3}=25)$; kontrol grubunun $11(\text{Ç1}=9-\text{Ç3}=16)/11(\text{Ç1}=10-\text{Ç3}=15)$ olarak bulundu. Gruplar arası SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt boyutu puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun ilk izlem puanı deney grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,048$; $U=986,00$). Son izlem puanları karşılaştırıldığında ise deney grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=286,00$). Gruplar kendi içinde SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt boyutu puanları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı ilk izlem puanına göre

anlamli derecede artmişken ($p=0,000$; $Z=-6,173$), kontrol grubunun puanları arasında anlamli bir fark bulunmadı ($p=0,395$; $Z=-0,850$) (Tablo 10).

SYBDÖ-2 beslenme alt boyutu açısından gruplar değerlendirildiğinde, ilk izlem/ son izlem puan ortancası deney grubunun $19(\text{Ç}1=17\text{-}\text{Ç}3=22)/30(\text{Ç}1=28\text{-}\text{Ç}3=33)$; kontrol grubunun $11(\text{Ç}1=9\text{-}\text{Ç}3=16)/23(\text{Ç}1=20\text{-}\text{Ç}3=27)$ olarak bulundu. SYBDÖ-2 beslenme alt boyutu puanları gruplar arası karşılaştırıldığında kontrol grubunun ilk izlem puanı deney grubuna göre ($p=0,025$; $U=944,50$), deney grubunun ise son izlem puanları kontrol grubuna göre anlamli derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=207,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubunun son izlem puanları ilk izlem puanlarına göre anlamli derecede artışı tespit edildi (deney grubu: $p=0,000$; $Z=-6,151$) (kontrol grubu: $p=0,031$; $Z=2,158$) (Tablo 10).

SYBDÖ-2 manevi gelişim alt boyutu ilk izlem/ son izlem puan ortancası deney grubunun $23(\text{Ç}1=21\text{-}\text{Ç}3=25)/27(\text{Ç}1=25\text{-}\text{Ç}3=29)$; kontrol grubunun $27(\text{Ç}1=25\text{-}\text{Ç}3=30)/26(\text{Ç}1=24\text{-}\text{Ç}3=27)$ olarak bulundu. Gruplar arası SYBDÖ-2 manevi gelişim alt boyutunun puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun ilk izlem puanı deney grubuna göre ($p=0,000$; $U=647,50$), son izlem puanları karşılaştırıldığında ise deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamli derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,010$; $U=858,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı ilk izlem puanına göre anlamli derecede artışı ($p=0,000$; $Z=-5,069$), kontrol grubunun izlem puanları arasında anlamli fark olmadığı bulundu ($p=0,133$; $Z=-1,502$) (Tablo 10).

SYBDÖ-2 kişiler arası ilişkiler alt boyutu ilk izlem/son izlem puan ortancası deney grubunun $22(\text{Ç}1=19\text{-}\text{Ç}3=25)/26(\text{Ç}1=24\text{-}\text{Ç}3=29)$; kontrol grubunun $26(\text{Ç}1=22\text{-}\text{Ç}3=30)/24(\text{Ç}1=21\text{-}\text{Ç}3=26)$ olarak bulundu. Gruplar arası SYBDÖ-2 kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanları karşılaştırıldığında, kontrol grubunun ilk izlem puanı deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamli derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=731,50$). Son izlem puanları karşılaştırıldığında ise deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamli derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,010$; $U=858,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı ilk izlem puanına göre istatistiksel olarak anlamli derecede artışı ($p=0,000$; $Z=-4,942$), kontrol grubunun son izlem puanının ilk izlem puanına göre istatistiksel olarak anlamli derecede azaldığı tespit edildi ($p=0,048$; $Z=0,048$) (Tablo 10).

SYBDÖ-2 stres yönetimi alt boyutu ilk izlem/son izlem puan ortancası deney grubunun $17(\text{Ç1}=15\text{-}\text{Ç3}=21)/23(\text{Ç1}=21\text{-}\text{Ç3}=25)$; kontrol grubunun $19(\text{Ç1}=16\text{-}\text{Ç3}=21)/19(\text{Ç1}=19\text{-}\text{Ç3}=22)$ olarak bulundu. Gruplar arası SYBDÖ-2 stres yönetimi alt boyutunun ilk izlem puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,152$; $U=1064,00$). Ancak, son izlem puanları karşılaştırıldığında deney grubunun stres yönetimi puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=560$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı ilk izlem puanına göre anlamlı derecede arttığı tespit edilirken $p=0,000$; $Z=-5,858$), kontrol grubunun izlem puanları arasında anlamlı fark olmadığı tespit edildi (Kontrol grubu: $p=0,056$; $Z=-2,102$) (Tablo 10).

6.3. İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 11. Grupların İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Bulgular		Deney Grubu (52) Ortanca (Ç1-Ç3)	Kontrol Grubu (49) Ortanca (Ç1-Ç3)	Ölçeğin Puan Aralığı	U	P
İUHiÖ Yarar Alt Boyutu	İlk izlem	14(12-17)	16 (13-18)	6-30	1030,500	0,096
	Son izlem	18(17-21)	16(13-17)		619,500	0,000
	Z	-5,247	-0,193			
	p	0,000	0,847			
İUHiÖ Engel Alt Boyutu	İlk izlem	10(7-15)	15(11-19)	6-30	651,000	0,000
	Son izlem	10(8-12)	17(14-21)		324,500	0,000
	Z	-1,017	-1,445			
	p	0,309	0,149			

Z= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı.
Ç1= Birinci çeyrek

U= Mann-Whitney U testi kullanıldı.
Ç3= Üçüncü çeyrek

İUHiÖ yarar/engel alt boyutunun puan ortancası deney grubunun ilk izlem $14(\text{Ç1}=12\text{-}\text{Ç3}=17)/10(\text{Ç1}=7\text{-}\text{Ç3}=15)$; son izlem $18(\text{Ç1}=17\text{-}\text{Ç3}=21)/10(\text{Ç1}=8\text{-}\text{Ç3}=12)$ olarak bulundu. Kontrol grubunun ise ilk izlem yarar/engel puan ortancası $16(\text{Ç1}=13\text{-}\text{Ç3}=18)/15(\text{Ç1}=11\text{-}\text{Ç3}=19)$; son izlem $16(\text{Ç1}=13\text{-}\text{Ç3}=17)/17(1\text{Ç1}=4\text{-}\text{Ç3}=21)$ olarak bulundu (Tablo 11).

İUHiÖ'nin alt boyutları açısından gruplar değerlendirildi.

İUHiÖ yarar alt boyutunun ilk izlem/son izlem puan ortancaları, deney grubunun 14(12-17)/18(17-21); kontrol grubunun ise 16(Ç1=13-Ç3=18)/16(Ç1=13-Ç3=17) olarak bulundu. Gruplar arası İUHiÖ yarar alt boyutunun puanları karşılaştırıldığında, ilk izlem puanları arasında anlamlı farklılık bulunmazken ($p=0,096$; $U=1030,500$), deney grubunun yarar alt boyutunun son izlem puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=619,500$). Gruplar kendi içinde İUHiÖ yarar alt boyutu puanları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanının, ilk izlem puanına göre arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulundu ($p=0,000$; $Z= -5,247$). Kontrol grubunun ise ilk izlem puanı ile son izlem puanı arasında anlamlı fark bulunmadı ($p= 0,847$; $Z=-0,193$) (Tablo 11).

İUHiÖ engel alt boyutunun ilk izlem/son izlem puan ortancası deney grubunun 10(Ç1=7-Ç3=15)/10(Ç1=8-Ç3=12); kontrol grubunun ise 16(Ç1=11-Ç3=19)/17(Ç1=14-Ç3=21) olarak bulundu. Gruplar arası engel alt boyutu puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun ilk izlem ve son izlem puanı deney grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=651,000$) ($p=0,000$; $U=324,500$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında ise her iki grupta da anlamlı fark bulunmadı (deney grubu: $p=0,309$; $Z=-1,017$) (kontrol grubu: $p=0,149$; $Z=-1,445$) (Tablo 10).

6.4. Genel Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 12. Grupların Genel Öz-Yeterlilik Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Açısından Karşılaştırılması

Bulgular		Deney Grubu (52) Ortanca (Ç1-Ç3)	Kontrol Grubu (49) Ortanca (Ç1-Ç3)	Ölçeğin Puan Aralığı	U	P
GÖYÖ	İlk izlem	32(29-35)	31(29-35)	10-40	1177,00	0,509
	Son izlem	32(28-36)	28(25-31)		688,50	0,000
	Z	-0,733	-3,299			
	p	0,464	0,001			

Z= Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı.
Ç1= Birinci çeyrek

U= Mann-Whitney U testi kullanıldı.
Ç3= Üçüncü çeyrek

GÖYÖ ilk izlem/son izlem puan ortancası deney grubunun 32(Ç1=29-Ç3=35)/32(Ç1=28-Ç3=36); kontrol grubunun 31(Ç1=29-Ç3=35)/28(Ç1=25-Ç3=31) olarak bulundu (Tablo 12).

Gruplar arası GÖYÖ puanları karşılaştırıldığında ilk izlem puanları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p=0,509$; $U=1177,00$), deney grubunun son izlem puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun ilk izlem, son izlem puanları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p=0,464$; $Z=-0,733$), kontrol grubunun son izlem puanının ilk izlem puanına göre anlamlı derecede düştüğü saptandı ($p=0,001$; $Z=-3,299$) (Tablo 12).

6.5. Sigara ve Alkol Kullanım Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 13. Grupların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları Açısından Karşılaştırılması

Sigara Kullanan		Deney Grubu(52) n (%)	Kontrol Grubu(49) n (%)	χ^2	p
İlk İzlem	Evet	24(%46,2)	32(%65,3)	3,746	0,072
	Hayır	28(%53,8)	17(%34,7)		
Son İzlem	Evet	13(%25,0)	22(%44,9)	4,411	0,040
	Hayır	39(%75,0)	27(%55,1)		
Alkol Kullanım Durumu		Deney Grubu(52) n (%)	Kontrol Grubu(49) n(%)	χ^2	p
İlk İzlem	Evet	5(%9,6)	11(%22,4)	3,117	0,103
	Hayır	47(%90,4)	38(%77,6)		
Son İzlem	Evet	3(%5,8)	9(%18,4)	3,824	0,067
	Hayır	49(%94,2)	40(%81,6)		

χ^2 = Pearson Chi-Square testi kullanıldı.

İlk izlemde deney grubunun % 46,2'sinin ($n=24$), kontrol grubunun ise %65,3'ünün ($n=32$) sigara kullandığı tespit edildi. Gruplar ilk izlem sigara kullanma durumları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,072$; $\chi^2=3,746$) (Tablo 13).

Son izlem verilerinde ise deney grubunun %25'inin ($n=13$), kontrol grubunun ise %44,9'unun ($n=22$) sigara kullandığı tespit edildi. Gruplar son izlem verilerinde sigara kullanma durumları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun sigara kullanma

oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,040$; $\chi^2=4,411$) (Tablo 13).

İlk izlemde deney grubunun %9,6'sının ($n=5$), kontrol grubunun ise %22,4'ünün ($n=11$) alkol kullandığı tespit edildi. Son izlem verilerinde deney grubunun %5,8'inin ($n=3$), kontrol grubunun %18,4'ünün ($n=9$) alkol kullandığı tespit edildi Gruplar ilk izlem ve son izlem verilerinde alkol kullanma durumları açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (ilk izlem: $p=0,103$; $\chi^2=3,117$) (son izlem: $p=0,067$; $\chi^2=3,824$) (Tablo 13).

6.6. Beden Kitle İndekslerine İlişkin Bulgular

Tablo 14. Grupların Beden Kitle İndeksleri Açısından Karşılaştırılması

Bulgular		Deney Grubu(52)	Kontrol Grubu(49)	U	p
		Ortanca (Ç1-Ç3)	Ortanca (Ç1-Ç3)		
BKİ (Kg/m ²)	İlk izlem	27,71 (25,73-32,37)	27,10 (25,04-30,64)	1104,00	0,248
	Son izlem	27,45 (25,43-29,97)	27,60 (25,74-30,76)	1154,50	0,519
Z		-3,589	-1,607		
P		0,000	0,108		

Z= Wilcoxon İşaretli Sıralar testi kullanıldı.
Ç1= Birinci çeyrek

U= Mann-Whitney U testi kullanıldı.
Ç3= Üçüncü çeyrek

Grupların BKİ ilk izlem/son izlem ortancası deney grubunun 27,71(Ç1=25,73-Ç3=32,37)/27,45(25,43-29,97); kontrol grubunun 27,10 (Ç1=25,04-Ç3=30,64)/27,60 (Ç1=25,74-Ç3=30,76) olarak bulundu (Tablo 14).

Gruplar BKİ açısından karşılaştırıldığında ilk izlem ve son izlem değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı (ilk izlem: $p=0,248$; $U=1104,00$) (son izlem: $p=0,519$; $U=1154,50$). Gruplar kendi içinde BKİ açısından karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem BKİ ortancasının, ilk izleme göre anlamlı derecede düştüğü tespit edildi ($p=0,000$; $Z=-3,589$). Kontrol grubunun ise izlem değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,108$; $Z=-1,607$) (Tablo 14).

6.7. Kan Lipit Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 15. Grupların Kan Lipit Düzeyleri Açısından Karşılaştırılması

Bulgular		Deney Grubu (35)	Kontrol Grubu (36)	U	p
		Ortanca (Ç1-Ç3)	Ortanca (Ç1-Ç3)		
HDL (mg/dL)	İlk izlem	35,00(34-43)	40,0 (34-45)	411,00	0,241
	Son izlem	40,00(34-42)	39,00(35-44)	459,00	0,610
	Z	-1,047	-0,472		
	p	0,295	0,637		
LDL (mg/dL)	İlk izlem	125,00(115-163)	109,50(93-138)	309,00	0,010
	Son izlem	70,00(58-108)	85,00(66-118)	399,50	0,184
	Z	-4,223	-2,940		
	p	0,000	0,003		
LDL (mg/dL)		51,00(16-84)	19,50(0,25-47)	277,50	0,003
İlk İzlem -Son izlem					
Farklarının Karşılaştırılması					
Trigliserid (mg/dL)	İlk izlem	187,00(143-221)	135,00(100-211)	359,50	0,061
	Son izlem	126,00(88-181)	119,50(73-175)	464,50	0,665
	Z	-3,116	-1,627		
	p	0,002	0,104		
T-Kolesterol (mg/dL)	İlk izlem	191,00(180-231)	183,00(156-215)	395,50	0,167
	Son izlem	135,00(117-171)	137,50(124-191)	437,00	0,417
	Z	-4,115	-2,843		
	p	0,000	0,004		

Z= Wilcoxon İşaretili Sıralar testi kullanıldı.

U= Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Ç1= Birinci çeyrek

Ç3= Üçüncü çeyrek

Tüm hastaların ilk izlem lipit değerlerine ulaşılmasına rağmen son izlemde deney grubunda 35 hastanın, kontrol grubunda ise 36 hastanın kan lipit değerlerine ulaşıldı. Deney ve kontrol grubunun kan lipit değerleri Tablo 15'te verildi.

HDL değerinin ilk izlem/son izlem ortancası deney grubunun 35(Ç1=34-Ç3=43)/40 (Ç1=34-Ç3=42) mg/dL; kontrol grubunun ise 40(Ç1=34-Ç3=45)/39(Ç1=35-Ç3=44) mg/dL olarak bulundu. İlk izlem ve son izlem HDL değeri açısından gruplar karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (ilk izlem: p=0,241; U=411,00) (son izlem: p=0,610; U=459,00). HDL değeri açısından gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında

deney grubunun son izlem HDL değeri ortancası, ilk izlem değeri ortancasına göre beş birim arttığı, kontrol grubunun ise HDL son izlem değeri ortancasının ilk izlem değerine göre bir birim azaldığı tespit edildi. Ancak gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (deney grubu: $p=0,295$; $Z=-1,047$) (kontrol grubu: $p=0,637$; $Z=-0,472$) (Tablo 15).

LDL değerinin ilk izlem/son izlem ortancası deney grubunun $125(\text{Ç1}=115\text{-}\text{Ç3}=163)/70(\text{Ç1}=58\text{-}\text{Ç3}=108)$ mg/dL, kontrol grubunun $109(\text{Ç1}=3493\text{-}\text{Ç3}=138)/85(\text{Ç1}=66\text{-}\text{Ç3}=118)$ mg/dL olarak bulundu. LDL değerleri açısından gruplar arası karşılaştırma yapıldığında deney grubunun ilk izlem LDL değeri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,010$; $U=309,00$). Son izlem LDL değerleri karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,184$; $U=399,50$). Gruplar kendi içinde LDL değerleri açısından karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunun son izlem değerinin ilk izlem değerine göre anlamlı olarak düştüğü tespit edildi (deney grubu: $p=0,000$; $Z=-4,223$) (kontrol grubu: $p=0,003$; $Z=-2,940$) (Tablo 15). LDL değerlerinde deney grubunda 55 birimlik bir düşüş, kontrol grubunda 24 birimlik bir düşüş tespit edildi. İki grup arasında LDL düşüş değerlerinde fark olup olmadığını belirlemek için yapılan analiz sonucunda deney grubunun LDL değerindeki düşüş kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,003$; $U=277,50$).

Grupların plazma trigiliserid değeri ortancası ilk izlem/son izlem deney grubunun $187(\text{Ç1}=143\text{-}\text{Ç3}=221)/126(\text{Ç1}=88\text{-}181)$ mg/dL; kontrol grubunun $135(\text{Ç1}=100\text{-}\text{Ç3}=211)/119(\text{Ç1}=73\text{-}\text{Ç3}=175)$ mg/dL olarak bulundu. Gruplar arası trigiliserid değerleri karşılaştırıldığında ilk izlem ve son izlem değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,061$; $U=359,50$) ($p=0,665$; $U=464,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem değerinin, ilk izleme göre anlamlı derecede düştüğü tespit edilirken ($p=0,002$; $Z=-3,116$), kontrol grubunun ilk izlem, son izlem değerleri arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,104$; $U=-1,627$) (Tablo 15). Total kolesterol değeri ilk izlemde/son izlem ortancası deney grubunun $191(\text{Ç1}=180\text{-}\text{Ç3}=231)/135(\text{Ç1}=117\text{-}\text{Ç3}=171)$ mg/dL; kontrol grubunun $183(\text{Ç1}=156\text{-}\text{Ç3}=215)/137(\text{Ç1}=124\text{-}\text{Ç3}=191)$ mg/dL olarak bulundu. Gruplar arası total kolesterol değerleri karşılaştırıldığında ilk izlem ve son izlem değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (ilk izlem: $p=0,167$; $U=395,50$) (son izlem: $p=0,417$; $U=437,00$).

Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunun son izlem total kolesterol değerlerinin ilk izleme göre anlamlı derecede düştüğü tespit edildi (deney grubu: $p=0,000$; $Z=-4,115$) (kontrol grubu: $p=0,004$; $U=-2,843$) (Tablo 15).

6.8. Tekrar Hastaneye Yatma ve Tekrar Perkütan Koroner Girişim Uygulanma Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 16. Grupların Tekrar Hastaneye Yatma ve Tekrar Perkütan Koroner Girişim Uygulanma Durumları Açısından Karşılaştırılması

Bulgular		Deney Grubu(52) n(%)	Kontrol Grubu(49) n(%)	χ^2	p
AKS sonrası planlı olmayan tekrar hastaneye yatma	Evet	%1,9(n=1)	%18,4(n=9)	7,647	0,007
	Hayır	%98,1 (n= 51)	%81,6(40)		
AKS sonrası planlı olmayan PKG	Evet	%1,9 (n=1)	%14,3(n=7)	5,287	0,028
	Hayır	98,1(n=51)	%85,7(n=42)		

χ^2 =Pearson Chi-Square testi kullanıldı.

Deney grubundaki hastaların %1,9'unun (n=1), kontrol grubundaki hastaların %18,4'ünün (n=9) planlı olmayan bir şekilde tekrar hastaneye yatış yaptığı tespit edildi. Deney grubunda bulunan hastaların %1,9'una (n=1), kontrol grubundaki hastaların %14,3'üne (n=7) planlı olmayan PKG yapıldığı tespit dildi.

Gruplar tekrar hastaneye yatma ve tekrar PKG uygulanma durumu açısından karşılaştırıldığında deney grubunun tekrar hastaneye yatma durumu ve AKS sonrası planlı olmayan PKG uygulanma durumu kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p= 0,007$; $\chi^2= 7,647$) ($p= 0,028$; $\chi^2= 5,287$) (Tablo 16).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Sağlığı Geliştirme Modeline temellendirilerek araştırmacı tarafından oluşturulan ve akut koroner sendrom geçiren hastalara verilen sağlığı geliştirme eğitiminin; hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanma durumunu, ilaca uyumunu ve öz yeterliliği üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer alan sekiz başlık altında tartışıldı;

- Demografik özelliklere ilişkin bulguların tartışılması
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması
- İlaça uyum hakkında inançlar ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması
- Genel öz-yeterlilik ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması
- Sigara ve alkol kullanım durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
- Beden kitle indekslerine ilişkin bulguların tartışılması
- Kan lipit düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması
- Tekrar hastaneye yatma ve tekrar perkütan koroner girişim uygulanma durumlarına ilişkin bulguların tartışılması şeklindedir.

7.1. Demografik Özelliklerle İlişkin Bulguların Tartışılması

Akut koroner sendrom geçiren hastalarda hem hastalığın oluşmasında hem de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında demografik özelliklerin etkili olabileceği düşünüldü. Bununla birlikte deney ve kontrol grubuna dahil edilen hastaların benzerliğini ortaya koymak açısından hastaların bu özelliklerine ilişkin bulgularıda tartışıldı.

Hastaların %87,1'i erkek, yaş ortalaması $54,82 \pm 9,59$, beden kitle indeksi ortancası 25 kg/m^2 üzerinde (deney grubu:27,71; kontrol grubu: 27,10), %54,5'inin haneye giren toplam aylık geliri 2000-5000 TL arasında, %67,3'ünün ailesinde KAH öyküsü mevcut, %24,8'i (n=25) HT tanısı almış, %19,8'i (n= 20) DM tanısı almış, %55,4'ü sigara kullanıyor, %15,8'i alkol kullanıyor idi (Tablo 9).

Savaşan ve ark. (2013) KAH olan bireylerle yaptıkları araştırmada hastaların %77'sinin erkek, yaş ortalamasının 57 ± 11 olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca hastaların %45,7'sinin ailesinde KAH öyküsünün mevcut olduğunu, %28,6'sının HT

tanısı aldığını, %35'inin sigara, %30'unun ise alkol kullandığını bildirmişlerdir. Bayülgen ve Altıok (2017) PKG işlemi uygulanan hastalarla yaptığı araştırmada, hastaların %60'ının erkek, yaş ortalamasının 59 ± 11 , BKİ'nin 25 kg/m^2 nin üzerinde ve %35'inin DM tanısının olduğunu, %22'sinin alkol kullandığını bildirmişlerdir. Bahsi geçen araştırmalarda yaş ortalaması, alkol kullanımı oranı bu araştırmaya göre daha yüksek bulunmuştur.

Benzer şekilde Katz ve ark. (2019) AKS geçiren hastaların %70'inin erkek, yaş ortalamasının $54,6 \pm 10,1$ olduğunu bulmuşlardır. Aynı araştırmada hastaların %81,2'sinin BKİ inin 25 kg/m^2 üzerinde, %55,2' sinin düşük gelirli, %16,4'ünün DM tanısının olduğu ve %31,4'ünün alkol kullandığı bildirilmiştir. Katz ve ark. alkol kullanım oranını daha yüksek bulunmuşlardır, diğer bulgular benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada ilk kez AKS geçiren hastaların örnekleme dahil edilmesi nedeniyle yaş ortalaması bahsi geçen ilk iki araştırmaya göre daha düşük bulunduğu düşünüldü. Alkol kullanım oranının düşük bulunmasının ise alkole yönelik yürütülen politikalar doğrultusunda alkol kullanımının oranının azalmasına ya da bireylerin çeşitli nedenlerle alkol kullanım durumlarını ifade etmekten kaçınmalarına bağlı olarak düşük bulunmuş olabileceği düşünüldü.

Literatürde KVH için risk faktörleri; erkek cinsiyetinde olmakla, yaş (erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaş), beden kitle indeksinin 25 kg/m^2 'den yüksek olması, ailede KAH öyküsünün varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, sistemik hastalık varlığı (DM, HT vb.) olarak bildirilmiştir (Knutti ve ark., 2020; Onat ve ark., 2017; Catapano ve ark., 2016; Piepoli ve ark., 2016). Düşük gelirli olmak gibi stresi arttıran durumların da KVH gelişme riskini arttırdığı bildirilmiştir (Onat ve ark., 2017). Bu çalışmada örnekleme alınan hastalar, alkol kullanma durumu dışında bahsi geçen tüm risk faktörlerini yüksek oranlarda taşımaktadırlar. Bulgular literatürle uyumludur ve planlanan SGE içeriğinin hasta grubuna uygunluğunun bir göstergesidir.

Deney ve kontrol grubunun araştırmanın sonuçlarını etkileyebilecek demografik özellikler açısından benzer olup olmadıkları değerlendirildi. Gruplar cinsiyet, BKİ, öğrenim durumu, medeni durum, haneye giren toplam aylık gelir, ailede KAH öyküsü, sistemik hastalık varlığı, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, AKS klinik türü, yapılan girişim ve medikal tedavi açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak

anlamli fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9). Yalnızca deney grubunun yaş ortalaması ($56,92\pm10,49$), kontrol grubuna göre ($52,59\pm8,04$) anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,023$; $t=2,316$). Diğ er özellikler açısından gruplar arasında fark olmaması grupların benzer olduğ unun bir göstergesidir.

Deney grubunun yaş ortalamasının yüksek olması hipotezlerin aleyhine bir durumdur. Yaş artıkça kiş ilerin dinleme, anlama ve konsantrasyon süreleri azalmaktadır. Yaş lanmayla birlikte bilgi işleme hızı yavaşlamakta, yeni bilgi öğrenme süreci eskiye göre daha uzun sürmekte ve öğrenme için daha fazla biliş sel çaba gösterilmesi gerekmektedir. Ayrıca yaş lılıkla birlikte bölünmüş dikkat, konsantrasyon ve seçici dikkat gibi dikkatin farklı boyutları da olumsuz yönde etkilenir. Hem kısa süreli bellekte hem de uzun süreli bellekte bir gerileme meydana gelmektedir. Bu süreçlere bağı lı olarak öğrenmede güçlükler yaşanmaktadır (Yerli, 2017). Yuvakgil (2017) yaptığı araştırmasının sonucunda yaş ilerledikçe SYBD gösterme durumunun azaldığ ını bildirmiştir. Tüm bu durumlar göz önüne alındığ ında deney grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olması araştırmanın sonuçlarına olumsuz bir katkıda bulunmayıp, aksine sonuçların geçerliliğ ini güçlendirecek yöndedir. Tartışmanın ilerleyen bölümlerinde de görüleceğ i gibi deney grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olmasına rağmen verilen eğitim sonrasında SYBD anlamlı düzeyde artmıştır.

7.2. Sağ lıklı Yaş am Biçimi Davranış Ölçeğ ine İliş kin Bulguların Tartış ılması

Koroner sendrom sonrası, sekonder korumada yaş am tarzı değ iş ikliğ i ve SYBD'nin kazandırılması mortalite ve morbiliteyi belirleyen önemli bir etkidir (Knuuti ve ark., 2020; Katz ve ark., 2019; Iş ıkhan ve Güleç, 2018; Steca ve ark., 2017; Peiopoli ve ark., 2016; Giannuzzi ve ark., 2008). Giannuzzi ve ark. (2008), 3241 MI geçiren hastayla yaptıkları araştırmada yaş am tarzı değ iş ikliğ inin mortaliteyi azalttığ ını bildirilmiş ve sağ lıklı yaş am biçimi davranış larının kazandırılması önerilmiştir. Bu araştırmada bireylerin SYBD minimum 52, maksimum 208 puan alınabilen SYBDÖ-2 ile değ erlendirildi. Grupların ilk izlem/son izlem SAYDÖ-2 genel toplam puan ortancası deney grubunun $108(\text{Ç}1=99\text{-}\text{Ç}3=23)/152(\text{Ç}1=139\text{-}\text{Ç}3=163)$, kontrol grubunun ise $125(\text{Ç}1=111\text{-}\text{Ç}3=138)/126(\text{Ç}1=117\text{-}\text{Ç}3=136)$ olarak bulundu (Tablo 10). Her iki grubun da ilk izlem SYBDÖ-2 puanı alınabilecek en düşük puana daha yakın olmakla birlikte deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede

düşüktür ($p=0,000$; $U=658,50$). Deney grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olmasına bağlı olarak (Tablo 9) sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterme durumunun kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu düşünüldü.

Koroner arter hastalarıyla yapılan araştırmalarda SYBDÖ-2 puanını Alcan ve ark. (2017) ortalama $125,6\pm5,3$; Küçükberber ve ark. (2011) ortalama $128,28\pm17,61$ olarak bulmuşlardır. Adıbelli (2014) kardiyovasküler riski yüksek olan (Framingham risk puanı %5 ve üzeri) hastalarla yaptığı araştırmada SYBDÖ-2 puanını ortalama deney grubunun: $125,80\pm80$; kontrol grubunun: $125,03\pm18,02$ olarak bulmuştur. Bahsi geçen araştırmaların tümünde hastaların SYBDÖ-2 puanlarının alınabilecek en düşük puana daha yakın olduğu bildirilmiştir. Bulgular ilk izlem verileriyle benzerlik göstermektedir ve hastaların SYBD gösterme durumları istendik düzeyde değildir. Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin araştırması olan ve 24 Avrupa ülkesinde KAH olan bireylerin yaşam tarzı, risk faktörü ve terapötik yönetimi üzerine yapılan araştırmada (EUROASPIRE-IV/III), kardiyovasküler hastalıklarda SYBD'nin yetersiz olduğu ortaya konulmuş ve bu konuda girişimler yapılması önerilmiştir (Tokgözoğlu ve ark., 2017; Tokgözoğlu ve ark., 2010). Bulgular literatürle uyumludur.

Gruplar SYBDÖ-2 son izlemde puanları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek ve ölçekten alınabilecek en yüksek puana yakındır ($p=0,000$; $U=278,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; deney grubunun son izlem puanın, ilk izleme göre anlamlı derecede arttığı ($p=0,000$; $Z=-5,906$); kontrol grubunun izlem verileri arasında fark olmadığı tespit edildi ($p=0,907$; $Z=-0,116$) (Tablo 10). Deney grubunun SYBDÖ-2 puanlarındaki artış SYBD kazandırıldığını gösteren önemli bir bulgudur. Bu artışın SGE sonucunda ortaya çıktığı düşünüldü. Adıbelli (2014) kardiyak riski yüksek kadın hastalarla yaptığı araştırmada, SYBD kazandırmaya yönelik eğitim vermiş son test SYBDÖ-2 puan ortalamasını $154,45\pm12,26$ olarak bulmuş ve ön teste göre anlamlı derecede artığını bildirmiştir ($p=0,000$; $t=15,31$). Suidak ve ark. (2016) AKS sonrası yaptıkları sağlıklı yaşam eğitimi sonucunda hastaların fiziksel aktivite oranını, sigara bırakma oranını, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını, ilk izlem verilerine göre anlamlı derecede yüksek bulduklarını bildirmişlerdir ($p<0,005$). Bulgular benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada SGE esnasında SYBD'nin yararı vurgulandı. Bireyin davranışın önündeki engelleri nasıl aşacağı konusunda ortak kararlar alındı, davranışa başlaması

için cesaretlendirildi ve motive edildi. Davranışa başlama tarihleri belirlendi. SYBD'nin kazanılması durumunda elde edeceği iyilik hali vurgulandı, pozitif davranış öyküsü yaratmak amacıyla doğru davranışa ve davranışı değerlendirmeye yönelik bilgiler verildi. Ayrıca danışmanlık görüşmelerinde olumlu geri bildirimlerle hastaların olumlu davranışı sürdürmesi desteklendi. Tüm girişimler sonucunda deney grubunda bulunan hastaların SYBD'yi kazandığı düşünüldü.

Wood ve ark., (2008) tarafından, kardiyovasküler hastalık riski yüksek olan veya koroner arter hastalığı olan asemptomatik bireylerde, hemşire koordineli multidisipliner, aile temelli önleyici kardiyoloji programının, sekonder korumaya etkisini incelemek ve standart bakımla karşılaştırılmak amacıyla; Hemşire Koordineli Multidisipliner, Aile Temelli Kardiyovasküler Hastalık Önleme Programı (EUROACTION) başlatılmıştır. Bu programda yapılan girişimlere bağlı olarak bir yılın sonunda, doymamış yağ asidi tüketiminin ($p=0,009$), meyve ve sebze tüketiminin ($p = 0,004$), balık tüketiminin ($p = 0,04$), kan basıncı yönetiminin ($p= 0,03$) artırdığı bildirilmiştir. Sonuç olarak KVH önlemek için, tüm ülkelerde KAH olan ve KVH riski yüksek olan hastalara yönelik yerel önleyici girişimlere ihtiyaç olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde ise KVH olan hastalarda SYBD kazandırmaya yönelik eğitim müdahalelerinin etkinliğini inceleyen araştırmalar kısıtlıdır. Daha çok SYBD gösterme durumunu ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik tanımlayıcı araştırmalar yapılmıştır. Yurt dışında bu konuyla ilgili araştırmalar mevcuttur ancak kültürel farklılıklar nedeniyle yurt dışında kullanılan yöntemlerin birebir ülkemizde uygulanması mümkün olmamaktadır. Dünyayı etkileyen KVH'ların tümünde SYBD kazandırılması sekonder korumanın en önemli basamağıdır ve bu davranışların hemşirelik modeli temel alınarak yapılandırılan eğitimle kazandırılabilceği bu araştırmayla ortaya konulmuştur. Bu konuda bir öneri ve örnek sunacağını düşündüğümüz araştırmada SGE, AKS geçiren bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmada etkin bir yöntem olarak bulundu ve araştırmanın özgünlüğü olarak değerlendirildi.

SYBDÖ-2'nin altı alt boyutu bulunmaktadır. Yukarıdaki satırlarda genel toplam puan üzerinden verilen SYBDÖ-2 puanları bu bölümde tüm alt boyutları için ayrı ayrı verilerek incelendi ve sunuldu.

SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt boyutu; gruplar SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt boyutu ilk izlem/son izlem puan ortancaları açısından değerlendirildiğinde 9-36 puan alınabilen alt boyutta, deney grubunun 17(Ç1=13-Ç3=20)/24(Ç1=22-Ç3=27); kontrol grubunun 21(Ç1=19-Ç3=24)/22(Ç1=20-Ç3=24) olarak bulundu. Kontrol grubunun sağlık sorumluluğu ilk izlemde deney grubuna göre yüksektir ($p=0,000$; $U=611,00$) (Tablo 10). Bununla birlikte her iki grubun da sağlık sorumluluğu puanı bu boyuttan alınabilecek en düşük puana daha yakındır. Koroner arter hastalarında SYBD belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda sağlık sorumluluğu alt boyutunun puanını Savaşan ve ark. (2013) ortalama 21 ± 5 , Küçükberber ve ark. (2011) ortalama $19,66\pm4,99$ olarak bulmuşlardır. Li ve ark. (2018) hastaların SYBD inceledikleri araştırmada, en düşük puanın sağlık sorumluluğundan ($17,91\pm5$) alındığını bildirmişlerdir. Bulgular benzerlik göstermektedir. Sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesi arasında güçlü bağlar vardır. Sorumluluklarının farkında olan birey sağlığının geliştirilmesi için çaba sarf eder (Avcı, 2016). Bu araştırmada hastaların ilk izlem verilerinde sağlık sorumluluğu düzeyi düşüktür ve geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu bulgular toplumdaki bireylerin sağlık sorumluluğunu yerine getirmeye ilişkin SYBD'ye önem vermediklerinin ya da uygulamadıklarının küçük de olsa bir göstergesidir.

Gruplar SYBDÖ-2 sağlık sorumluluğu alt boyutunun son izlem puanları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunun puan deney grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,001$; $U=780,00$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı ilk izleme göre anlamlı derecede artışı ve sağlık sorumluluğu alt boyutundan alınabilecek en yüksek puana yaklaştığı ($p=0,000$; $Z=-6,173$) tespit edildi. Kontrol grubunun izlemlerinde ise anlamlı fark yoktu ($p=0,141$; $Z=-1,471$) (Tablo 10). Bu verilerden yola çıkarak deney grubunun sağlık sorumluluğundaki artış SGE'nin etkisi olarak düşünüldü. Küçükberber ve ark. (2011), kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörleri değerlendirdikleri araştırmada, KAH olan ve hastalıklarıyla ilgili eğitim alan bireylerin sağlık sorumluluğunu (ort: $21,71\pm5,62$), eğitim almayanlara göre (ort: $18,15\pm4,75$) anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır ($p=0,001$). Hastalığa yönelik yapılan eğitimlerle sağlık sorumluluğu arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bulgular benzerlik göstermektedir. Yapılan SGE sonucunda deney grubunun sağlık

sorumluluğu istendik düzeye ulaşmıştır. Bu araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda sağlık sorumluluğunun artırılmasında SGE'nin etkin olduğu ve sağlık sorumluluğunun artırılmasında bir yöntem olarak kullanılabileceği sonucuna varıldı.

SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt boyutu; gruplar SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt boyutu açısından değerlendirildiğinde 8-32 puan alınabilen alt boyutta ilk izlem/ son izlem puan ortancaları deney grubunun $10(\text{Ç1}=9\text{-}\text{Ç3}=12)/22(\text{Ç1}=17\text{-}\text{Ç3}=25)$; kontrol grubunun $11(\text{Ç1}=9\text{-}\text{Ç3}=16)/11(\text{Ç1}=10\text{-}\text{Ç3}=15)$ şeklinde idi (Tablo 10). Kontrol grubunun fiziksel aktivite yapma durumu ilk izlemde deney grubuna göre yüksek olmakla birlikte ($p=0,048$; $U=986,00$), her iki grubun da puanı fiziksel aktivite alt boyutundan alınabilecek en düşük puana daha yakındır. Sungur ve ark. (2019) morbidite ve mortalite oranları yüksek olan klinik birimlerden (kardiyoloji, göğüs hastalıkları vb.) sağlık hizmeti alan bireylerin SYBD inceledikleri araştırmada hastaların fiziksel aktivite yapma durumlarının düşük olduğunu (SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması; $10,81 \pm 0,69$) bildirmiştir. Steca ve ark. (2017) AKS'lu hastalarla yaptıkları araştırmada hastaların yalnızca %36,3'nün fiziksel aktivite yaptığını bildirmiştir. Bulgular literatürle uyumludur. Bu araştırmada fiziksel aktiviteyle artan anjina bağlı olarak fiziksel aktivite oranının düşük olduğu düşünüldü.

Gruplar SYBDÖ-2 fiziksel aktivite alt boyutu son izlem puan ortancaları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=286,00$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı, ilk izleme göre anlamlı derecede artmış iken ($p=0,000$; $Z=-6,173$); kontrol grubunun izlemlerinde anlamlı fark bulunmadı ($p=0,395$; $Z=-0,850$) (Tablo 10). Özellikle kardiyak problemleri olan hastalarda aktivitenin yararı konusunda kuşku duyma, aktivitenin komplikasyona neden olabileceği korkusu, hastalık algısı ya da sosyal desteğin az olması gibi nedenlerle hastaların fiziksel aktiviteden kaçındığı bildirilmiştir (Alcan ve ark. 2017; Piepoli ve ark., 2016; Yates, 2003). Yukarıda bahsedilen nedenlere bağlı olarak kontrol grubunda fiziksel aktiviteden kaçınmanın ortaya çıktığı, deney grubunda ise SGE sonucunda fiziksel aktivite artışının olduğu düşünüldü. Shin ve ark. (2005) kronik hastalığı olan

400 Koreli yetişkinde egzersiz planına bağlılık oranını SGM kullanarak test ettiği araştırmada, hastaların egzersiz programına uyumunun arttığını bildirmişlerdir. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerin fiziksel olarak daha aktif hale gelmesine yardımcı olmak için müdahale programlarının tasarımı egzersizin faydalarının vurgulanmasını önermişlerdir. Sevinç ve Argon (2018), MI geçiren hastalarda eğitim sonrası fiziksel aktivite oranının arttığını bildirmişlerdir. Bulgular benzerlik göstermektedir. Sağlığı geliştirme eğitiminde fiziksel aktivitenin vücuda etkisi üzerinde duruldu ve güvenli fiziksel aktivite için yürü konuş testi, nabız sayma gibi basit ancak etkili beceriler öğretildi. Sonuç olarak SGE fiziksel aktivite oranını artırmada etkin bulundu.

SYBDÖ-2 beslenme alt boyutu; gruplar SYBDÖ-2 alt boyutu açısından değerlendirildiğinde 9-36 puan alınabilen alt boyutta ilk izlem/ son izlem puan ortancası deney grubunun 19(Ç1=17-Ç3=22)/30(Ç1=28-Ç3=33); kontrol grubunun 21(Ç1=9-Ç3=16)/23(Ç1=20-Ç3=27) şeklinde idi (Tablo 10). Kontrol grubunun ilk izlem puanı, deney grubuna göre yüksektir ($p= 0,025$; $U= 944,50$). Bununla birlikte her iki grubunda puanı alınabilecek en düşük puana daha yakındır. Savaşan ve ark.(2013) KAH bireylerde SYBDÖ-2 beslenme alt boyutu puanını 22 ± 5 bulmuşlardır. Bayülgen ve ark. (2017), PKG yapılan hastalarda SYBDÖ-2 beslenme alt boyutu puanının $22,90\pm5,06$ olduğunu bildirmişlerdir. Her iki araştırmada da sağlıklı beslenme düzeyi bu araştırmadan yüksek bulunmuştur. Bahsi geçen birinci araştırmada daha önce KAH tanısı alan bireyler, ikinci araştırmada ise en az üç ay önce PKG geçiren bireyler araştırmaya alınmıştır. Hastalar bu süreçte sağlıklı beslenmeye ilgili eğitim ya da bilgi edinmiş olabilirler. Ancak bu araştırmada ilk kez AKS geçiren ve daha önce KAH tanısı olmayan hastalar araştırmaya alındı. Bu nedenle farklı bulgulara ulaşılmış olduğu düşünüldü.

TEKHARF (2006) araştırmasında, Türk toplumunda bireylerin, dengeli beslenmeyi tanımlayan temel besinleri tüketim sıklığı, besinlerin pişirilme yöntemi ve sağlık üzerine etkileri hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (Arslan ve ark., 2006). Beslenme konusundaki bilgisizlik; hatalı gıda seçimi, yanlış hazırlama, pişirme ve saklama yöntemlerinin uygulanmasına neden olmakta ve beslenme sorununun boyutunun büyümesine yol açmaktadır (Selimoğlu ve ark., 2018). Günümüzde

işlenmiş ve genetiği değiştirilmiş besinlerin, ticari amaçlarla hazırlanmış gıdaların, hızlı tüketim konseptinin hakim olduğu fast food tarzı ve paketlenmiş yiyeceklerin insan sağlığını ciddi anlamda riske attığı bildirilmiştir (Kocatepe ve Tırıl, 2015). Literatürle paralel olarak bu araştırmada da bireylerin beslenme durumları ilk izlem verilerinde istendik düzeyin altında bulundu ve bu konuda girişimlerin yapılmasının gerekliliği ortaya konuldu.

SYBDÖ-2 beslenme alt boyutu son izlem puan ortancası açısından gruplar karşılaştırıldığında deney grubunun puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,000$; $U=207,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında, deney ve kontrol grubunun son izlem puanlarının ilk izleme göre anlamlı derecede artışı tespit edildi (deney grubu: $p=0,000$; $Z=-6,151$) (kontrol grubu: $p=0,031$; $Z=2,158$) (Tablo 10). Son izlem verilerinde her iki grubunda sağlıklı beslenme durumunda artış olmuştur ancak deney grubunda ki artış daha ileri düzeydedir. Deney grubundaki ileri düzey artışın SGE sonucu olarak ortaya çıktığı düşünüldü. KVH olan bireylerin durumlarının ciddiyetini ancak AKS gibi ciddi bir durumdan sonra kavrayabildiği ve yaşam biçimlerini düzeltmek için girişimde bulundukları belirtilmiştir (Condon ve McCarthy, 2006). Ayrıca sağlıklı beslenme sağlık çalışanları tarafından üzerinde durulan bir konudur, beslenmeye yönelik bilgilere (medya, sağlık çalışanları vb.) hastalar kolayca ulaşabilmektedir. Akut koroner sendrom ile hastaların farkındalığının artması ve bilgi ihtiyaçlarının yetersiz olsada karşılanması sonucu olarak kontrol grubunun da sağlıklı beslenme durumunda artış olduğu düşünüldü. Sevinç ve Argon (2018), MI geçiren hastalarda yapılan eğitimin sağlıklı beslenme oranını artırdığını bildirmiştir. Cebeci ve Güneş (2017), Türkiye ve Avrupa'daki tüketicilerin gıda etiketi okuma tutumlarını etkileyen faktörleri inceledikleri araştırmada, bireylerin sağlıklı beslenme ve uygun ürün seçimi yapma konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu, sağlıklı beslenme konusunda bilgi edinme ile sağlıklı besin seçimi arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlardan anlaşıldığı gibi hastalar ulaşabildikleri bilgileri alıp kullanma konusunda isteklidir. Buradan yola çıkarak bilgiye ulaşmanın davranış değişikliğindeki etkisi daha da netlik kazanmıştır. Sonuç olarak SGE sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasında etkin ve kullanılabilecek bir yöntem olarak bulundu.

SYBDÖ-2 manevi gelişim alt boyutu; gruplar SYBDÖ-2 manevi gelişim alt boyutu açısından değerlendirildiğinde 9-36 puan alınabilen alt boyutta ilk izlem/ son izlem puan ortancası deney grubunun 23(Ç1=21-Ç3=25)/27(Ç1=25-Ç3=29); kontrol grubunun 27(Ç1=25-Ç3=30)/26(Ç1=24-Ç3=27) şeklinde idi (Tablo 10). Kontrol grubunun ilk izlem puanı deney grubuna göre yüksektir ($p=0,000$; $U= 647,50$). Ayrıca her iki grubun da manevi gelişim puanı alt boyuttan alınabilecek en yüksek puana daha yakındır. Alcan ve ark (2017) KAH olan bireylerde SYBDÖ-2 manevi gelişim puanını ortalama $33,0\pm7,8$ olarak bildirmişlerdir. Başarır ve Pakyüz (2015) hemeodiyaliz hastalarında SYBD değerlendirdikleri araştırmada, hastaların SYBDÖ-2 manevi gelişim alt boyutu puanını ortalama $31,92\pm 3,68$ olarak bulmuşlardır. Kumsar ve Pakyüz (2015) metabolik sebdromlu hastalarda SYBDÖ-2 manevi gelişim puanını ortalama $26,02 \pm 4,34$ olarak bulmuşlardır. Bulgular benzerdir ve hastaların manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puanlar en yüksek puana daha yakındır. Bu bulgular Türk toplumunun genel bir özelliği olarak manevi gelişim yönünün yüksek olduğunu düşündürdü.

Gruplar SYBDÖ-2 manevi gelişim alt boyutu son izlem puanları açısından karşılaştırıldığında, deney grubunun puanın kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,010$; $U=858,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı ilk izleme göre anlamlı derecede arttığı ($p= 0,000$; $Z= -5,069$), kontrol grubunun ise izlemlerinde anlamlı fark olmamakla birlikte azaldığı bulundu ($p=0,133$; $Z=-1,502$) (Tablo 10). Deney grubunun manevi gelişim boyutunda artma saptanırken kontrol grubunun manevi gelişim boyutunda yaşanan azalma dikkat çekicidir. AKS gibi mortal bir hastalıkla karşılaşan bireyler geleceğe yönelik beklentilerini kaybedebilmekte ve bireylerin depresyon ve stres düzeyleri artmaktadır. Bunun nedeni olarak bilinmeyen bir durumla başa çıkmada yetersizlik olarak bildirilmiştir (Bulduk ve ark., 2017). Yapılan bir araştırmada AKS sonrası hastaların %62'sinin kendilerini kalp hastası olarak niteledikleri, % 53'nün beden imajında, %49'unun özgüveninde, % 48'inin cinsel işlevinde azalma olduğu bildirilmiştir (Yuval ve ark.,2007). Bahsi geçen nedenlere bağlı olarak kontrol grubunun manevi gelişim alt boyutu puanının azaldığı düşünüldü.

Sağlığı geliştirme eğitiminde bireylere hastalıklarıyla uyum içinde yaşamalarına yönelik bilgiler verilmiş ve hayatlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilecekleri

vurgulanmıştır. Sonuç olarak deney grubunun manevi gelişim alt boyutundaki puan artışı SGE'nin manevi gelişimin artırılmasında etkin ve kullanılabilir bir yöntem olduğunun bir göstergesidir.

SYBDÖ-2 kişilerarası ilişkiler alt boyutu; grupların 9-36 puan alınabilen SYBDÖ-2 kişiler arası ilişkiler alt boyutu ilk izlem/ son izlem puan ortancası deney grubunun 22(Ç1=19-Ç3=25)/26(Ç1=24-Ç3=29); kontrol grubunun 26(Ç1=22-Ç3=30)/24(Ç1=21-Ç3=26) şeklinde idi (Tablo 10). Kontrol grubunun ilk izlem puanı deney grubuna göre anlamlı derecede yüksek olmakla birlikte ($p=0,000$; $U=731,50$), her iki grubunda puanı alınabilecek en yüksek puana daha yakındır. Küçükberber ve ark.(2011), KAH olan bireylerde SYBDÖ-2 kişiler arası ilişkiler alt boyutunun puan ortalamasını $25,37 \pm 3,70$ olarak bulmuşlardır. Bulgular benzerdir. Yuvakgil (2017), araştırmasında çalışan ve evli bireylerin, yalnız yaşayan ve çalışmayan bireylere göre sosyal ağlarının daha güçlü olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada örnekleme alınan hastaların %88,1'i evli ve %56,4'ü aktif olarak çalışmaktadır (Tablo 9). Gerek iş hayatı gerekse aile hayatına bağlı olarak kişilerarası ilişkiler kurma düzeyinin yüksek olduğu düşünüldü.

SYBDÖ-2 kişilerarası ilişkiler alt boyutu son izlem puanları açısından gruplar arası karşılaştırma yapıldığında deney grubunun puanı kontrol grubunun göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu ($p=0,010$; $U=858,50$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanı ilk izleme göre anlamlı derecede artarken ($p=0,000$; $Z=-4,942$), kontrol grubunun son izlem puanının ilk izleme göre anlamlı derecede düştüğü tespit edildi ($p=0,048$; $Z=0,048$) (Tablo 10). İlk izlemde kontrol grubunun kişilerarası ilişkiler kurma durumu anlamlı derecede yüksek iken; son izlem de deney grubunun yüksek olması ayrıca kontrol grubun puanında azalma olması dikkat çekicidir. AKS sonrası sosyal destek sistemlerini kullanamayan ve yeterince destek göremeyen hasta, yakınlarına karşı öfke duyabilmekte ve kişilerarası ilişkiler bozulabilmektedir. Kendirkıran (2012), açık kalp ameliyatı olan bireylerin ameliyat sonrası kişilerarası ilişkiler alt boyutu ölçek puanında azalma olduğunu bildirmiştir ($p<0,005$). Bireyler anlaşılmadıklarını hissettikleri noktada kendisinden ve çevresinden uzaklaşmakta sonuç olarak sosyal izolasyon gelişmektedir. Sosyal izolasyon ise kötü ruh sağlığı ve depresyonun da dahil olduğu birçok problemi

beraberinde getirmektedir (Murphy ve ark.,2020). Brummett ve ark.(2001) yaptıkları araştırmada sosyal izolasyonun yüksek riskli koroner arter hastalarında mortalite riskini anlamlı şekilde artırdığını bildirmiştir (p =0,001). Sağlığı geliştirme eğitimine kişilerarası ilişkileri ve sosyal desteği artırmak amacıyla hasta yakınları da alındı. Eğitim de hem hasta yakınlarının hem de hastanın bilgi düzeyinin ve farkındalığının artırılması hedeflendi. Bununla birlikte hasta yakınlarına düşen görevlerden (destek ve motivasyon) bahsedildi. Kişilerarası ilişkiler birçok faktörden etkilenebilmekle birlikte, SGE'nin kişilerarası ilişkiler kurmayı arttırmada etkin olduğu bulundu.

Gruplar SYBDÖ-2 stres yönetimi alt boyutu; gruplar SYBDÖ-2 stres yönetimi alt boyutu açısından değerlendirildiğinde 8-32 puan alınabilen alt boyutta ilk izlem/ son izlem puan ortancası deney grubunun 17(Ç1=15-Ç3=21)/23(Ç1=21-Ç3=25); kontrol grubunun 19(Ç1=16-Ç3=21)/19(Ç1=19-Ç3=22) şeklinde idi (Tablo 10). Her iki grubun da ilk izlem stres yönetim puanı bu boyuttan alınabilecek en düşük puana daha yakın bulundu ve grupların puanları arasında fark bulunmadı (p=0,152; U=1064,00). Şimşek ve Alpar (2018), KVH olan bireylerin durumluluk, süreklilik anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Koroner arter hastalığı olan bireylerde SYBDÖ-2 stres yönettim alt boyutu puanını Savaş ve ark. (2013) ortalama 19±4, Alcan ve ark.,(2017) ortalama 18,1±3,8 olarak bildirmişlerdir. Bulgular benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlardan da anlaşıldığı gibi KVH olan bireylerin stres düzeyi yüksek ve stres yönetim durumu oldukça düşüktür. Bu nedenle öncelik verilmesi gerek konulardan biridir. Bireylerin stres yaratan faktörlerin farkında olmamaları ya da stres yönetimi için yapılması gereken girişimler konusunda bilgi sahibi olmamalarına bağlı olarak stres yönetim düzeylerinin düşük olduğu düşünüldü.

Gruplar SYBDÖ-2 stres yönetimi alt boyutu son izlem puan ortancaları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun stres yönetim durumu, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu (p=0,000; U=560). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem puanının ilk izleme göre anlamlı derecede arttığı (p=0,000; Z=-5,858); kontrol grubunun izlemleri arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (p=0,056; Z=-2,102) (Tablo 10). Son izlem de kontrol grubunun stres yönetimi puanı alınabilecek en düşük puana daha yakınken, deney grubunun stres yönetimi puanı alınabilecek en yüksek puana daha yakın olması önemli bir bulgudur.

Son yıllarda önemli bir sorun haline gelen stres, yaşamın her alanında mevcuttur ve stresin tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir. Bu nedenle, bireylerin stresi yönetmeyi öğrenmeleri ve olumsuz etkilerini en aza indirmeleri büyük önem arz etmektedir. Stresin yönetiminde, stresin ne olduğunun, nasıl ortaya çıktığının, belirtilerinin ve sonuçlarının neler olabileceğinin, stresle baş etmek için neler yapılması gerektiğinin bilinmesi de oldukça önemlidir (Özel ve Karabulut, 2018). Sağlığı geliştirme eğitimi stresi tanımlar, vücuda etkisi ve yönetiminde uygulanacak yöntemler hakkında bilgi verildi. Hastaların kendilerini strese sokan durumları ve stresliken hissettikleri duyguları tanımlamaları istendi. Böylece bireyde farkındalık yaratılması hedeflendi. Ayrıca hasta yakınlarına sosyal desteğin önemi tekrar hatırlatıldı. Tüm bu girişimler sonucunda SGE bağlı olarak deney grubunun stres yönetiminde artış yaşandığı düşünüldü. Sonuç olarak SGE stres yönetimi arttırmada etkin bulundu.

ESC'nin Kardiyovasküler Hastalıkları Önlemesine İlişkin Klavuzu'nda, kardiyovasküler risk yükünü azaltmaya ve özellikle AKS sonrası hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmaya yönelik doktorlar ve hemşireler tarafından üstlenilecek eğitim girişimleri şiddetle önerilmektedir (Knutti ve ark., 2020; Kalyoncuoğlu ve ark., 2017; Piepli ve ark., 2016). Bu araştırmada AKS geçiren bireylere SGM temel alınarak hazırlanan SGE verildi ve son izlemde deney grubunun SYBD'nin kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığı tespit edildi. Yukarıda bahsi geçen tüm bulgulardan yola çıkarak araştırmanın, '*H₁: Akut koroner sendromlu hastalarda, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmada etkilidir*' hipotezi doğrulandı.

7.3. İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hastaların ilaca uyuma yönelik inançlarının ölçülmesinde İUHİÖ kullanıldı. İUHİÖ her alt boyut için 6-30 puan alınabilen yarar/ engel alt boyutunun ilk izlem puan ortancası deney grubunun 14(Ç1=12-Ç3=17)/10(Ç1=7-Ç3=15); kontrol grubunun ise 16(Ç1=13-Ç3=18)/15(Ç1=11-Ç3=19) olarak bulundu (Tablo 11). Her iki grubun da ilk izlemde ilaca uyuma yönelik yarar algısı puanı alınabilecek en düşük puana daha yakın ancak engel algısından yüksek idi. Bu durum hastaların ilaca

uyumunun olduğunu ancak uyumun düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Oğuz ve ark. (2016) HT tanısı olan hastalarla yaptıkları araştırmada hastaların İUHiÖ yarar/ engel alt boyutu puan ortalamasını $18,20 \pm 3,89 / 19,57 \pm 5,7$ olarak bulmuşlar ve hastalarının ilaç uyumunun olmadığını bildirmişlerdir. Kara ve Yılmaz (2020) açık kalp cerrahisi geçiren bireylerin ilaç uyumunun düşük olduğunu bildirmişlerdir. Çakır (2016) 2 haftadan daha uzun süre ilaç tedavisi alan hastalarla yaptığı araştırmada hastaların % 58'inin ilaçlarını hekim isteminden farklı dozda ve sıklıkta kullanmış olduğunu, %89'unun içmesi gereken bir ilacı içmediğini ve hastaların ilaç uyumunun düşük düzeyde olduğunu bildirmiştir. Naderi ve ark. (2011) KVH olan bireylerde ilaç uyumunu araştırdıkları meta-analiz çalışmasında, hastaların ilaç uyumunu %57 olarak bildirmişler ve ilaç uyumunun düşük olduğu sonucuna varmışlardır. Bulgular benzerlik göstermektedir. Kassab ve ark. (2013) araştırmalarında AKS hastalarının yalnızca %18,4'ünün ilaç uyumunun yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Literatürde de mevcut olduğu gibi KVH ilaç uyumu düşüktür, bu araştırmanın ilk izlem verilerinde de AKS hastalarının ilaç uyumuna yönelik inançları düşük düzeydedir ve ilaç uyumunun artırılması gerekmektedir.

İUHiÖ yarar/ engel alt boyutunun son izlem puan ortancaları deney grubunun $18(\text{Ç1}=17-\text{Ç3}=21) / 10(\text{Ç1}=8-\text{Ç3}=12)$; kontrol grubunun ise $16(\text{Ç1}=13-\text{Ç3}=17) / 17(1\text{Ç1}=4-\text{Ç3}=21)$ olarak bulundu (Tablo 11). Bu değerler incelendiğinde, deney grubunun yarar algısının engel algısından yüksek olduğu ve alınabilecek en yüksek puana yaklaştığı görüldü. Kontrol grubunun yarar algısının engel algısından düşük olduğu görüldü. Bu verilerden yola çıkarak son izlemde deney grubunun ilaca uyum düzeyinin yüksek olduğu, kontrol grubunda ise engel algısının yarar algısından yüksek olması nedeniyle ilaca uyumun olmadığı tespit edildi. İlk izlemde her iki hasta grubunda düşük düzeyde ilaç uyumu tespit edilmişken son izlemde deney grubunun ilaç uyumunun artmış olması, kontrol grubunun ise ilaç uyumunun olmaması önemli bir bulgudur. Bu sonucun SGE etkisi olarak ortaya çıktığı düşünüldü. Çakmak (2018) kanser hastalarıyla yüz yüze eğitim ve telefonla danışmanlık şeklinde yaptığı araştırmada, hastaların ilaca uyumunun arttığını bildirmiştir. Oğuz ve ark. (2016) yaptıkları araştırmalarında, hastaların hastalıklarını anladıklarında ilaca uyumlarının arttığını bildirmiştir. Bu çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir. Bu

sonuçlardan yola çıkarak SGE, AKS geçiren hastaların ilaca uyumunu artırma da etkin olduğu sonucuna varıldı.

İUHIÖ alt boyutlarına ait veriler ayrı ayrı incelendi.

Gruplar İUHIÖ yarar alt boyutu puanları açısından karşılaştırıldığında, grupların ilk izlem puanları arasında fark yoktur ($p=0,096$; $U=1030,500$) (Tablo 11). Bu durum deney ve kontrol grubunun ilk izlemde ilaca uyum hakkında yarar algısının benzer olduğunun göstermektedir. Son izlem ise deney grubunun yarar alt boyutu puanı, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksektir ($p=0,000$; $U=619,500$). Ayrıca gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında da deney grubunun son izlem puanının, ilk izleme göre anlamlı derecede arttığı bulundu ($p=0,000$; $Z=-5,247$). Ancak kontrol grubunun puanlarında bir değişme yoktur ($p=0,847$; $Z=-0,193$) (Tablo 11). Demirci (2017) kronik kalp yetersizliği olan hastaların ilaca ve diyetle uyumunu etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, ilaç ve diyetle uyuma yönelik yapılan eğitimler ile ilaç uyumu arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir. Çakmak (2018) oral kemeterapi kullanan hastalarda yüz yüze ve telefonla danışmanlık görüşmeleri yaptığı araştırmasında deney grubunun ilaç uyumunun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığını bildirmiştir ($p<0,001$). Lee ve ark.(2019) AKS hastalarında elektronik tabanlı hasta ve aile eğitimi sisteminin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada, müdahale grubunun ilaca uyumunu kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulmuşlar ($p=0,02$) ve hastanın eğitimle güçlendirilmesinin ilaç uyumunda etkin bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmalar bulgularımızı yukarıdaki araştırmaların bulgularıyla benzerdir. Sonuç olarak yapılan SGE'nin AKS hastalarda ilaca yönelik yarar algısını artırmada etkin bir yöntem olduğu düşünüldü.

Gruplar engel alt boyutu puanları açısından karşılaştırıldığında kontrol grubunun ilk izlem ve son izlem puanı deney grubuna göre anlamlı derecede yüksek idi ($p=0,000$; $U= 651,000$) ($p=0,000$; $U=324,500$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında ise deney grubunun izlem puanlarında değişme olmazken ($p=0,309$; $Z=-1,017$); kontrol grubunun son izlemde engel alt boyutu puanı ortancasında iki birimlik bir artış tespit edildi ancak artış anlamlı bulunmadı ($p=0,149$; $Z=-1,445$) (Tablo 11).

Hastalar AKS tanısı aldıkları anda itibaren başta anti-iskemik, antitrombotik, anti-agregan ve lipit düşürücü ilaçlar olmak üzere birçok ilaç kullanmak zorunda

kalmaktadırlar. İdame tedavide ise hastalardan bu ilaçları uzun süre, bazılarını ise ömür boyu kullanmaları beklenmektedir (Knuuti ve ark.,2020; Meriç, 2012). Kul (2018) kronik hastalığı olan hastaların ilaç kullanımına yönelik engelleri belirlemek amacıyla yaptığı araştırmasında, kullanılması gereken ilaç sayısının fazla olması (%19,8), ilaçların reçete ettirilmesi için sağlık kuruluşuna gidilmesinin gerekmesi (%17,0), günlük ilaç dozunun birden fazla olması (%16,5), hastanın tedavinin etkinliğine inanmaması (%14,6), hastanın ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmaması (%14,5) ve yan etkilerinden çekinmesi %(11,8) gibi ilaç kullanımına yönelik birçok engelin oluştuğunu bildirmiştir. Kayaoğlu ve Esin (2018) ilaç kullanımına yönelik engelleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ise olumsuz hastalık algısının, hastalığı tanıma düzeyindeki yetersizliklerin, tedavi sürecinin zor olarak algılanmasının ilaç kullanmaya yönelik engelleri arttırdığını bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda da belirtildiği gibi hastaların hastalıklarına, tedavi sürecine ve ilaçlara yönelik bilgi eksikliği, kullanılması gereken ilaç sayısının fazla olması ilaç kullanmaya yönelik engel algısını artırmaktadır. Bu çalışmada SGE ile hastanın bilgi ihtiyacı karşılanmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkarak kontrol grubunun engel algısında artış olurken, deney grubunda ise SGE'nin hastanın hastalığına ve ilaçlarına yönelik bilgi düzeyini artırarak engel algısının artmasının engellediği düşünüldü.

Sonuç olarak araştırmanın '*H₂: Akut koroner sendromlu hastalarda, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitimi, ilaca uyumu artırmada etkilidir*' hipotezi doğrulandı.

7.4. Genel Öz-Yeterlilik Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Akut koroner sendrom ani ortaya çıkan ve hastanın hayatında önemli değişikliklere neden olan bir durumdur. Bireyin bu yeni duruma uyum sağlamasında öz yeterlilik önemli bir etkidir (Fors ve ark., 2017). Bu çalışmada hastaların öz yeterliliklerini ölçmek amacıyla 10-40 puan alınabilen GÖYÖ kullanıldı. GÖYÖ ilk izlem puan ortancası deney grubunun 32(Ç1=29/Ç3=35); kontrol grubunun 31(Ç1=29/Ç3=35) olarak bulundu (Tablo 12). Her iki grubun da ilk izlemde öz yeterlilik düzeyleri yüksek olduğu bulundu ve gruplar arası öz yeterlilik düzeylerinde anlamlı fark yoktur (p= 0,509; U=1177,00) (Tablo 12). Bu durum iki grubun öz yeterlilik açısından benzer olduğunun göstergesidir. Parlar ve Yazıcı (2017) evli ve bekar yetişkinlerin genel öz-

yeterlilik düzeylerini inceledikleri araştırmada GÖYÖ puan ortalamasını tüm bireylerde ortalamının üzerinde olduğunu ve evli bireylerde ($31,25 \pm 5,68$), bekar bireylere göre ($26,80 \pm 2,63$) daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir ($p=0,77$). Yine aynı araştırmada erkek cinsiyetin öz-yeterlilik düzeyinin ($30,11 \pm 6,53$), kadın cinsiyetine göre ($28,78 \pm 3,96$) yüksek olduğu bildirilmiştir ($p=0,03$). Bu araştırmada da katılımcıların büyük çoğunluğu erkek ve evlidir (Tablo 9) ve öz yeterlilik düzeyleri yüksek bulunmuştur bu açıdan sonuçlar benzerdir.

GÖYÖ son izlem puan ortancası deney grubunun 32($\bar{X}_1=28/\bar{X}_3=36$); kontrol grubunun 28($\bar{X}_1=25/\bar{X}_3=31$) şeklinde idi. Gruplar son izlem GÖYÖ puanları açısından karşılaştırıldığında, deney grubunun öz yeterlilik puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edildi. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında ise deney grubunun izlem verilerinde anlamlı fark yokken ($p=0,464$; $Z=-0,733$), kontrol grubunun son izlem öz yeterlilik puanının ilk izleme göre anlamlı derecede düştüğü saptandı ($p=0,001$; $Z=-3,299$) (Tablo 12). Kontrol grubunda öz yeterlilik algısında azalma olurken, deney grubunda değişme olmaması dikkat çekicidir. AKS sonra hayatını idame ettirmede zorluk yaşayacağı, başkalarına bağımlı olacağı ve beklenen davranışları gösteremeyeceğine yönelik algılar arttığı ve yeterlilik değeri duygularının azaldığı bildirilmiştir (Bulduk ve ark., 2017; Tuomaala ve ark. 2012, Larsen 2013). Yuval ve ark. (2007), yaptıkları araştırmada, AKS geçiren hastaların %62'sinin kendini artık kalp hastası olarak gördüğünü, % 49'unun öz yeterlilik algısının azaldığını bildirilmiştir. Kontrol grubunda öz yeterlilik algısında azalmanın AKS ile akut olarak yüzleşme sonrası yaşanan fizyolojik, psikolojik değişikliklerle birlikte taburculuk sonrası bilgi eksikliğine bağlı baş etmede güçlük yaşanmasına sonucu geliştiği düşünüldü. Liu ve ark. (2018) AKS tanısı almış hastalarla yaptıkları araştırmada, yapılan yaşam tarzı değişikliği eğitimine bağlı olarak deney grubunda semptom yönetiminin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmişlerdir ($P<0,001$). Sevinç ve Argon (2018) SGM temel alınarak yapılan eğitimin öz yeterlilik üzerine etkisi incelemek amacıyla yaptıkları araştırmada deney grubunda öz-yeterlilik düzeyini kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır (kontrol grubu: ortalama 19,498; deney grubu: ortalama 31,749, $p<0,001$). Fors ve ark. (2016) araştırmalarında kişi merkezli verilen

eğitim sonrası deney grubundaki AKS geçiren bireylerin öz yeterlilik düzeyini kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulmuşlardır ($p=0,046$).

Bahsi geçen çalışmalardaki sonuçlar deney grubunun bulgularını destekler niteliktedir. Buradan yola çıkarak araştırmanın '*H₃: Akut koroner sendromlu hastalarda, Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak gerçekleştirilen sağlığı geliştirme eğitimi öz yeterlilik düzeyini artırmada etkilidir*' hipotezi doğrulandı.

7.5. Sigara ve alkol kullanım durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

Koroner arter hastalığında sigara ve alkol kullanımı önemli bir risk faktörü olarak bildirilmiştir (Kalyoncuoğlu ve ark.,2017; Piepoli ve ark.,2016). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sigara kullanımı hastalıkların önemli nedenlerindendir. Sigara kullanımının en yaygın olduğu on ülke arasında olan Türkiye’de sigara kullananların sayısı 16 milyon olarak bildirilmiştir (Çalışkan ve Metintaş, 2018). Gruplar sigara kullanma durumu açısından karşılaştırıldığında, ilk izlem verilerinde deney grubunun % 46,2’sinin, kontrol grubunun ise %65,3’ünün sigara kullandığı tespit edildi ve iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,072$; $\chi^2=3,746$) (Tablo 13). Steca ve ark. (2017) AKS geçiren 223 hastayla yaptıkları araştırmada hastalarda sigara kullanma oranını %59,5 olarak bildirmiştir. Huber ve ark., (2017) AKS geçiren hastalarda sigara kullanma oranını yüksek (deney; % 65,2, kontrol; %60,2) olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmalarla bulguları benzerlik göstermektedir ve AKS hastalarında sigara kullanma oranı yüksektir. Bu konuda hastaların bilinçlendirilmesi ve sigara bırakma konusunda yönlendirilmesi sağaltımda önem arz etmektedir.

Son izlem verilerinde gruplar sigara kullanma durumları açısından karşılaştırıldığında deney grubunun %25’inin, kontrol grubunun ise %44,9’unun sigara kullandığı tespit edildi ve deney grubunun sigara kullanma oranı kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p=0,040$; $\chi^2=4,411$) (Tablo 13). Deney grubunda sigara kullanma oranındaki düşüş istenen bir sonuçtur. Bu sonucun yapılan SGE’ne bağlı olarak geliştiği düşünüldü. Suissa ve ark. (2017) kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin sigara bırakma girişimlerinin etkinliğini ve güvenliğini değerlendiren randomize kontrollü araştırmalarla yaptıkları metaanalizde, bireysel eğitimlerin ve telefon danışmanlıklarının sigaranın bırakılmasında etkili olduğunu bildirmişlerdir. Sevinç ve

Argon (2018) MI geçiren hastalarda SGM temel alınarak yaptıkları eğitim sonunda hastaların sigara bırakma oranının arttığını bildirmişlerdir. Sonuçlar benzerlik göstermektedir. ESC'nin 2016 Klinik Uygulamalarda Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesine İlişkin Kılavuzu'nda, sigaranın bırakılmasına yönelik her kurumun kendine ait bir politikasının olması gerektiği, hastaların bu konuda desteklenmesi ve teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Sigaranın bırakılması hem bireyin öz güvenini arttırarak hem de fiziksel aktivite kapasitesini arttırarak sağlık durumuna olumlu katkılar sunmaktadır (Piepoli ve ark., 2016). SGE'inde sigaranın vücuda etkisi, yaşam kalitesine etkisi, sigaranın bırakılmasının faydaları vurgulandı ve sigarayı bırakma tarihi hastayla birlikte belirlendi. Danışmanlık ve son izlemde sigara kullanım durumu sorgulandı. Sonuç olarak SGE'nin hastaların sigarayı kullanma durumunu azaltmada etkili olduğu sonucuna varıldı.

Deney ve kontrol grubunun ilk izlem ve son izlem verilerinde alkol kullanma durumu düşük bulundu ve iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı (ilk izlem: $p=0,103$; $\chi^2=3,117$) (son izlem: $p=0,067$; $\chi^2=3,824$) (Tablo 13). Alkol kullanım oranının ilk izlemde de son izlemde de düşük olması nedeniyle değerlendirilemedi. Alkol kullanımı oranının ölçülmesinde objektif değerlendirme araçlarına ihtiyaç olduğu ve daha derinlemesine araştırmaların yapılması gerektiği düşünüldü.

7.6. Beden kitle indekslerine ilişkin bulguların tartışılması

Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden bir diğeri ise BKİ'nin 25kg/m^2 'nin üzerinde olmasıdır. (Piepoli ve ark.,2016; Knuuti ve ark.,2020). Grupların BKİ ortancası (kg/m^2) ilk izlem/son izlem deney grubu $27,71(\text{Ç1}=25,73\text{-}\text{Ç3}=32,37)/27,45(\text{Ç1}=25,43\text{-}\text{Ç2}=29,97)$; kontrol grubunun $27,10(\text{Ç1}=25,04\text{-}\text{Ç3}=30,64)/27,60(\text{Ç1}=25,74\text{-}\text{Ç3}=30,76)$ şeklinde idi. Gruplar arası karşılaştırma yapıldığında grupların ilk izlem ve son izlem değerleri arasında anlamlı fark yoktur (ilk izlem: $p=0,248$; $U=1104,00$) (son izlem: $p=0,519$; $U=1154,50$) (Tablo 14). Bununla birlikte her iki grubunda BKİ hedef değerin üzerindedir ve KVH riski yüksektir. Bayülgen ve Altıok (2017) PKG yapılan hastaların %75'inin beden kitle indeksini 25kg/m^2 ' üzerinde bulmuşlardır. Hald ve ark. (2019) MI geçiren hastaların büyük çoğunluğunun BKİ'nin ortalamasının 25kg/m^2 'nin üzerinde olduğunu bildirmiştir. Huber ve ark., (2017) ise AKS geçiren hastalarda BKİ'ni ortalamasını

deney grubu: $27,2 \pm 4,5$ kg/m² kontrol grubu: $27,0 \pm 4,4$ kg/m² olarak bulmuşlardır. Aktaş ve Uğur (2020) KAH olan bireylerle yaptıkları araştırmada hastaların BKİ'sinin ortalamasını $27,91 \pm 5,50$ kg/m² olduğunu bulmuşlardır. Bulgular benzerlik göstermektedir ve hastaların BKİ risk faktörlerini kontrol altına almak için hedeflenen değerin üzerindedir.

Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem değerinin, ilk izlem değerine göre anlamlı derecede düştüğü ($p = 0,000$; $Z = -3,589$), kontrol grubunun ise istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte $0,50$ birim artışı tespit edildi ($p = 0,108$; $Z = 11,607$) (Tablo 14). Deney grubunun BKİ'inde düşüş yaşanmışken, kontrol grubunun BKİ artışı yaşanmış önemli bir bulgudur. Deney grubunun BKİ'indeki düşüş SGE etkisi olarak düşünüldü. Sevinç ve Argon (2018) MI geçiren hastalarla yaptıkları araştırmada SGM temel alınarak yapılan eğitime katılan hastaların 12 hafta sonra bel çevresinde eğitim almayan hastalara göre anlamlı bir azalma olduğunu ($p = 0,001$), ancak BKİ'inde anlamlı azalma olmadığını ($p = 0,607$) bildirmişlerdir. Bulgular benzerdir. Huber ve ark.(2017) AKS tanısı olan hastalara hemşire koordineli telefon takipleri yapmışlardır. Bir yıl sonra müdahale grubunun BKİ'sinin ($27,7 \pm 4,5$), kontrol grubuna göre düştüğünü ($27,0 \pm 4,4$) bildirmişlerdir ($p = 0,03$). Bahsi geçen araştırmada bir yıl sonra değerlendirme yapılmış ve düşüş anlamlı bulunmuştur. Bu araştırma da ise altı ay sonra yapılan değerlendirmelerde fark bulunmadı. Kilo kaybı, uzun vadede gerçekleşecek bir durumdur. Altı aylık sürede içerisinde deney grubunda kazanılan SYBD'na bağlı olarak BKİ'de düşüşün başladığı ancak iki grup arasında fark yaratacak düzeye ulaşmadığı içi istatistiksel olarak yansıtlamadığı düşünüldü. Buradan yola çıkarak BKİ inin değerlendirilmesinde daha uzun süreli takiplerin gerekli olduğu sonucuna varıldı.

7.7. Kan Lipit Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastalar ateroskleroz gelişiminde önemli rol oynayan kan lipit düzeyleri açısından değerlendirildi.

Kardiyovasküler hastalıkların engellenmesinde HDL önemli bir faktördür ve 40 mg/dL 'nin üzerinde olması istenmektedir (Kalyoncuoğlu ve ark.,2017; Catapano ve ark.,2016; Piepoli ve ark.,2016). HDL düzeyinin ilk izlem/ son izlem ortancası deney grubunun $35(\text{Ç1}=34\text{-}\text{Ç3}=43)/40(\text{Ç1}=34\text{-}\text{Ç3}=42)$ mg/dL; kontrol grubunun ise

40(Ç1=34-Ç3=45)/39(Ç1=35-Ç3=44) mg/dL şeklinde idi (Tablo 15). Gruplar ilk izlem verileri açısından incelendiğinde grupların HDL değeri arasından anlamlı fark yoktur ($p=0,241$; $U=411,00$) ve iki grubunda HDL düzeyi hedef değerin altındadır. Kayıkçıoğlu ve ark. (2019) AKS tanısı ile yatırılan hastaların geriye dönük lipit düzeylerini inceledikleri araştırmada hastaların %50,8'inde HDL düşüklüğü olduğunu bildirmiştir. Sevinç ve ark. (2018) MI geçiren hastaların HDL düzeyini ortalama $36,20 \pm 11,49$ mg/dL olarak bulmuşlardır. Soylu ve ark.(2015) AKS geçiren hastalarla yaptığı araştırmada hastaların HDL düzeyini ortalama $37,8 \pm 7,6$ mg/dL olarak bulmuşlardır. Bulgular paralellik göstermektedir. Bersot ve ark.(1999) ülkemizdeki HDL düşüklüğünün, yetersiz fiziksel aktivite, yüksek karbonhidrat tüketimi ve sigara kullanımı gibi sağlıksız yaşam biçimi davranışları oranının yüksek olmasına bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Bu araştırmada da hastaların ilk izlemlerinde SYBD, sağlıklı beslenme durumu, fiziksel aktivite yapma durumu düşük (Tablo 10), sigara kullanma durumu yüksek olduğu bulundu (Tablo 13). Bulgular benzerdir. Aradan geçen yıllara, gelişen teknolojiye ve sağlık imkanlarına rağmen hala toplumda sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmediği ortadadır.

Gruplar HDL değeri son izlem verileri açısından karşılaştırıldığında da iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($P=0,610$; $U= 459,00$) ve her iki grubunda HDL değeri hedef değerin (> 40 mg/dL) altında bulundu. Grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte son izlemede deney grubunun HDL değeri ortancasının beş birim arttığı ($p=0,295$; $Z=-1,047$), kontrol grubunun ise bir birim azaldığı ($p=0,637$; $Z=-0,472$) tespit edildi (Tablo 15). AKS geçiren tüm hastalara rutin tedavi protokolleri doğrultusunda lipit düşürücü ilaçlar başlanmaktadır. Bu ilaçların HDL düzeyini artırıcı etkisi mevcuttur (Kılınçarslan ve Şahin, 2019; Jacobson ve ark.,2015). Her iki hasta grubunun da medikal tedavisinin benzer olmasına rağmen (Tablo 9), kontrol grubunun HDL değeri düşmüştür. HDL'nin fiziksel aktiviteden (Jacobson ve ark., 2015), sağlıklı beslenme alışkanlıklarından (Aktaş ve Uğur,2020; Jacobson ve ark., 2015) ve sigaranın bırakılmasından (Catapano ve ark., 2016) olumlu yönde etkilendiği yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Deney grubunun fiziksel aktivite durumu, sağlıklı beslenme durumu (Tablo 10), ilaca uyum durumu (Tablo 11.), sigara bırakma durumu (Tablo 13) SGE'den olumlu yönde etkilenmiştir. Kontrol grubunda ise HDL düzeyinin düşük olmasının ilaç kullanımındaki düşük uyuma

(Tablo 11) ve SYBD kazanılmamasına bağılı olarak gelişmiş olabileceğı düşünöldü (Tablo 10). Bu verilerden yola çıkarak SGE medikal tedaviye uyumu artırarak ve sağılıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırarak HDL düzeyini artırmada etkili olduğı düşünöldü.

Dislipidemi tedavisinin en önemli parametresi LDL dir (Boulmpou ve ark., 2019; Kılınçarslan ve Şahin, 2019). LDL düzeyinin yüksek riskli hastalarda 70 mg/dL nin altında olması istenmektedir (Kalyoncuoğılu ve ark.,2017; Catapano ve ark.,2016; Piepoli vae ark.,2016; Yüksel ve ark.,2015). LDL plazma değeri ilk izlem/son izlem düzeyinin ortancası deney grubunun 125(Ç1=115-Ç3=163)/70(Ç1=58-Ç3=108) mg/dL, kontrol grubunun 109(Ç1=3493-Ç3=138)/85(Ç1=66-Ç3=118) mg/dL olarak bulundu (Tablo 15). İlk izlem deney grubunun LDL değeri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,010$; $U=309,00$) ve her iki grubun LDL değeri hedef değerin üzerindedir. Kayıkçioğılu ve ark. (2018) Türkiye’de dislipidemi sıklığını inceleyen araştırmalarla yaptıkları meta-analizde, 18 yaş ve üstü erişkin popölasyonda ortalama LDL düzeyi 110,7 mg/dL olarak bulunmuştur. TEKHARF verilerinde ise 30– 70 yaş arası yetişkinlerde LDL düzeyi kadınlarda 116 mg/dL ve erkeklerde 111 mg/dL olarak bildirmiştir (Onat,2016). Aktaş ve Uğıur (2020) KAH olan bireylerde beslenme alışkanlıklarının kan lipit düzeyi üzerine etkisini inceledikleri araştırmada, hastaların LDL düzeyini ortalama $113,48\pm30,41$ mg/dL olarak tespit etmişler ve bu durumun beslenme alışkanlıklarına bağılı geliştiğini bildirmişlerdir. Hastalara SYBD konusunda eğitim girişimlerinin yapılmasını önermişlerdir. Bulgular ilk izlem verileriyle benzerlik göstermektedir ve LDL hedef değeri (yüksek riskli bireylerde) göz önüne alındığında bireylerin KVH riski yüksektir.

Gruplar LDL değeri son izlem verileri açısından karşılaştırıldığında iki grup arasında fark bulunmadı ($p=0,184$; $U=399,50$). Ancak son izlem verilerinde deney grubunun LDL değeri hedef değere ulaşmışken, kontrol grubunun ilaç tedavisine rağmen LDL değeri hedef değerin üzerin bulundu. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunun son izlem değerinin ilk izlem değerine göre anlamlı olarak düştüğü tespit edildi (deney grubu: $p=0.000$; $Z=-4,223$) (kontrol grubu: $p= 0,003$; $Z=-2,940$) (Tablo 15).). Yapılan ileri istatistiksel analiz sonucunda deney grubunun LDL değerindeki düşüş kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,003$; $U=277,50$). Bu sonuçlardan yola çıkarak her iki grubun da lipit

düşürücü ilaç tedavisine bağlı (Tablo 9), LDL değerlerinin düştüğü ancak deney grubunda yaşanan düşüşün anlamlı derecede yüksek olması bu gruptaki hastalara ilaç tedavisinin yanısıra verilen SGE'nin etkili olduğunu düşündürdü. Aktaş ve Uğur (2020), KAH beslenme alışkanlıklarının lipit düzeylerine etkisini inceledikleri araştırmada, LDL düzeyinin sağlıklı beslenme gibi SYBD'ndan etkilendiğini bildirmişlerdir. Ulusal Lipit Birliği (NLA) 2015 kılavuzunda da yaşam tarzı değişikliği ile LDL düzeyinin kontrol altına alınabileceği bildirilmiştir (Jacobson ve ark., 2015). Bulgular literatür bilgisiyle uyumludur. Nakamura ve ark.(2019), AKS geçirmiş standart tedavi alan 1944 hastayı analiz ettikleri araştırmada hastaların LDL değerlerini hedef değerin üzerinde (121,2 mg / dL) bulmuşlar ve LDL düzeyinin hedef değere ulaşması için tedaviye ek girişimlerde bulunulmasını önermişlerdir. Huber ve ark. (2017), AKS geçiren 768 hastayla yaptıkları randomize kontrollü bir araştırmada hemşireler tarafından telefonla yapılan danışmanlık görüşmeleri sonucunda deney grubunun LDL düzeyini kontrol grubundan yedi birim daha düşük bulmuşlar ($p=0,001$) ve yapılan sağlıklı yaşama yönelik önerilerin LDL düzeyini hedef değerlere ulaştırmada etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Bulgular benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlardan yola çıkarak SGE'nin, SYBD kazandırarak LDL düzeyini düşürmede etkili olduğu sonucuna varıldı.

Grupların plazma trigiliserid düzeyi ortancası ilk izlem/son izlem deney grubunun 187(Ç1=143-Ç3=221)/126(Ç1=88- Ç3=181) mg/dL, kontrol grubunun 135(Ç1=100-Ç3=211)/119(Ç1=73-Ç3=175) mg/dL şeklinde idi (Tablo 15). Literatürde trigiliserid plazma düzeyinin yüksek riskli hastalarda 150 mg/dL nin altında olması istenmektedir (Kalyoncuoğlu ve ark., 2017; Catapano ve ark.,2016; Yüksel ve ark., 2015; NECP III, 2002). İlk izlemde yalnızca deney grubunun trigiliserid değeri hedef değerin üzerinde olmakla birlikte izlem verilerinde iki grup arasında anlamlı fark yoktur (ilk izlem: $p=0,061$; $U=359,50$) (son izlem: $P=0,665$; $U=464,50$) . Kayıkçıoğlu ve ark. (2018) ülkemizdeki trigiliserid düzeyini ortalama 139,2 mg/dL, olarak saptanmışlar ve ileri yaşla trigiliserid yüksekliği arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmişlerdir. Deney grubunun yaş ortalamasının yüksek olmasına ve ilk izlemde SYBD'nın kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde olması bağlı olarak ilk izlem verilerinde trigiliserid düzeyinin daha yüksek olduğu düşünüldü.

Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında deney grubunun son izlem düzeyinin, ilk izleme göre anlamlı derecede düştüğü ve hedef değere ulaştığı saptandı ($p=0,002$; $Z=-3,116$) (Tablo 15). Kontrol grubunun değerlerinin ilk izlemde de hedef değerde olması nedeniyle deney grubunda yaşanan düşüşün ilaç kullanımına mı yoksa SYBD bağlı geliştiği irdelenemedi. Bu nedenle SGE'nin trigiliserid düzeyi üzerine etkisi değerlendirilemedi.

Total kolesterol plazma hedef değeri yüksek riskli hastalarda 150 mg/dL olarak belirtilmiştir (Piepoli ve ark., 2016). Total kolesterol düzeyi ilk izlemde/ son izlem ortancası deney grubunun $191(\text{Ç1}=180\text{-}\text{Ç3}=231)/135(\text{Ç1}=117\text{-}\text{Ç3}=171)$ mg/dL; kontrol grubunun $183(\text{Ç1}=156\text{-}\text{Ç3}=215)/137(\text{Ç1}=124\text{-}\text{Ç3}=191)$ mg/dL şeklinde idi (Tablo 15). İlk izlemde iki grubun da kolesterol değerleri hedef değerlerin üzerindedir. Soylu ve ark. (2015) AKS hastalarla yaptığı araştırmada hastaların total kolesterol düzeyini ortalama $187,7\pm41,9$ bulmuşlardır. Sevinç ve ark. (2018), MI geçiren hastalarda total kolesterol düzeyini $193,77 \pm 37,10$ olarak bulmuşlardır. Kayıkçıoğlu ve ark. (2019) AKS tanısı ile yatırılan hastaların geriye dönük lipit düzeylerini inceledikleri araştırmada hastaların total kolesterol düzeyini $188,82\pm49,74$ olarak bulmuşlardır. Benzer şekilde bu araştırmalarda da total kolesterol değeri, hedef değerlerin üzerinde bulunmuştur. Bulgular benzerdir.

Gruplar arası total kolesterol düzeyleri karşılaştırıldığında ilk izlem ve son izlem değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (ilk izlem: $p=0,167$; $U=395,50$) (son izlem: $P=0,417$; $U=437,00$). Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında her iki grubunda son izlem değerleri ilk izlem değerlerine göre anlamlı derecede düştü ve hedef değere ulaştığı tespit edildi (deney grubu: $p=0,000$; $Z=-4,115$) (Kontrol grubu: $p=0,004$; $U=-2,843$) (Tablo 15). Kullanılan lipit düşürücü ilaçlara bağlı olarak her iki grubunda kolesterol düzeylerinin hedef değerlere ulaşması ve iki grup arasında fark saptanmaması nedeniyle SGE'nin kolesterol düzeyi üzerine etkisi değerlendirilemedi.

Dislipidemi yönetiminde ilk yapılması gereken ve kılavuzlarca da önerilen yaşam tarzı değişikliğidir. Medikal tedavi başlanılsın ya da başlanılmasın tüm hastalara yaşamında yapması gereken değişiklikler konusunda eğitim verilmesi önerilmektedir (Kılınçarslan ve Şahin, 2019; Catapano, 2016; Stone, 2014). Bu araştırmada da yapılan

SGE'nin hastaların HDL ve LDL düzeylerinde istendik yönde değişimler sağlamada etkili olduğu sonucuna varıldı.

7.8. Tekrar hastaneye yatma ve tekrar peruktan koroner girişim uygulanma durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

Grupların tekrar hastaneye yatma ve tekrar PKG uygulanma durumları açısından değerlendirildiğinde deney grubunun %1,9'unun (n=1), kontrol grubunun %18,4'ünün (n=9) kardiyak problemlere bağlı nedenlerle planlı olmayan bir şekilde tekrar hastaneye yatış yaptığı tespit edildi. Deney grubunda bulunan hastaların %1,9'una (n=1), kontrol grubundaki hastaların %14,3'üne (n=7) planlı olmayan PKG uygulanmış idi. Gruplar tekrar hastaneye yatma ve PKG açısından karşılaştırıldığında deney grubunun tekrar hastaneye yatma ve planlı olmayan PKG uygulanma durumu kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük idi ($p=0,007$; $\chi^2=7,647$) ($p=0,028$; $\chi^2=5,287$) (Tablo 16). Menzin ve ark. (2008), AKS geçiren hastaların ilk bir yıl içerisinde % 21'inin tekrar hastaneye yattığını bildirmiştir. Yudi ve ark. (2019) 9615 hasta ile yaptıkları araştırmada, hastaların bir yıl içinde % 12,2'sinin sekonder koroner olay nedeniyle (tekrar hastaneye yatış ya da PKG) hastaneye yattıklarını bildirmişlerdir. Literatür bilgisi Kontrol grubunun bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Cowper ve ark. (2019) araştırmasında AKS hastalarının hastaneye yatış ve girişim maliyetlerinin oldukça yüksek olduğunu, ülkelerin ekonomisine büyük yük bindirdiğini bildirmişlerdir. TEKHARF verilerine göre, yılda 120 000 yeniden koroner olay yaşandığı ve yatışlardan 40 000'inin koroner ölümle sonuçlandığı bildirilmiştir (Onat ve ark., 2017). Hem sağlık giderlerinin azaltılması hem de yaşam sürecinin uzatılmasında tekrar hastaneye yatış ve PKG'lerin oranının düşürülmesi önem arz etmektedir. Yudi ve ark. (2019) yaptıkları araştırmada kadın cinsiyetini, DM tanısını, koroner bypass cerrahisi öyküsünü, PKG öyküsünü, ejeksiyon fraksiyonunda azalmayı, kalp yetmezliğini, çok damarlı koroner hastalığını ve obstrüktif uyku apnesini tekrarlayan koroner olaylara bağlı yatışların bağımsız prediktörleri olarak bildirilmiştir. Hastanın klinik durumu mortalitenin ve tekrar koroner olayın primer belirleyici olmakla birlikte yaşam tarzı değişikliğinin de önemli etkilerinin olduğunu bildiren araştırmalar vardır. Liu ve ark. (2018) araştırmasında, yaşam tarzı değişikliği eğitimine katılan AKS tanısı almış hastaların katılmayanlara oranla semptom

yönetiminin yüksek olduğunu bildirmişlerdir ($P<0,001$). Chow ve ark.(2010), AKS geçirmiş 18 809 hastayla 41 ülkede yaptıkları araştırmada sağlıklı yaşam önerilerine uyan hastaların (diyet, egzersiz ve sigaranın bırakılması) tekrarlayan koroner olay riskini, uymayan hastalara oranla anlamı derecede düşük bulmuşlardır ($p<0,005$). Fors ve ark. (2017) kişi merkezli eğitim verdikleri AKS hastalarında eğitime katılan hastaların katılmayan hastalara oranla yeniden hastaneye yatma ve ölüm oranlarını anlamlı derecede düşük bulmuşlardır ($p=0,024$). Civan (2010) yaptığı araştırmasında tekrarlayan kardiyak olay geçirme oranıyla LDL seviyesi arasından anlamlı ilişki olduğunu bildirmiştir ($p=0,002$). Benzer şekilde bu araştırmada da deney grubundaki hastaların kontrol grubuna göre LDL düzeyi düşükken (Tablo 15), fiziksel aktivite yapma düzeyi, sağlıklı beslenme (Tablo 10) ve sigarayı bırakma durumu (Tablo 13) yüksek olduğu bulundu. Ayrıca öyküsünde KVVH olan hastalar (PKG, KAH) araştırmaya alınmadı. Hastaların hiç birinde obstrüktif uyku apnesi yoktu (Tablo 9) ve hastaların büyük çoğunluğu erkekti. Sonuç olarak yukarıda bahsi geçen Yudi ve ark. (2019) araştırmasında primer tekrar koroner olay geçirme prediktörleri olarak tanımladığı birçok faktörü örneklem taşımamaktadır. Bu anlamda gruplar benzerdir ve deney grubunun tekrar hastaneye yatma oranının düşük olmasından yola çıkarak SGE tekrar hastaneye yatma ve PKG oranını azaltma üzerine pozitif etkisinin olduğu sonucuna varıldı.

Bu araştırmanın bulgularından yola çıkarak aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Yurt dışında AKS hastalarında SYBD'yi kazandırmaya yönelik eğitim programlarının etkinliğine yönelik araştırmalar mevcuttur. Ülkemizde ise bu konu da yapılan araştırmalar kısıtlıdır. Daha çok SYBD ölçmeye ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmıştır. Araştırmanın sonuçları bu açıdan önemli bulgular içermektedir. Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak hazırlanan SGE, AKS hastalarında; ilaca uyum oranının artırılmasında, hastalıkla baş etmeye yönelik öz yeterlilik algısının geliştirilmesinde, SYBD'nin kazandırılmasında ve lipit düzeylerinin kontrolünde ($HDL\uparrow$, $LDL\downarrow$) etkili bulundu. Ayrıca SGE tekrar tekrar hastaneye yatma ve tekrar PKG uygulanma oranını azaltma üzerine pozitif etkisinin olduğu sonucuna varıldı.

Son olarak sağlığı geliştirmeye yönelik eğitimlerin, AKS sonrası hastalara rutin uygulanması, eğitimlerin planlanmasında davranışçı modellerin kullanılması ve

eğitimin etkililiğinin danışmanlık görüşmeleriyle değerlendirilmesi, SYBD'nin sorgulanması ve hastaların bu konuda motive edilmesi önerilmektedir.



8. KAYNAKLAR

1. Adıbelli D. Kadınlara Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Verilen Eğitimin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörlerini Azaltmaya Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Dilek KILIÇ).
2. Aktaş YY, Uğur HG. Koroner Arter Hastalarında Beslenme Alışkanlıklarının Kan Lipit Düzeylerine Etkisi. ACU Sağlık Bil Derg 2020; 11(2):321-329.
3. Alcan AO, Korkmaz FD, Çakmakçı H. Koroner Arter Baypas Greft Cerrahisi Sonrası Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi 2017;25(1):45-51.
4. Alkan HÖ. Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. Journal of Cardiovascular Nursing, 2016, 7(2): 41-47.
5. Altundağ S. Talasemi Hastalığında Hemşirelik Kuramları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016, 5(3): 133-138.
6. Anderson L, Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Rossau HK, Bridges C, Taylor RS. Patient Education in The Management of Coronary Heart Disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No: CD008895.
7. Arslan P, Mercanlıgil S, Özel-Gökmen H, Akbulut-Çıtak G, Dönmez N, Çiftçi H, Keleş İ, Onat A. TEKHARF 2003-2004 Taraması Katılımcılarının Genel Beslenme Örüntüsü ve Beslenme Alışkanlıkları. Türk Kardiyol Dern Arş 2006; 34:331-9.
8. Auer R, Gaume J, Rodondi N, Cornuz J, Ghali WA. Efficacy of İn-Hospital Multidimensional Interventions of Secondary Prevention After Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review And Meta-Analysis. Circulation 2008;117:3109–3117.
9. Avcı YD. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(3): 259-266.
10. Avcıküçük M, Bakır F, Topçuoğlu C, Güçtekin A. Akut Koroner Sendromda Troponin T ve Troponin I. Turk Hij Den Biyol Derg 2011; 68 (3): 127-34.

11. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009: 12-13.
12. Aydınalp A, Müderrisoğlu H. Akut koroner Sendromun Tanımı ve Gelişimi. İçinde: Oto A, Tokgözoğlu L, İlkay E, Aytemir K. edt. Akut Koroner Sendrom. Erkem Tıbbi Yayıncılık, 1. Basım, 2009 Ankara, s: 11-18.
13. Aypay A. Genel Öz Yeterlik Ölçeği'nin (GÖYÖ) Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010, 11(2): 113–131.
14. Babacan E, Alıcı SU. Hemşirelerin Hasta Eğitimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2008; 5 (2): 29-36.
15. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. DEUHYO ED 2014,7 (1), 59-67.
16. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıss A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008, 12(1): 1-13.
17. Başarır S, Pakyüz Sç. Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Nefroloji Hemşireliği Dergisi 2015: 19-31
18. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM, Franklin B, Sanderson B, Southard D. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 2007;115:2675–2682.
19. Balbay Y. Yükselmesiz Miyokart Enfarktüsü: İlaç Tedavisi. İçinde: Oto A, Tokgözoğlu L, İlkay E, Aytemir K. edt. Akut Koroner Sendrom. Erkem Tıbbi Yayıncılık, 1. Basım, 2009 Ankara, s: 109-117.
20. Barstow C, Rice M, Mcdivitt JD. Acute Coronary Syndrome: Diagnostic Evaluation 2017; 95 (3):170-177.

21. Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, Candar B, Keleş S, Karagöz B, Akpınar G. Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. *Türk J Cardiovasc Nurs* 2019;10(23):129–137.
22. Bayülgen MY, Altıok M. Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Şekli Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017;8(16):45-54.
23. Bersot TP, Vega GL, Grundy SM, Palaoglu KE, Atagündüz P, Ozbayrakçı S, et al. Elevated hepatic lipase activity and low levels of high density lipoprotein in a normotriglyceridemic, nonobese Turkish population. *J Lipid Res* 1999;40:432–438.
24. Buğan B ve Çelik T. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *J Clin Anal Med.* 2014, 5(2): 159-163.
25. Brink E, Alsén P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C. General Self-Efficacy And Health-Related Quality of Life After Myocardial İnfarction. *Psychology, Health & Medicine*, 2012, 17(3): 346–355.
26. Brown JPR, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient Education İn The Management of Coronary Heart Disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011,12: 1-80.
27. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Clapp-Channing NE, Lytle BL, Bosworth HB, et al. Characteristics of Socially İsolated Patients with Coronary Artery Disease Who Are At Elevated Risk For Mortality. *Psychosom Med* 2001;63:267–72.
28. Bulduk B, Aktaş Mc, Bulduk M. Akut Miyokart İnfarktüsü Sonrası Gelişen Ruhsal Bozukluklar. *JAREN* 2017;3:24-27.
29. Catapano AL, Graham I, Backe GD, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner Z, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgozoglu L, Verschuren M, Vlachopoulos C, Wood D, Zamorano JL. Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu. *Avrupa Kalp Dergisi (European Heart Journal) ESC/EAS Kılavuzu 2016. Türk Kardiyol Dern Arş* 2017;1-72.

30. Cebeci A, Güneş FE. Türkiye ve Avrupa'daki Tüketicilerin Gıda Etiket Okuma Tutumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. GÜSBD 2017; 6(4): 261 – 267.
31. how CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KAA, Anand SS, Yusuf S. Association of Diet, Exercise and Smoking Modification With Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes. Circulation 2010;121:750-758.
32. Cowper PA, Knight JD, Davidson-Ray L, Peterson ED, Wang TY, Mark DB. Acute and 1-Year Hospitalization Costs for Acute Myocardial Infarction Treated With Percutaneous Coronary Intervention: Results From the TRANSLATE-ACS Registry. J Am Heart Assoc 2019;8: e011322.
33. Civan M. Akut Koroner Sendrom Sonrası İstenmeyen İkincil Kardiyak Olay Gelişme Sıklığının Kardiyovasküler Risk Faktörleri ve Bazı Kardiyak Parametrelerle İlişkisi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Murat Gülbaran).
34. Condon C, McCarthy G. Lifestyle Changes Following Acute Myocardial Infarction: Patients Perspectives. Eur J Cardiovasc Nurs 2006;5:37-44.
35. Çakır S. Hastalarda İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Palanduz).
36. Çakmak HS. Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumunu Ve Öz-Etkililiğe Etkisi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, 2018, Ankara (Doç. Dr. Sevgisun Kapucu).
37. Çalışkan S, Metintaş S. Dünyada Tütün Kontrol Uygulamalarının Küresel Ölçekte Değerlendirilmesi. Türk Dünyası Uygulama v e Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi 2018; 3(1),32-41.
38. Çöven Ç. Sağlığı Geliştirme Modeli. İçinde: Ocakçı AF, Alpar ŞE edt. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örneklemi. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık 1. Baskı, İstanbul, 2013: 201-213.

39. Çövenner Ç, Oçakçı AF. Tip 1 Diyabet Yönetimi: Bir Hemşirelik Modeli Örneği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013, 10 (1): 30-37.
40. Çövenner Ç. Tip 1 Diyabet Yönetiminde Sağlığı Geliştirme Modeli ve Tam Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitimin Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, İstanbul.(Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakcı)
41. Demirci T. Kronik Kalp Yetersizliği Hastalarının İlaça Diyetle Uyumluları ve Yaşam Kaliteleri. TC. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2017, İstanbul (Yrd. Doç. Dr. İlknur Metin Akten)
42. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey SG. Multiple Risk Factor Interventions for Primary Prevention of Coronary Heart Disease (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, 1:1-187.
43. Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Circulation 2002;106:3143-421.
44. Emik KY, Önal AE. 2009-2016 Yıllarında Türkiye'deki Ölümünün Epidemiyolojik Yönden İncelenmesi ve Ölüm Bildirim Sisteminin Önemi. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2019; 82(3):149-55.
45. Ersin F, Bahar Z. Effects of Nursing Interventions Planned with the Health Promotion Models on the Breast and Cervical Cancer Early Detection Behaviors of the Women. International Journal of Caring Sciences 2017, 10(1): 421-432.
46. Fors A, Swedberg K, Ulin K, Wolf A, Ekman I. Effects of Person-centred Care After an Event of Acute Coronary Syndrome:Two-year Follow of a Randomised Controlled Trial. International Journal of Cardiology 249 2017:42-47.
47. Fors A, Taft C, Ulin K, Ekman I. Person-Centred Care Improves Self-Efficacy to Control Symptoms After Acute Coronary Syndrome: A Randomized Controlled Trial. Eur J Cardiovasc Nurs 2016; 15(2):186-94.

48. Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a Useful Tool With Potential to Evaluate Person-Centred Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2014;1-8.
49. Gerald F. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative Meta-Analysis of Randomised Trials of Antiplatelet Therapy for Prevention of Death, Myocardial Infarction, And Stroke in High Risk Patients. *BMJ* 2002; 324:71–86.
50. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, Maggioni AP, Balestroni G, Ceci V, Chieffo C, Gattone M, Griffo R, Schweiger C, Tavazzi L, Urbinati S, Valagussa F, Vanuzzo D. Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction: Results of The GOSPEL Study, A Multicenter, Randomized Controlled Trial From The Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med* 2008;168:2194-2204.
51. Gürlek DÖ, Yavuz M. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi Uygulama. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16(1): 8-15.
52. Hamm CW, Bassand JP, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, Caso P, Dudek D, Gielen S, Huber K, Ohman M, Petrie MC, Sonntag F, Uva MS, Storey RF, Wijns W, Zahger D. Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti'nin (ESC) Israrcı ST-segment yükselmesi belirtileri göstermeyen hastalarda Akut Koroner Sendromların (AKS) tedavi kılavuzları. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2011;3: 73-128.
53. Hald K, Larsen FB, Nielsen KM, Meillier LK, Johansen MB, Larsen ML, Christensen B, Nielsen CV. Medication adherence, biological and lifestyle risk factors in patients with myocardial infarction: a ten-year Follow-Up On Socially Differentiated Cardiac Rehabilitation. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care* 2019; 37(2): 182–190.
54. Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Improving Outcomes after Myocardial Infarction: A Randomized Controlled Trial Evaluating Effects of a Telephone Follow-Up Intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention And Rehabilitation* 2007, 14(3): 429-437.
55. Harlan M, Krumholz HM, Amatruda J, Smith GL, Mattera JA, Roumanis SA, Radford MJ, Crombie P, Vaccarino V. Randomized Trial of an Education and Support Intervention to Prevent Readmission of Patients With Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology* 2002, 39(1): 83-89.

56. Heydari A, Khorashadizadeh F. Pender's health promotion model in medical research. *J Pak Med Assoc* 2014; 64(9):1067-1074.
57. Huber D, Henriksson R, Jakobsson S, Moee T. Nurse-Led Telephone-Based Follow-Up of Secondary Prevention After Acute Coronary Syndrome: One-Year Results From The Randomized Controlled NAILED-ACS trial. *PLoS ONE* 12(9): e0183963.
58. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, Caforio ALP, Crea F, Goudevenos JA, Halvorsen S, Hindricks G, Kastrati A, Lenzen MJ, Prescott E, Roffi M, Valgimigli M, Varenhorst C, Vranckx P, Widimsky P. 2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-segment Elevation. *European Heart Journal* 2018; 39: 119–177.
59. Işıkhan SY, Güleç D. Tez Çalışmalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Puanlarının Demografik Bilgilerle Sistematiik Derlenmesi ve Meta-Analizi. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2018;11(2): 123-133.
60. Jacobson TA, Maki KC, Orringer CE, Jones PH, Kris-Etherton P, Sikand G, Forge RL, Daniels SR, Wilson DP, Morris PM, Wild RA, Grundy SM, Daviglius M, Ferdinand KC, Vijayaraghavan K, Deedwania PC, Aberg JA, Liao KP, McKenney JM, Ross JL, Braun LT, Ito MK, Bays HE, Brown WV, Underberg JA. National Lipid Association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: part 2. *J Clin Lipidol* 2015;9:1–122.
61. James SK, Atar D, Badano LP, Blömostrom-Lundqvist C, Borger MA, Mario CD, Dickstein K, Ducroc G, Fernandez-Aviles F, Gershlic AH, Giannuzzi P, Halvorse S, Huber K, Juni P, Kastrati A, Knuuti J, Lenzen MJ, Mahaffey KW, Valgimigli M, Hof AV, Widimsky P, Zahger D. ST-segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran Hastaların Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2013; 3:1-51.
62. John R, Wheeler C. Can A Disease Self-Management Program Reduce Health Care Costs?: The Case of Older Women with Heart Disease. *Medical Care* 2009, 41(6): 706-715.
63. Kara D, Yılmaz E. Açık Kalp Cerrahisi Yapılan Hastalarda Öz Yeterliliğın İlaç Uyumu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Tıp Dergisi* 2020; 34 (1): 55 – 62.

64. Kalyoncuoğlu M, Öztürk S, Durmuş G, Keskin B, Can MM. Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. Med Bull Haseki 2017;55:85-100.
65. Kassab Y, Hassan Y, Aziz NA, Ismail O, AbdulRazzaq H. Patients' Adherence to Secondary Prevention Pharmacotherapy After Acute Coronary Syndromes. Int J Clin Pharm 2013; 35(2): 275-80.
66. Kasapoğlu ES, Enç N. Koroner Arter Hastaları için Bir Rehber. Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8:1-7.
67. Katz D, Buchanan D, Weg MV, Faseru B, Horwitz PA, Jones P, Spertus JA. Does Outpatient Cardiac Rehabilitation Help Patients With Acute Myocardial Infarction Quit Smoking? Prev Med 2019; 118: 51-58.
68. Kavradım ST, Özer Z. Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2018; 10: 324-335.
69. Kaya EB, Tokgözoğlu L. Ateroskleroz patogenezi. İçinde İçinde: Oto A, Tokgözoğlu L, İlkay E, Aytemir K. edt. Akut Koroner Sendrom. Erkem Tıbbi Yayıncılık, 1. Basım, 2009 Ankara, s: 1-10.
70. Kayaoğlu SÇ, Esin MN. Tüberküloz Hastalarında Düzenli İlaç Kullanma İle İlgili Engeller. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi 2018;1(1):1-10.
71. Kayıkçıoğlu M, Alan B, Payzın S, Can LH. Akut Koroner Sendrom Olgularında İki Yıllık Kardiyovasküler Sonlanım Değerlendirmesi, Lipit Profili ve Ailevi Hiperkolesterolemi Sıklığı: Bir Geriye Dönük Kohorta Ait Gerçek Yaşam Verileri. Turk Kardiyol Dern Ars 2019; 47(6): 476-486.
72. Kayıkçıoğlu M, Tokgözoğlu L, Kılıçkap M, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, Abacı A, Yılmaz MB, Barçın C, Ateş K, Bayram F, Şahin M, Ural D. Türkiye’de Dislipidemi Sıklığı Ve Lipit Verileri: Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Epidemiyolojik Çalışmaların Sistemik Derleme ve Meta-Analizi. Turk Kardiyol Dern Ars 2018; 46(7): 556-574.
73. Kayıkçıoğlu M, Özdoğan Ö. Beslenme ve Kardiyovasküler Sağlık: 2015 Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri Turk Kardiyol Dern Ars 2015;43:667-672. 23.

74. Kendirkıran G. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Ameliyat Sonrası Kişilerarası İlişkilerinde Gözlenen Değişiklikler. T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Makbule Batmaz)
75. Kocatepe D, Tırıl A. Sağlıklı Beslenme ve Geleneksel Gıdalar (Healthy Nutrition and Traditional Foods). Journal of Tourism and Gastronomy Studies 2015; 3(1): 55-63.
76. Koplay M, Erol C. Koroner Arter Hastalığı. Türk Radyoloji Seminerleri 2013, 1: 57-69.
77. Kotecha T, Rakhit RD. Acute coronary syndromes. Clinical Medicine 2016;16 (6): 43–48.
78. Kurçer MA, Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kardiyol Derg 2011; 1: 107-113.
79. Kul ÖE. Kronik Hastalıklarda İlaç Tedaviye Uyumu ve Etkili Faktörler. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Ergun ÖKSÜZ).
80. Kumsar Ak, Pakyüz SÇ. Metabolik Sendromlu Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12 (1): 19-24
81. Kurşaklıoğlu H. Akut koroner Sendromun Tanı. İçinde: Oto A, Tokgözoğlu L, İlkay E, Aytemir K. edt. Akut Koroner Sendrom. Erkem Tıbbi Yayıncılık, 1. Basım, 2009 Ankara, s:18-27.
82. Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Derg 2011; 11: 619-26620.
83. Kılınçarslan MG, Şahin EM. Güncel Kılavuzlar Işığında Dislipidemi Yönetiminin İlk Basamağı: Yaşam Tarzı Değişiklikleri. Türk Aile Hek Derg 2019; 23 (1): 31-40.
84. Knuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, Prescott E, Storey RF, Deaton C, Cuisset T, Agewall S, Dickstein K, Edvardsen T, Escaned J, Gersh BJ, Svitil P, Gilard M, Hasdai D, Hatala R,

Mahfoud F, Masip J, Muneretto C, Valgimigli M, Achenbach S, Bax JJ. 2019 ESC Guidelines for The Diagnosis and Management of Chronic Coronary Syndromes. *European Heart Journal* 2020; 41:407-477.

85. Larsen KK. Depression Following Myocardial Infarction--An Overseen Complication With Prognostic Importance. *Dan Med J* 2013; 60(8): B4689.
86. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation Post-Myocardial Infarction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am Heart J* 2011;162(4): 571-584 e572.
87. Lee C, Lai C, Lee M, Su F, Yeh T, Cheng L, Hsieh M, Wu Y, Liu Y, Wu C. Reinforcement of Patient Education Improved Physicians' Adherence to Guideline Recommended Medical Therapy After Acute Coronary Syndrome. *PLoS ONE* 2019; 14(6): e0217444.
88. Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L. Correlations Between Health-Promoting Lifestyle And Health-Related Quality Of Life Among Elderly People With Hypertension in Hengyang, Hunan, China. *Medicine* 2018; 97(25):1-7.
89. Liu XL, Wu CJ, Willis K, Shi Y, Johnson M. The Impact Of Inpatient Education on Self-Management for Patients with Acute Coronary Syndrome and Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Study in China. *Health Education Research* 2018; 33(5): 389–401.
90. Makki N, Brennan TM, Girotra S. Acute Coronary Syndrome. *Journal of Intensive Care Medicine* 2013; 00(0): 1-15.
91. McKenna H, Pajnikihar M, Murphy F. Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice. Çeviren: Bahçecik AN, Alpar ŞE. Hemşirelik Kuramları Modelleri ve Uygulama Esasları. Akademisyen Kitabevi, Baskı Sayısı: 2, İstanbul, 2019; s:1-23.
92. Menzin J, Wygant G, Hauch O, Jackel J, Friedman M. One-Year Costs of Ischemic Heart Disease Among Patients with Acute Coronary Syndromes: Findings From A Multi-Employer Claims Database. *Current Medical Research And Opinion* 2008; 24(2): 461–468.
93. Meriç M. ST Yükselmesi Olmayan Akut Koroner Sendromlar. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2012; 29:133-139.

94. Minatoguchi S. Cardioprotection Against Acute Myocardial Infarction. Springer Nature Singapore Pte Ltd. 2019. (eBook):1-7.
95. Murphy B, Grande ML, Alvarenga M, Worcester M, Jackson A. Anxiety and Depression After a Cardiac Event: Prevalence and Predictors. *Frontiers in Psychology*, 10:1-12.
96. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to Drugs that Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients. *American Journal of Medicine* 2012;125(9): 882-7.
97. Nakamura M, Ako J, Arai H, Hirayama A, Murakami Y, Nohara A, Uno K, Ozaki A, Mariko Harada-Shiba M. Investigation into Lipid Management in Acute Coronary Syndrome Patients from the EXPLORE-J Study. *J Atheroscler Thromb* 2019; 26: 559-572.
98. Nancy T, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, Kumanyika S, Kraus WE, Fleg JL, Redeker NS, Meininger JC, Banks J, Stuart-Shor EM, Fletcher BJ. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults. *Circulation* 2010: 406-441.
99. Nieuwlaet R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, Agoritsas T, Mistry N, Iorio A, Jack S, Sivaramalingam B, Iserman E, Mustafa RA, Jedraszewski D, Cotoi C, Haynes RB. Interventions for Enhancing Medication Adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD000011.
100. Oğuz S, Yanmış S, Yılmaz B, Atman B. Hipertansiyon Hastalarının İlaç ve Diyet Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2019; 10(21):1-7.
101. Oğuz S, Yetim M, Yalçın Ö, Ünalın Ye, Çamcı G. Hipertansiyonlu Bireylerde Hastalık Algısının Tedavi Ve Diyet Uyumuna Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2016; 5(2):75-83.
102. Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalar İçin İnanç ve Uyum Ölçeklerinin Türkçeye Uyarlanması. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2010; 38(7): 480-485.

103. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna NE, Kaya A, Altay S. Edit: Onat A. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş., 2017: 1-294.
104. Onat A, Kaya A, Akbaş Şimşek T, Şimşek B, Tusun E, Karadeniz Y, Can G. Twenty-five years of the TARF study: The 2015 survey, and temporal trends in mortality and loss to follow-up. Turk Kardiyol Dern Ars 2016;44:365–70.
105. Orgun, F, Şen G. Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi 2012; 2(4): 52-64.
106. Öngen Z. Akut Koroner Sendromlar: Kavramı, Sınıflanması, Risk Düzeyinin Belirlenmesi ve Tedavi İlkeleri. Kardiyoloji Gündemi, Sempozyum Dizisi 2008; 64:103-112.
107. Özel Y, Karabulut AB. Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2018; 1(1): 48-56.
108. Öztürk H, Çilingir D, Hindistan S. Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011; 4 (4): 153-158.
109. Parlar H, Yazıcı SG. Evli ve Bekar yetişkinlerin Genel Öz-yeterlilik ve Benlik Saygılarının İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2017;16(31): 207-247.
110. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Individual Models to Promote Health Behavior. In: Health Promotion in Nursing Practice. 7st ed. United States of America, Pearson Education; 2015, p: 27-56.
111. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Individual Models to Promote Health Behavior. In: Health Promotion in Nursing Practice 6st ed. United States of America, Pearson Education Limited, 2014: 35-66.
112. Perk J, Backer GD, Gohlke H, Graham L, Reiner A, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syväne M, Reimer VJM, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu (Versiyon 2012), Türk Kardiyol Dern Arş 2012; 3: 1-76.

113. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corra U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FDR, Lochen M, Ilgen HL, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, Worp HB, Dis I, Verschuren WMM. 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal* 2016; 37: 2315–2381.
114. Raingruber B. *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice*. Jones & Bartlett Learning, LLC, an Ascend Learning Company, Burlington, 2014; P:53-94.
115. Rathore SS, Curtis JP, Chen J, Wang Y, Nallamothu BK, Epstein AJ, Krumholz HM. Association Of Door-To-Balloon Time And Mortality in Patients Admitted to Hospital With ST Elevation Myocardial Infarction: National Cohort Study. *BMJ* 2009; 338: b1807:1-7.
116. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, Bax JJ, Borger MA, Brotons C, Chew DP, Gencer B, Hasenfuss G, Kjeldsen K, Lancellotti P, Landmesser U, Mehilli J, Mukherjee D, Storey RF, Windecker S. 2015 ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting Without Persistent ST-Segment Elevation. *European Heart Journal* 2016;37:267–315.
117. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 305–312.
118. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-Efficacy and Health Status in Patients With Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. *Psychosom Med* 2007; 69(4): 306–312.
119. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J. Twelve-year Trends in the Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013; 28:169–180.
120. Sakrinda TJ. Health Promotion Model. In: Alligood MR, ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8st ed. Missouri, Mosby;2014, p: 396-416.
121. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4(1):1-6.

- 122.Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized Self-Efficacy scale. In: Weinman J, Wright S, Johnston M, eds. Measures in Health Psychology: A user's Portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, UK: NFER-NELSON.1995: 35-37.
- 123.Selimoğlu E, Bektaş Y, Özkocak V, Gültekin T. Beslenme Şeklinin Zaman İçindeki Tarihsel Yolculuğu. SETSCI Conference Indexing System 2018; 3: 390-398.
- 124.Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, Karatana O, Turgan C, Hasanoglu E, Caglar S, Erturk S. Changes in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment and Control Rates in Turkey From 2003 to 2012. Journal of Hypertension 2016; 34 (6): 1208-1217.
- 125.Sevinç S, Argon G. Application of Pender's Health Promotion Model to Post-Myocard Infarction Patients in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2018; 11(1):410 -418.
- 126.Sevinç S. Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Yaşam Şekli Değişikliği: Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli. Journal of Cardiovascular Nursing 2016, 7(14): 147-152.
- 127.Shin Y, Yun SK, Pender NJ. Test of the Health Promotion Model as a Causal Model of Commitment to a Plan for Exercise Among Korean Adults With Chronic Disease. Research in Nursing & Health 2005; 28: 117–125.
- 128.Singh N, Rathore V, Mahat RK, Rastogi P. Glycogen Phosphorylase BB: A more Sensitive and Specific Marker than Other Cardiac Markers for Early Diagnosis of Acute Myocardial Infarction. Ind J Clin Biochem 2018; 33(3): 356–360.
- 129.Siudak Z, Pers M, Dusza K, Franczak I, Zegzda A, Bechta M, Kwiatkowska A, Knutelska A, Zemla B, Kubiak A, Zarzycka M, Kudelko-Blacha N, Koźmińska P, Oleksy M, Dudek D. The Efficacy of an Education-Based Secondary Outpatient Prevention Programme After Acute Coronary Syndrome Hospitalisations and Treatment in Poland. The Patient Club initiative. Kardiologia Polska 2016; 74 (2): 185–191.
- 130.Soylu K, Aksan G, Nar G, Özdemir M, Gülel O, İnci S, Aksakal A, Soylu Aİ, Yılma Ö. Serum Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin Levels are

Correlated With The Complexity and The Severity of Atherosclerosis in Acute Coronary Syndrome. *Anatol J Cardiol* 2015; 15: 450-455.

- 131.Sungur C, Kar A, Kıran Ş, Macit M. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Klinik Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. *Balkan Sosyal Bilimleri Dergisi* 2019; 8(15) :43–52.
- 132.Steca P, Monzani D, Greco A, Franzelli C, Magrin ME, Miglioretti M, Sarini M, Scignaro M, Vecchio L, Fattirolli F, Addario MD. Stability and Change of Lifestyle Profiles in Cardiovascular Patients After Their First Acute Coronary Event. *PLoS ONE* 2017;12(8):1-17: e0183905.
- 133.Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Merz CNB,. Blum CB, Eckel RH, Goldberg AC, Gordon D, Levy D, Lloyd-Jones DM, McBride P, Schwartz JS, Shero ST, Smith Jr SC, Watson K, Wilson PWF.2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:2889–934.
- 134.Suissa K, Larivière J; Eisenberg MJ, Eberg M, Gore GC, Grad R, Joseph L, P Reynier P M, Filion KB. Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2017; 10:e002458.
- 135.Şimşek AK, Alpar ŞE. Açık Kalp Ameliyatı Olacak Bireylerde Verilen Pretoperaif Eğitimin; Postoperatif Dönemde Anksiyete ve İyileşme Süreci Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018; 34(3):45-62.
- 136.Tanrıverdi B, Tetik ŞS. Aterosklerozun Patofizyolojisi ve Risk Faktörleri. *Marmara Pharmaceutical Journal* 2017; 21: 1-9.
- 137.Taylan S, Altan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012,3, 66-74.
- 138.Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD. Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Tanımı. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2013; 3: 129-145.

139. Tokgözoğlu L, Kayıkçıoğlu M, Altay S, Aydoğdu S, Barçın, Bostan C, Çakmak HA, Çatakoğlu AB, Emet S, Ergene O, Kalkan AK, Kaya B, Kaya CT, Kaymaz C, Koylan N, Kültürsay H, Oğuz A, Özpelit E, Ünlü S. EUROASPIRE-IV: Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı, Risk Faktörleri ve Tedavi Yaklaşımı Üzerine Çalışması: Türkiye Verileri. Turk Kardiyol Dern Ars, 2017;45(2): 134-144.
140. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O; EUROASPIRE III Türkiye Çalışma Grubu. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Arch Turk Soc Cardiol 2010;38:164–72.
141. Tuomaala MS, Kurki A, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping Experiences: A Pathway Towards Different Coping Orientations Four And Twelve Months After Myocardial Infarction-A Grounded Theory Approach. Nurs Res Pract, 2012;674783.
142. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting 1996.
143. Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
144. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O. Nurse-Coordinated Multidisciplinary, Family-Based Cardiovascular Disease Prevention Programme (EUROACTION) For Patients With Coronary Heart Disease and Asymptomatic Individuals at High Risk of Cardiovascular Disease: A Paired, Cluster-Randomised Controlled Trial. Lancet 2008;371:1999–2012.
145. Yağlı VN, İnce Dİ, Sağlam M, Çalık Kütükçü E, Arıkan H, Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Anksiyete Ve Depresyonu Belirleyen Faktörler, Turk J Physiother Rehabil 2015; 26(1):40-46.
146. Yates BC, Price-Fowlkes T, Agrawal S. Barriers and facilitators of Self-reported Physical Activity in Cardiac Patients. Res Nurs Health 2003;26:459-69.
147. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 2017; 10 (52):1278-1287.
148. Yudi MB, Clark DJ, Farouque O, Andrianopoulos N, Ajani AE, Brennan A, Lefkovits J, Freeman M, Hiew C, Selkrig LA, O'Brien J, Dart AM, Reid CM, Duffy SJ. Trends and Predictors of Recurrent Acute Coronary Syndrome

Hospitalizations and Unplanned Revascularization After Index Acute Myocardial Infarction Treated With Percutaneous Coronary Intervention. American Heart Journal Volume 2019; 212:134-143.

- 149.Yuvakgil Z. Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Sosyal Ağ Büyüklükleri İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Ve Bakımı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2017, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Rahşan Çevik Akyl).
- 150.Yuval R, Halon DA, Lewis BS. Perceived Disability and Lifestyle Modification Following Hospitalization for Non-ST Elevation Versus ST Elevation Acute Coronary Syndromes: The Patients' Point of View. Eur J Cardiovasc Nurs 2007; 6(4): 287-292.
- 151.Yöntem M, Erdoğan BS, Akdoğan M, Kaleli S. Akut Miyokart İnfarktüsü Tanısında Kardiyak Markörlerin Önemi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 2 (4): 11-17.
- 152.Yüksel H, Kaplan İ, Celepkolu T, Toprak G, Aydeniz N, Etik E, Çolpan L. Lipid panelinde Non-HDL kolesterol ve Total kolesterol / HDL kolesterol oranı. Abant Med J 2015;4(1):28-32.

9) EKLER

Ek 1) Hasta İzlem Formu

1. **Tarih:** İlk izlem .../.../... Danışmanlık .../.../... Son İzlem .../.../...
2. **Ev Tel:** **Cep Tel 1:** **Cep Tel 2:**
3. **Adres:**
4. **TANI:** NSTMI () STMI () USAP ()
5. **Takılan Stentin Türü:** İlaç Kaplı () Metal () Eriyebilen ()
6. **Ad- Soyad:** 7. **Cinsiyet:** 8. **Yaş:**
9. **Öğrenim Durumu:**
Okuma Yazma Bilmiyor (1) İlk Okul (2) Lise (3) Üniversite (4)
10. **Çalışma Durumu:** Çalışıyor (1) Çalışmıyor (2)
11. **Medeni Durumu:** Evli (1) Bekar (2) Boşanmış (3)
12. **Toplam Aylık Gelir:** < 2000 tl 2000-5.000 tl >5.000 tl
13. **Birlikte Yaşadığı kişiler:** Çekirdek aile (1) Geniş aile (2) Parçalanmış aile (3)
14. **Kilo:** İlk izlem Son izlem 1 15. **Boy:**.....
16. **Sigara Kullanma Durumu :** İlk izlem Son İzlem
17. **Alkol Kullanma Durumu:** İlk İzlem Son İzlem
18. **KAH'na Ek Sistemik Hastalıklar:** HT (1) DM (2) SVO (3)
19. **Ailesinde KAH öyküsü:** Var (1) Yok (2)
20. **Trigiliserid Düzeyi:** İlk İzlem Son İzlem.....
21. **HDL-K Düzeyi :** İlk İzlem Son İzlem.....
22. **LDL-K Düzeyi :** İlk İzlem Son İzlem.....
23. **Total Kolesterol Düzeyi** İlk İzlem Son İzlem.....
24. **Hba1c Düzeyi:** İlk İzlem Son İzlem
25. **BKİ:** İlk İzlem Son İzlem
26. **Plansız Olarak Tekrar Hastaneye Yattınız mı:** Evet (1) Hayır (2)
27. **Plansız Olarak Tekrar Anjiyo Oldunuz mu:** Evet (1) Hayır (2)

Ek 2) İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği

Bu ölçek, bireylerin ilaca uyum hakkında inancını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda bazı düşünceleri içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerden size en uygun olanı işaretlemeniz beklenmektedir. Lütfen her bir ifadeye belirtilen düşüncenin size ne kadar uyduğunu düşününüz. Her bir ifadeye katılma derecenizi kendinize en uygun gelen seçeneğin altındaki kutucuğu işaretleyerek gösteriniz. Lütfen hiçbir maddeyi yanıtsız bırakmayınız.

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.İlaçlarımı aldığımda, kalp hastalığım hakkında çok fazla endişelenmiyorum.	1	2	3	4	5
2. Eğer ilaçlarımı içersem, hastaneye yatma olasılığım azalır.	1	2	3	4	5
3. İlaçları içmeyi hatırlamak zor geliyor.	1	2	3	4	5
4. İlaç içmekten hoşlanmıyorum	1	2	3	4	5
5. Her gün bir sürü ilaç içmek zorunda kalıyorum.	1	2	3	4	5
6. Her gün ilaç içmek, evden dışarı çıkmamı zorlaştırıyor.	1	2	3	4	5
7. İlaçlarımı içmek ödemimi (şişliğimi) azaltıyor.	1	2	3	4	5
8. İlaçlarımı içmeyi unutuyorum.	1	2	3	4	5
9. Her gün ilaç içmek, kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.	1	2	3	4	5
10. İlaç içmek nefes almamı kolaylaştırıyor.	1	2	3	4	5
11. İlaçlarımı içmek daha kaliteli (rahat) yaşamamı sağlıyor.	1	2	3	4	5
12. İçtiğim ilaçlar geceleyin, tuvalete gitmek için uyanmama neden oluyor.	1	2	3	4	5

Ek 3) Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

Bu ölçek, bireylerin stresli yaşantılarla başa çıkabilme ve bunlara uyum sağlayabilme becerilerine yönelik algılarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda bazı düşünceleri içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelerden size en uygun olanı işaretlemeniz beklenmektedir. Lütfen her bir ifadeye belirtilen düşüncenin size ne kadar uyduğunu düşününüz. Her bir ifadeye katılma derecenizi kendinize en uygun gelen seçeneğin altındaki kutucuğu işaretleyerek gösteriniz. Lütfen hiçbir maddeyi yanıtsız bırakmayınız.

	Tamamen Yanlış	Biraz Doğru	Orta Düzeyde Doğru	Tamamen Doğru
1. Yeterince çaba harcarsam, zor sorunları çözmenin bir yolunu daima bulabilirim	1	2	3	4
2. Bana karşı çıkıldığında, istediğimi elde etmemi sağlayacak bir yol ve yöntem bulabilirim	1	2	3	4
3. Amaçlarıma bağlı kalmak ve bunları gerçekleştirmek benim için kolaydır	1	2	3	4
4. Beklenmedik olaylarla etkili bir biçimde başa çıkabileceğime inanıyorum	1	2	3	4
5. Yeteneklerim sayesinde beklenmedik durumlarla nasıl baş edebileceğimi biliyorum	1	2	3	4
6. Gerekli çabayı gösterirsem, birçok sorunu çözebilirim	1	2	3	4
7. Baş etme gücüme güvendiğim için zorluklarla karşılaştığımda soğukkanlılığımı koruya bilirim	1	2	3	4
8. Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle birkaç çözüm yolu bulabilirim	1	2	3	4
9. Başım dertte olduğunda, genellikle bir çözüm düşünebilirim	1	2	3	4
10. Önüme çıkan zorluk ne olursa olsun, üstesinden gelebilirim	1	2	3	4

Ek 4) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2

Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız.

	Hiçbir Zaman (1)	Bazen (2)	Sık Sık (3)	Düzenli Olarak (4)
1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2. Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3. Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4. Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5. Yeterince uyurum				
6. Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7. İnsanları başarıları için takdir ederim				
8. Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9. Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10. Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11. Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12. Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlulu ilişkiler sürdürürüm				
14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15. Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16. Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17. Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				

	Hiçbir zaman (1)	Bazen (2)	Sık Sık (3)	Düzenli Olarak (4)
18. Geleceğe umutla bakarım				
19. Yakın arkadaşlarıma zaman ayırıyorum				
20. Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21. Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				

	Hiçbir Zaman (1)	Bazen (2)	Sık Sık (3)	Düzenli Olarak (4)
37. Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39. Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40. Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41. Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42. Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43. Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44. Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45. Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46. Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47. Yorulmaktan kendimi korurum				
48. İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49. Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50. Kahvaltı yaparım				
51. Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52. Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Ek 5) Kontrol İzlem Formu

Hatırlatıcı sorular	Evet	Hayır	Diğer
1. Tansiyonunuzu ölçüyor musunuz?			
2. Sigarayı bıraktınız mı?			
3. Kan şekerinizi ölçüyor musunuz?			
4. Kan şekeriniz kontrol altında mı?			
5. Kilonuzu ölçüyor musunuz?			
6. Kan kolesterol düzeylerinizi biliyor musunuz?			
7. Alkollü bıraktınız mı?			
8. Tuzu azaltınız mı?			
9. Günde yaklaşık kaç gr tuz tüketiyorsunuz?			
10. Şeker kullanımınızı azaltınız mı?			
11. Günde yaklaşık kaç gr şeker tüketiyorsunuz?			
12. Tempolu yürüyüş gibi fiziksel aktiviteler yapıyor musunuz?			
13. Fiziksel aktivite yapıyor iseniz yaklaşık kaç dk sürüyor?			
14. Fiziksel aktivite esnasında kalp hızınızı hesaplıyor musunuz?			
15. İlaç kullanıyor musunuz?			
16. İlaçlarınızı düzenli şekilde kullanıyor musunuz?			

Ek 6) Sağlığı Geliştirme Eğitimi Sunumu

SAğLIğI GELİşTİRME EğİTİMİ



Doktora Öğrencisi: Uzman. Hem. Aynur KAYNAR şİMşEK

Danışman: Prof. Dr. şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

2019

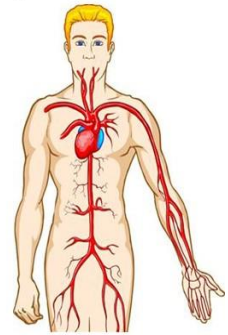
GİRİŞ

Bu eğitim, kalp krizi geçirdikten sonra; yaşam biçiminizi sağlığa uygun davranışlara yöneltmenize ve sağlığınıza geliştirmeniz için yapmanız gereken davranışlar hakkında bilgi edinerek hastalığınızla uyum içinde yaşamanıza rehber olması amacıyla hazırlandı.

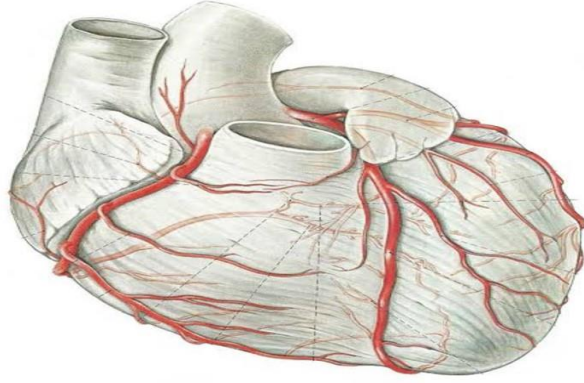
2

KALP DAMAR HASTALIĞI (Koroner Arter Hastalığı) NEDİR?

- Canlı dokular yaşayabilmek ve görevlerini yerine getirebilmek için oksijen ve besine ihtiyaç duyarlar.
- Dokuların ihtiyacı olan **oksijen ve besin** maddeleri ise kanla vücuda taşınır.
- Kalp, bir pompa gibi çalışarak kanı vücuda dağıtan böylece dokuların oksijenlenmesini ve beslenmesini sağlayan bir organdır.



3



- Vücuda kanı taşıyan büyük damardan ayrılan küçük damarlar (koroner arter) sayesinde kalp **kendi dokusunu** da besler.
- Kalp damar hastalığı bu küçük damarlarda daralmaların oluşmasıdır.

4

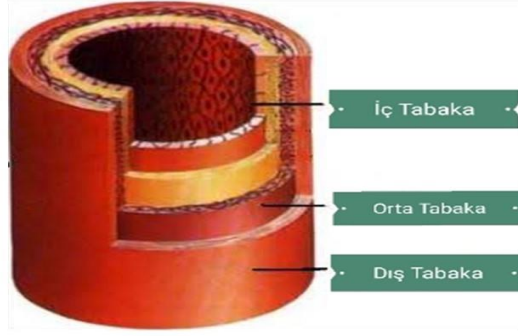
KAN DAMARLARININ YAPISI NASILDIR?

- Kan damarları **boru şeklinde** yapılardır.
- Damarın en iç duvarının cam gibi **parlak, kaygan ve yapışmaz** bir yapısı vardır.
- Çeşitli nedenlerle bu duvarda bozukluk oluşursa, damar içine yağ (lipit) ve diğer maddeler birikerek **plak (damar kireçlenmesi)** denilen yapıları oluşturur.
- Plaklar damarı sertleştirir ve damar yatağını daraltır. Sonuç olarak da kalp damar hastalığı ortaya çıkar.



5

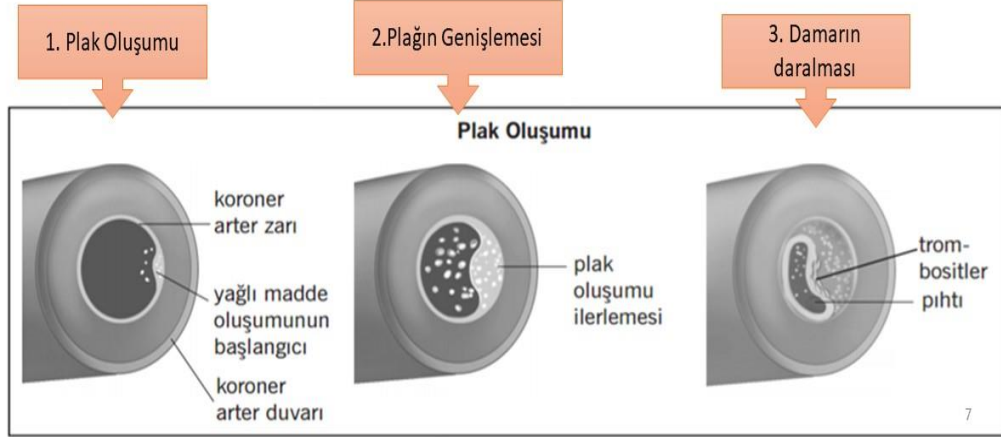
Kan Damarlarının Yapısı;



6

Plak oluşumu;

Plaklar ve plakların üzerine yerleşen pıhtılar damarları **aniden tıkayabilir** ve tıkanan damara ya da tıkanma düzeyine göre ölümlere sebep olabilir.



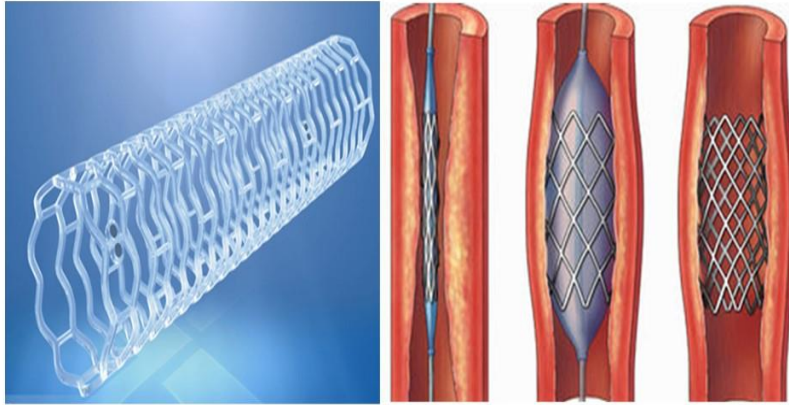
KALP KRİZİ (MİYOKARD ENFARKTÜSÜ) NEDİR?

- Kalp krizi kalbi besleyen damarların çeşitli sebeplerle (daralma, tıkanma gibi) **kalbi yeterince besleyememesi** sonucunda kalp dokusunda hasar oluşmasıdır.
- Kalp krizi **ani ölümlere** sebep olabilir.



8

Koroner Anjiyografi;



- Darlığın durumuna göre sadece kateterin ucundaki balon şişirilip söndürülerek, darlık kazınarak ya da balonla birlikte dar bölgeye stent takılarak damar genişletilmeye çalışılır.

10

PLAKLAR NASIL OLUŞUR?

Kan Yağ Düzeyinin Etkisi

Sürekli Damar Duvarı Hasarı



11

1. Kan Yağ Düzeyinin Etkisi

Kanda **HDL**-kolesterol (iyi kolesterol),

LDL-kolesterol (kötü kolesterol),

Total (toplam) kolesterol ve

Trigliseritler olmak üzere çeşitli yağ yapıları bulunmaktadır.

12

HDL-Kolesterol (İyi Kolesterol)

- HDL-kolesterol, damar sertliğini önleyen bir tür kolesteroldür.
- HDL-kolesterol damar duvarındaki kolesterolü toplayıp yakılmasını hızlandırarak plak oluşumuna ve damar tıkanıklığına karşı koruyucu etki gösterir.



13

LDL-Kolesterol (Kötü Kolesterol)

- LDL- kolesterolün ise kanda seviyesi yüksek olduğunda damar duvarına yapışarak plak oluşumuna neden olur.



14

Trigliseridler ve Total Kolesterol

Trigliseridlerin ve total kolesterolün kanda seviyesi yüksek olduğunda damarın en iç tabakasına yapışarak ve damar hücrelerinin çoğalmasını hızlandırarak plak oluşumuna yol açarlar.



2. Sürekli (Kronik) Damar Duvarı Hasarı

- Damar duvarı; damarın esnekliğini sağlamak, damar içinin kayganlığını sürdürmek ve pıhtı oluşumunu engellemek gibi görevleri olan bir takım maddeler salgılar.
- Damar duvarında çeşitli nedenlerle hasar gelişir ve bu hasar sürekli tekrarlanırsa (yüksek tansiyon, enfeksiyon, kötü beslenme vb.) duvar görevini yerine getiremez. Korunmasız kalan damar duvarına kan hücreleri ve yağlar yapışarak plak oluşumuna neden olur.



KALP DAMAR HASTALIĞINA NEDEN OLAN RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?



1. KONTROL EDİLEMEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş: Damar sertliği erkeklerde 45, kadınlarda 55 (menopoz sonrası) yaş ve üzerinde daha sık görülür.

Cinsiyet: Erkekler kadınlara göre 3-6 kat daha fazla damar sertliğine eğilimlidir. Menopoz sonrası ise iki cins arasında risk eşitlenir.

Kalıtım: Kalp damar hastalığı için en güçlü aile hikayesi birinci derece akrabada erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü olmasıdır.

2. KONTROL EDİLEBİLEN RİSK FAKTÖRLERİ

Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon)

- Kan basıncının 140/90 mm/Hg ve üzerinde olması yüksek tansiyon olarak adlandırılır.
- Yüksek kan basıncı nedeniyle kanın damara **sürekli basınç** uygulaması damar **duvarında sertleşmeye** yol açar.
- Bu nedenle yüksek tansiyon hastasıysanız kan basıncınızın normal sınırlarda tutulması (140/90 mm/Hg altında) yaşamsal öneme sahiptir.



19

Sigara Kullanımı

- Sigara kalp damar hastalığına yol açan ana risk faktörlerindendir. Kalp damar hastası olup sigara içmeye devam ettiğiniz takdirde **ölüm riskiniz de yüksek** seyretmektedir.



20



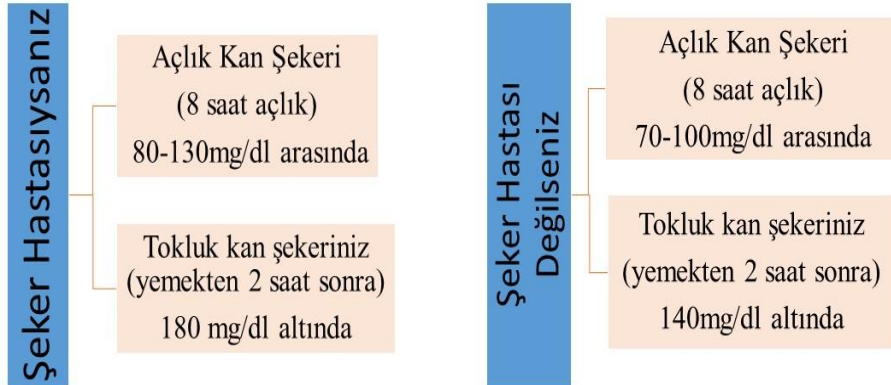
Sigara dumanında bulunan kimyasal maddeler;

- Kalp **atım sayısını** artırarak kalbin oksijen ihtiyacını artırır,
- Tansiyon **ilaçlarının etkisini** azaltır ve kan basıncını yükseltir,
- Kanın **yoğunluğunu** artırarak pıhtı oluşumunu ve sonuç olarak damar tıkanıklığını hızlandırır,
- **LDL**-kolesterolün damar duvarına **yapışmasını** artırarak damarın daralmasına ve sertleşmesine neden olur,
- HDL- Kolesterolün Seviyesini Azaltır.
- Kanın **oksijen seviyesini** azaltır sonuçta organlar yeterince oksijenlenemez,

21

Şeker Hastalığı (Diyabet)

- Kandaki yüksek şeker (glikoz) oranı kanı **yoğunlaştırarak** pıhtı ve plak oluşumunu tetikler.
- Kalp krizi sonrasında şekerin normal sınırlarda tutulması önemlidir.



22

Şişmanlık (Obezite)

- Şişmanlık, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan kronik bir hastalıktır.
- VKİ'nin 25'in üzerinde olması, bel çevresinin kadınlarda 80 cm'den- erkeklerde 94 cm'den büyük olması kalp sağlığı açısından risk altında olduğunuzun göstergesidir.
- Şişmanlık; **kan basıncının, kan şekerinin, toplam kolesterolün ve kötü kolesterolün** yükselmesine, **iyi kolesterolün** ise azalmasına doğrudan etki eder.



23

Vücut Kitle İndeksi;



VKİ: $\frac{\text{Vücut Ağırlığı (kg)}}{(\text{Boy (m)})^2}$

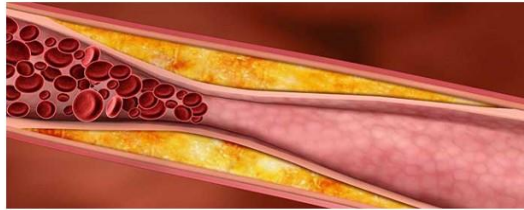
24

Vücut Kitle İndeksi Kartı

kg SHT cm	41	45	50	54	59	64	68	73	77	82	86	91	95	100	104	109	113	118	122	127	132
	Underweight					Healthy					Overweight					Obese					Extremely Obese
142.2	20	22	25	27	29	31	34	36	38	40	43	45	47	49	52	54	56	58	61	63	65
144.7	19	22	24	26	28	30	32	35	37	39	41	43	45	48	50	52	54	56	58	61	63
147.3	19	21	23	25	27	29	31	33	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	59	61
149.8	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	51	53	55	57	59
152.4	18	20	21	23	25	27	29	31	33	35	37	39	41	43	45	47	49	51	53	55	57
154.9	17	19	21	23	25	26	28	30	32	34	36	38	40	42	43	45	47	49	51	53	55
157.4	16	18	20	22	24	26	27	29	31	33	35	37	38	40	42	44	46	48	49	51	53
160.0	16	18	19	21	23	25	27	28	30	32	34	35	37	39	41	43	44	46	48	50	51
162.5	15	17	19	21	22	24	26	27	29	31	33	34	36	38	39	41	43	45	46	48	50
165.1	15	17	18	20	22	23	25	27	28	30	32	33	35	37	38	40	42	43	45	47	48
167.6	15	16	18	19	21	23	24	26	27	29	31	32	34	36	37	39	40	42	44	45	47
170.1	14	16	17	19	20	22	24	25	27	28	30	31	33	34	36	38	39	41	42	44	45
172.7	14	15	17	18	20	21	23	24	26	27	29	30	32	33	35	37	38	40	41	43	44
175.2	13	15	16	18	19	21	22	24	25	27	28	30	31	33	34	35	37	38	40	41	43
177.8	13	14	16	17	19	20	22	23	24	26	27	29	30	32	33	34	36	37	39	40	42
180.3	13	14	15	17	18	20	21	22	24	25	27	28	29	31	32	33	35	36	38	39	40
182.8	12	14	15	16	18	19	20	22	23	24	26	27	28	30	31	33	34	35	37	38	39
185.4	12	13	15	16	17	18	20	21	22	24	25	26	28	29	30	32	33	34	36	37	38
187.9	12	13	14	15	17	18	19	21	22	23	24	26	27	28	30	31	32	33	35	36	37
190.5	11	13	14	15	16	18	19	20	21	23	24	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36
193.0	11	12	13	15	16	17	18	19	21	22	23	24	26	27	28	29	30	32	33	34	35
195.5	11	12	13	14	15	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	30	31	32	33	34
198.1	10	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	34
200.6	10	11	12	14	15	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	29	30	32	33
203.2	10	11	12	13	14	15	16	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	29	30	31	32
205.7	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	23	24	25	26	27	28	29	30	31
208.2	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
210.8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	25	26	27	28	29	30

Kan Yağ Düzeyinin Yüksek Olması

- LDL-kolesterol, total kolesterol ve trigliseritlerin kanda artması damar sertliği ile ilişkilidir.



Aşırı alkol

- Alkol bağımlılık yapabilen bir madde olduğundan ve **kalp damar hastalığı riski** oluşturabildiğinden fazla tüketimden sakınılmalıdır.
- Alkol yine de tüketilecekse; erkeklerde en fazla **1-2 kadeh/günde**, kadınlarda ve 65 yaş üzeri bireylerde ise **1 kadeh/günde** olarak sınırlandırılmalıdır.

- ✓ Bira.....1 şişe (1 kadeh)
- ✓ Kırmızı Şarap.....1 çay bardağı (1 kadeh)
- ✓ Distile sert içkiler.....1shot bardağı (1 kadeh)

27

Stres

- Stres, organizmamızın fiziksel ve ruhsal **sınırlarının zorlanması** ve **tehdit** edilmesiyle ortaya çıkan bir durumdur.
- Stres durumunda vücudumuzdan çeşitli maddeler salgılanır ve bu maddeler kalp sağlığını olumsuz etkiler. Stress;
 - ✓ Kalbin çalışma hızını artırır,
 - ✓ Kan basıncını yükseltir,
 - ✓ Kan yağ düzeyini artırır,
 - ✓ Pıhtılaşma faktörlerini artırır,
 - ✓ Kan şekerini yükseltir,
 - ✓ Kalbi besleyen damarları daraltır.



28

RİSK FAKTÖRLERİ NASIL KONTROL ALTINA ALINIR?

- Beslenme
- Fiziksel Aktivite
- Sağlıklı Vücut Ağırlığının Korunması
- Sigara ve Alkolün Bırakılması
- İlaçların Kullanılması
- Stres Yönetimi
- Sağlık Sorumluluğu



29

Beslenme

- Sağlıklı beslenmeye dikkat ederek; **kan şekerinizi, kan basıncınızı ve kan yağlarınızı** kontrol altına alabilir, **risk faktörlerini** azaltabilir, hastalığınızla **uyum içinde** uzun yıllar yaşayabilirsiniz.
- Bu eğitimde size kalp damar hastalığı varlığında genel beslenme önerileri verilecektir.
- Ancak, başka bir kronik hastalığınız (şeker hastalığı, böbrek yetmezliği gibi) ya da kilo fazlanız varsa **beslenme uzmanına** başvurmanız gerekmektedir.

30

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Doymuş yağ ve trans yağ tüketiminizi en aza indirin. Doymuş yağlar yerine **doymamış yağları** (fındık, ceviz, zeytinyağı gibi) tercih edin.

✓ Doymuş yağ asitleri (katı ya da yarı katı haldeki yağlar),

✓ Trans yağ asitleri (bitkisel margarinler, kızartma yağları)



- Haftada 1-2 kez 1 yumurta (tercihen haşlama ya da sebze yemeklerinin içinde) sağlıklı bir diyetin parçası olabilir' **aşırı kolesterol** alımından kaçının.

31

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Sağlık için kırmızı **et tüketimini** (haftada bir kez bir el ayası kadar et ya da 3-4 köfte) sınırlandırın.
- Kalp damar hastalığı, şeker hastalığı, yüksek kan basıncı olan bireyler yağlı kırmızı et yerine yağsız kırmızı et veya derisiz tavuk, hindi eti ya da **balık etini** tercih etmelidir.



32

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Etleri pişirirken **haşlama, ızgara** gibi yöntemleri tercih edin, kızartmadan kaçının. **Etlı yemeklere** yağ eklemeyin.



- Sağlıklı beslenmede yüksek omega-3 yağ asidi içeriği nedeniyle **balığı** haftada **en az 2-3 kez ızgara**, fırında veya buğulama şeklinde pişirerek tüketin.



33

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Günlük tuz tüketiminiz **1 çay kaşığı (2300 mgr)** geçmemelidir. Yüksek tansiyon hastası iseniz tuz tüketiminiz günde **1 silme çay kaşığı (1500 mg)** geçmemelidir. Tuz tüketimini azaltmak için;



- ✓ Daima taze ve tuz eklenmemiş besinleri tercih edin.
- ✓ Sofrada tuzluk kullanmayın.
- ✓ Yemeklerin tadına bakmadan tuz kullanma alışkanlığından vazgeçin.
- ✓ Maydanoz, nane, kekik, dereotu, rezene, fesleğen gibi aroma sağlayıcıları tuz yerine tercih edin.
- ✓ Turşu, ketçap, hardal, soya sosu, **hazır** salata sosları vb. yiyeceklerin tuz içeriği yüksektir. Bu besinlerden uzak durun ya da çok nadir tüketin.

34

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- **Karbonhidrat** (şekerli, unlu, **pirinçli** besinler, kolalı-gazlı içecekler, hazır meyve suları, şekerlemeleri vb.) tüketimini **en aza** indirin. Karbonhidratlar uzun vadede şeker hastalığını ve şişmanlığı tetikler.
- **Paketlenmiş gıdaları** tüketmekten kaçının. Paketlenmiş gıdalar alırken üzerindeki etiketleri okuyun. Tuz, trans yağ, doymuş yağ ve şeker eklenmiş gıdaları tercih etmeyin.



35

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Kuru baklagiller kalp damar sağlığında koruyucu etki gösterir. Haftada en az 2 kez **kuru baklagil** diyetinizde yer almalıdır.
- Bileşimindeki minerallerin yararlılığı açısından kuru baklagilleri **C vitamininden zengin** besinlerle (koyu yeşil yapraklı sebzeler gibi) birlikte tüketin.



36

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Normal kiloda iseniz ve doktorunuz tarafından başka bir öneri yapılmadıysa **tam tahıl (tam buğday ekmeği, esmer pirinç, tam tahıllı gevrekler, tam tahıl unları)** grubundan günde 4-6 porsiyon tüketebilirsiniz. İşlenmiş **rafine tahılları** (pirinç, un ve unlu mamüller) tüketmeyin.



- ✓ Tam tahıllı ekmeğ.....2 ince dilim (1 porsiyon)
- ✓ Tam tahıllı makarna, bulgur vb. ...4-5 yemek kaşığı (1 porsiyon)

37

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Doktorunuz tarafından aksi önerilmedikçe yağsız **süt ve süt ürünlerinden günde 3 porsiyon** (65 yaş üzeri bireylerde 4 porsiyon) tüketebilirsiniz.



- ✓ Süt, yoğurt, kefir, ayran 1 su bardağı (1 porsiyon)
- ✓ Peynir tuzsuz peynir.....1 kibrit kutusu (1 porsiyon)

38

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Günlük meyve tüketimi de kalp damar sağlığı için önemlidir. Günde **2-3 adet meyve** tüketebilirsiniz.
- Sağlıklı bir beslenme için **sebze tüketimi** önerilmektedir. Sebzelerin içindeki bazı maddeler kalp damar hastalığından koruyucudur. Diyetinizde sebze tüketimini artırın.
- Diyetinizde tükettiğiniz **meyve ve sebzelerin çeşitli renk ve türde** olmasına dikkat edin.



39

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Öğünlerinizi atlamayın ve mutlaka **güne kahvaltı** yaparak başlayın.
- Kahvaltı öğününü atlayan veya yeterli ve dengeli bir kahvaltı öğünü tüketmeyen bireylerde şişman olma oranı daha fazladır.
- Kullandığınız **yemek tabaklarınızın boyutunu** küçültün ve yemeklerinizi küçük lokmalar halinde uzun süre çiğneyerek tüketin.



40

Fiziksel Aktivite

- Fiziksel aktivite mutlaka **kontrollü ve bilinçli** bir şekilde yapılmalıdır. Kontrolsüz olarak ağır aktivite yapmanız yeni bir kalp krizi geçirmenize neden olabilir.
- Kalp krizi geçirdikten **5 gün sonra** aktivite yapmaya başlayabilirsiniz.
- Haftada **5 gün en az 30-45 dk orta tempoda** yürüyüş yapmanız kalp sağlığınız için önemlidir.



41

Fiziksel Aktiviteye Başlama;



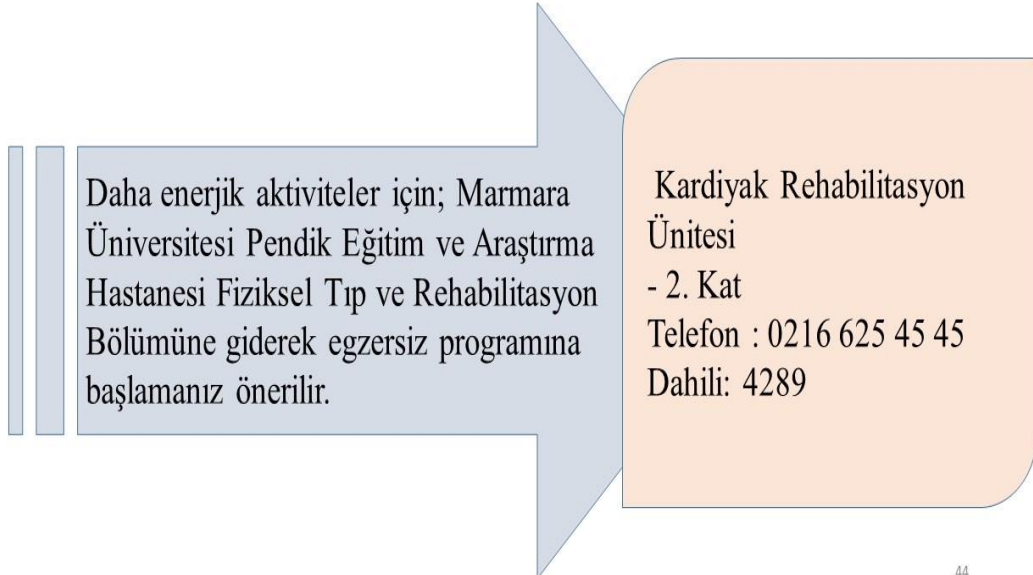
42

Kişiye uygun kalp hızının hesaplanması;

- Aktivite yaparken **temponuzu** (yürürken konuşabilmelisiniz) ve **kalp atışlarımızı** kontrol edin.
- Kişiye uygun kalp hızı formülü 220- yaş 'dır.
- Örnek: yaş 40 ise; $220 - 40 = 180$ atım/dakika. Hafif egzersiz için bu değerin % 50'si ve % 70'i bulunur. Örn: % 50'si: $180 \times 50/100 = 90$ atım/dakika, %70'i: $180 \times 70/100 = 126$ atım/dakika. Kişiye uygun kalp hızı 90 ile 126 atım/dakika arasında olmalıdır. En güvenli egzersiz kalp hızı olarak düşük olanı seçmektir.

43

Fiziksel Aktivite İçin;



44

Düzenli ve Kontrollü Fiziksel Aktivitenin Yararları;

Düzenli Fiziksel Aktivitenin Yararları

Kalbinizdeki damarların sayısını artırır. Böylece kalbin kanlanması artar, kalp krizi geçirme riskiniz azalır

Haftada en az 3 kez en az 30 dakika süreyle yapılan tempolu yürüyüş, plakların ilerlemesini ve yeni plakların oluşumunu engeller.

Vücudunuzun hareket ve egzersiz kapasitesinde artış sağlar.

Damarlarınızın çapında genişleme sağlayarak kan basıncınızın düşmesine yardımcı olur.

45

Sağlıklı Vücut Ağırlığının Korunması

- **Kilonuzu sağlık sınırları** içerisinde tutmanız kalp damar hastalıklarının yanında birçok hastalıktan (yüksek tansiyon, şeker) korunmanızda faydalı olacaktır.

Öneriler;

- ✓ Gereksiniminizden fazla beslenmeyin.
- ✓ Paketlenmiş gıdaları tüketmeyin.
- ✓ Tuzlu ve yağlı çerez türleri yerine çiğ kuruyemiş tüketin.
- ✓ Haftada bir kez aynı saatte, aynı kıyafetle tartılarak kilo kontrolü yapın.
- ✓ Vücut kitle indeksinizi 20-25 arasında tutmayı hedefleyin.



46

Sigara ve Alkolün Bırakılması

- Sigara ve alkolün **sağlık üzerinde olumsuz etkiler** yarattığını gösteren kesin kanıtlar bulunmaktadır. Öneriler;
 - ✓ Her şeyden önce sigarayı bırakmaya kesin karar verin.
 - ✓ Sigara ve alkolün bırakılmasında profesyonel destek alınması daha iyi sonuçlar sağlamaktadır. Bunun için sağlık kuruluşlarından destek alabilirsiniz.
 - ✓ Sigara bırakma hattı 171'i **arayabilirsiniz**.



47

İlaçların Kullanılması

- Doktorun önerdiği ilaç **tedavisine kesin** olarak uymanız gerekir.
- Reçete edilen ilaçlar sizin durumunuza ve bireysel özelliklerinize göre farklılık gösterebilir.
- Hekim önerisi olmadan ilaçlarınızı **erken kesmeniz** damarın ya da stentin tekrar tıkanma riskini ve yeni bir kalp krizi olasılığını doğurabilir. Bu nedenle önerilen süreler dolmadan asla ilaçlarınızı almayı bırakmayın.
- İlaçlarınızı **hekiminizin önerdiği dozda, önerilen saatlerde** alın.



48

Stres Yönetimi

Stresle baş etmede önerilen adımlar;

- Eğer mümkünse size stres yaratan ortamı ve koşulu **değiştirin**. Stres yaratan faktörlerden uzak durun.
- Değiştiremediğiniz, **gücünüzü** aşan olayların pozitif yönlerini bularak kabul edin.
- Gerçek dışı beklentilerden **evhamlı davranışlardan** uzaklaşın.
- Hayatınızdaki olayları kontrol edememe duygusu size strese sokabilir. Bu durumdan kurtulmanın en kolay yolu kendi yaşamınızı kontrol altına almaktır. Önemli **kararlar** alın ve bu kararlara uyun.

49

Stresle Baş etmede Öneriler;

- ✓ **Egzersiz** yapın,
- ✓ Size yakın olan kişilerle endişelerinizi ve sorunlarınızı **paylaşın**,
- ✓ Yeterince **uyuyun** (günde 6 saat),
- ✓ İnsanları başarıları için **takdir** edin,
- ✓ Her gün rahatlamak için kendinize **zaman ayırın**,
- ✓ Yakın arkadaşlarınıza zaman **ayırın**,
- ✓ Uyumadan önce **olumlu şeyler** düşünün,
- ✓ İş ve eğlence **zamanını dengeleyin**,
- ✓ Yorulmaktan **kendinizi koruyun**.



50

Sağlık Sorumluluğu

- Sağlık sorumluluğu, fiziksel, ruhsal, sosyal olarak sağlıklılık halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Öneriler;

- ✓ Sağlık görevlisine, **sağlık sorunlarınızı** ve **vücudunuzdaki olağandışı** belirti ve bulguları anlatın,
- ✓ Sağlığı geliştirici **programları izleyin** ve bu konularla ilgili **kitapları** okuyun,
- ✓ Sağlık görevlisinin önerilerini anlamak için **sorular sorun**,
- ✓ Sağlık görevlisinin **önerileri ile ilgili endişeleriniz** olduğunda başka bir sağlık görevlisine danışın,
- ✓ **Vücudunuzu** fiziksel değişiklikler, bakımından ayda en az bir kez kontrol edin,
- ✓ Sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılın,

51

KAYNAKLAR

1. Altınkaynak BZ, Özbeke E. Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 2006, 13(4):138-142.
2. Ardaç F. Egzersiz Reçetesi. *Türk Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2014, 60 (2): 1-8.
3. Avcı YD. Kişisel sağlık sorumluluğu TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016, 15 (3):259-266.
4. Amerikan Diyabet Topluluğu (http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-2/?loc=util-header_type2) (Erişim Tarihi: 20.12.2018)
5. Başar I. Hipertansiyon, Sigara Alışkanlığı, Obezite ve Bozulmuş Açlık Şekerinin Kalp-Damar Hastalığını Çıkarmadaki Etkileri. Sempozyum Dizisi, 2008, 64: 15-24.
6. Buğun B ve Çelik T. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. *J Clin Anal Med* 2014, 5(2): 159-163.
7. Bhupathiraju SN, Tucker KL. Coronary Heart Disease Prevention: Nutrients, Foods, and Dietary Patterns. *Clinica Chimica Acta*, 2011, 412: 1493-1514.
8. Catapano LA and et al. Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016 ESC/EAS Kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2017, 1-72.
9. Çelik İ. Daha Sağlıklı Bir Yaşam İçin Tam Tahıllar. *Açık Poptler Bülteni Dergisi*, 2013, 46: 42-47.
10. Demir O, Arslantaş H. Koroner Anjiyografi ve Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti İşlemi Öncesi Uygulanan Müzik Eşliğinde Progresif Kas Gevşeme Egzersizinin Bireylerin Anksiyete Düzeylerine Olan Etkisi. *Fakültesi Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5(2): 113-121.
11. Durmuşoğlu D, Evrençil H, Kaftan A, Kılıç M, Sermez Y. Koroner Ateroskleroz ve Diyabet. *Türkiye Klinikleri J Cardiol*, 2004, 17(1): 55-60.
12. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in Relation to Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors. *British Medical Journal*, 2004, 328: 1519-1525.
13. Enç N, Yiğit Z, Şenurhan F, Ahok MG, Özer S, Oğuz S. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları*. 2.Baskı, 2007: 37-56.
14. Görgülü RS. Hemşireler İçin Fizik Muayene Yöntemleri. 1. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 149-170.
15. Graham I, Atar D, Johnson KB, Boysen G, Burell G, Cifkova R, Dallongeville J, Backer GD, Ebrahim S, Gjølsvik B, Herrmann-Lingen C, Hoes A, Humphries S, Knippen M, Perk J, Piesari S, Pyörälä K, Rautava P, Ruidor L, Sans-Menéndez S, Reiner WS, Weissberg P, Wood D, Yarnell J, Zamorano JL, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *European Heart Journal*, 2007, 28: 2375-2414.

52

KAYNAKLAR

16. Kasapoğlu ES, Enç N. Koroner Arter Hastaları İçin Bir Rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017, 8(15): 1-7.
17. Kayıkçoğlu M, Özdoğan Ö. Beslenme ve Kardiyovasküler Sağlık: 2015 Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri *Türk Kardiyol Dern Ars.*, 2015, 43(8): 667-672.
18. Koplay M, Erol C. Koroner Arter Hastalığı. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 2013, 1: 57-69.
19. National Cholesterol Education Program Expert Panel. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*, 2001, 285 (19):2486-2497.
20. Onat A, Hergenc G, Küçükdemir Z, Uğur M, Kaya Z, Can G, Yüksel H. Moderate and Heavy Alcohol Consumption Among Turks: long-term Impact on Mortality and Cardiometabolic Risk. *Arch Turk Soc Cardiol*, 2009, 37(2): 83-90.
21. Okutan M, Tengilimoğlu D. İş ortamında Stres ve Stresle Başa Çıkma Yöntemleri; Bir Alan Uygulaması. *G.U.İ.B.F.*, 2002, 3:15-42.
22. Özen AT, Çelik ŞŞ. Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13(2): 60-67.
23. Öksüz E. Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *Sted*, 2004, 13 (3): 99-104.
24. Saka T. Koroner Kalp Hastalığı ve Egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 2016, 51(2): 56-68.
25. Tokgozoğlu L, İlkey E, Aytemir K. Ateroskleroz Patogenezi. Edit: Oto A. İçinde: Akut Koroner Sendrom. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, 1.Baskı, 2009:1-10.
26. Türkiye'ye Özgü Besin Ve Beslenme Rehberi, 2015 (http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/TOBR_kitap.pdf) (Erişim Tarihi:19.12.2018)
27. Hipertansiyon Haber Bülteni , 2016; 5 (3)
28. (https://www.tkd.org.tr/TKDData/Uploads/files/ht_b%C3%BCiten_sayısı%20WEB.pdf) Erişim Tarihi: 28.02.2019)
29. Uslubaş S, Yeşilçimen K, Gürsürer M, Erdinler İ, Öztürk R, Emre A, Ersek B, Ulusoy T. Zihinsel Stres ve Miyokard İskemisi. *Türk Kardiyoloji Derneği* 1995, 23:95-99.
30. Yaylılı YT, Küçükaslan M. Endotel Disfonksiyonu. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2011, 4(3): 152-157.

53



SAĞLIKLA KALIN...

SAğLIğI GELİşTİRME EğİTİMİ



Doktora Öğrencisi:

Uzman. Hem. Aynur KAYNAR şİMşEK

Danışman: Prof. Dr. şule ECEVİT ALPAR

Marmara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakóltesi

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

2019

1. GİRİŞ

Bu kitapçık, kalp krizi geçirdikten sonra; yaşam biçiminizi sağlığa uygun davranışlara yöneltmenize ve sağlığınıza geliştirmeniz için yapmanız gereken davranışlar hakkında bilgi edinerek hastalığınızla uyum içinde yaşamınıza rehber olması amacıyla hazırlandı.

2. KALP DAMAR HASTALIĞI (Koroner Arter Hastalığı) NEDİR?

- Kalp damar hastalığı kalbi besleyen küçük damarlarda **daralmaların** oluşmasıdır.



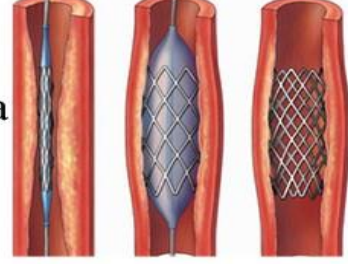
3. KALP KRİZİ (MİYOKARD ENFARKTÜSÜ) NEDİR?

- Kalp krizi ise kalbi besleyen damarların çeşitli sebeplerle (daralma, tıkanma gibi) **kalbi yeterince besleyememesi** sonucunda kalp dokusunda hasar oluşmasıdır.
- Kalp krizi **ani ölümlere** sebep olabilir.



4. KORONER ANJİYOĞRAFI NEDİR?

- Koroner anjiyo, kalp damarlarındaki sorunları belirlemek, tıkanıklık ya da daralma varsa bu sorunu gidermek için yapılan işlemdir.



5. KAN DAMARLARININ YAPISI NASILDIR?

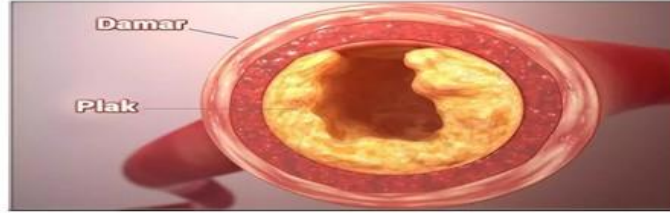
- Kan damarlarının **boru şeklindedir** ve iç duvarının cam gibi **parlak, kaygan ve yapışmaz** bir yapısı vardır.
- Damarın bu yapısı bozulursa damar içine bazı maddeler birikir ve damar sertliğine neden olan plaklar oluşur.



6. PLAKLAR NASIL OLUŞUR?

Kan Yağ Düzeyinin Etkisi

Sürekli (Kronik) Damar Duvarı Hasarı



6.1. Kan Yağ Düzeyinin Etkisi

Kanda **HDL**-kolesterol (iyi kolesterol),
LDL-kolesterol (kötü kolesterol),
Total (toplam) kolesterol ve
Trigliseritler olmak üzere çeşitli yağ yapıları bulunmaktadır.

HDL-Kolesterol (İyi Kolesterol)

- HDL-kolesterol plak oluşumuna ve damar tıkanıklığına karşı koruyucu etki gösterir.



LDL-Kolesterol (Kötü Kolesterol)

- LDL- kolesterolün ise kanda seviyesi yüksek olduğunda damar duvarına yapışarak **plak oluşumuna** neden olur.



Trigliseridler ve Total Kolesterol

Trigliseridlerin ve total kolesterolün kanda seviyesi yüksek olduğunda plak oluşumuna yol açarlar.



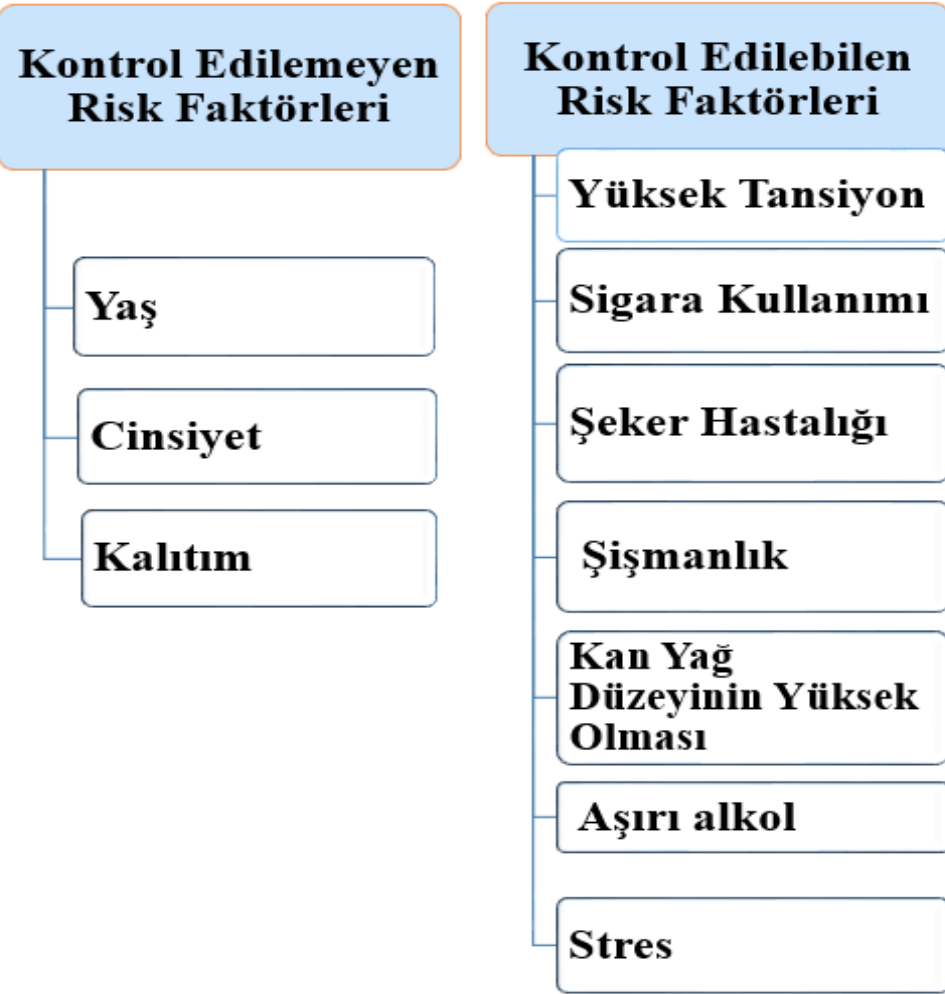
6.2. Sürekli (Kronik) Damar Duvarı Hasarı

- Damar duvarında çeşitli nedenlerle hasar gelişirse (yüksek tansiyon, enfeksiyon, kötü beslenme vb.) ve bu **hasar sürekli tekrarlanırsa** kan hücreleri ve kan yağları damar duvarına yapışarak plak oluşumuna neden olur.



- Oluşan plaklar ve plakların üzerine yerleşen pıhtılar damarları **aniden tıkayabilir** ve tıkanan damara ya da tıkanma düzeyine göre ölümlere sebep olabilir.

7. KALP DAMAR HASTALIĞINA NEDEN OLAN RİSK FAKTÖRLERİ NELERDİR?



9

7.1.KONTROL EDİLEMEYEN RİSK FAKTÖRLERİ

Yaş

Damar sertliği **erkeklerde 45, kadınlarda 55 (menopoz sonrası) yaş** ve üzerinde daha sık görülür.

Cinsiyet

Erkekler kadınlara göre **3-6 kat** daha fazla damar sertliğine eğilimlidir. Menopoz sonrası ise iki cins arasında risk eşitlenir.

Kalıtım

Kalp damar hastalığı için en güçlü aile hikayesi **birinci derece akrabada** erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü olmasıdır.

7. 2. KONTROL EDİLEBİLEN RİSK FAKTÖRLERİ

Yüksek Tansiyon (Hipertansiyon)

- Yüksek kan basıncı **damar duvarında sertleşmeye** yol açar.

- Yüksek tansiyon hastasıysanız kan basıncınızın normal sınırlarda tutulması (**140/90 mm/Hg altında**) yaşamsal öneme sahiptir.



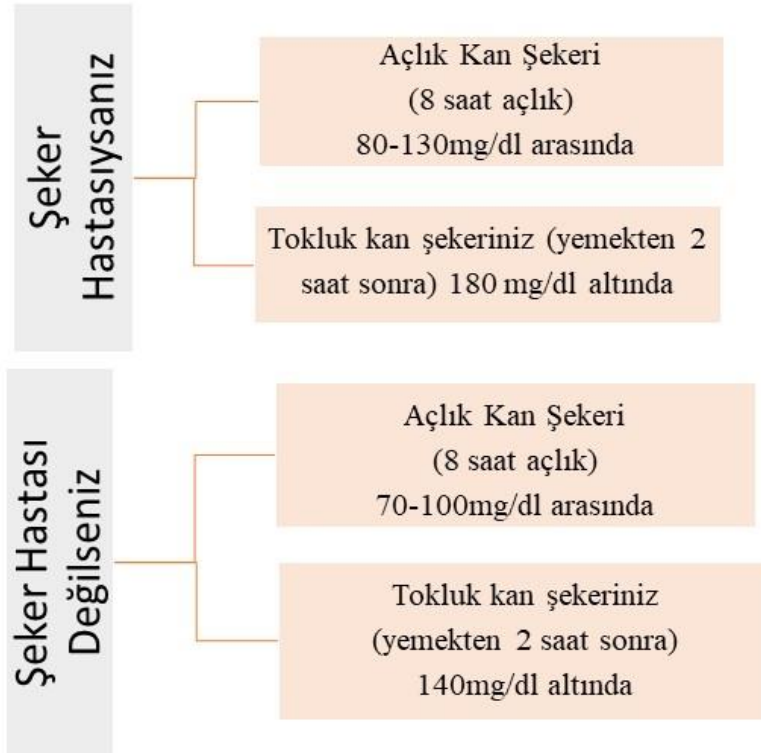
Sigara Kullanımı

- Kalp damar hastası olup sigara içmeye devam ettiğiniz takdirde **ölüm riskiniz de yüksek** seyretmektedir.



Şeker Hastalığı (Diyabet)

- Kandaki **yüksek şeker** oranı pıhtı ve plak oluşumunu tetikler.
- Şekerin normal sınırlarda tutulması tekrar klap krizi geçirme riskinizi azaltır.



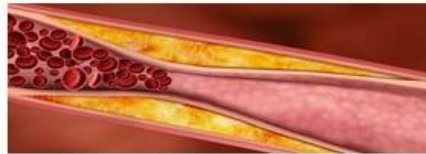
Şişmanlık (Obezite)

- VKİ: 25'in üzerinde [Kg/ (Boy (m))²],
- Bel çevresinin kadınlarda 80 cm-erkelerde 94 cm den büyük olması kalp hastalığı açısından risk altında olduğunuzu gösterir.



Kan Yağ Düzeyinin Yüksek Olması

- LDL-kolesterol, total kolesterol ve trigliseritlerin kanda artması damar sertliğine neden olur.



Aşırı alkol

- Alkol tüketilecekse; erkeklerde en fazla **1-2 kadeh/günde**, kadınlarda ve 65 yaş üzeri bireylerde ise **1 kadeh/günde** olarak sınırlandırılmalıdır.

- ✓Bira.....1 şişe (1 kadeh)
- ✓Kırmızı Şarap.....1 çay bardağı (1 kadeh)
- ✓Distile sert içkiler.....1shot bardağı (1 kadeh)

Stres

- Stres kalp sağlığını **olumsuz** etkiler.



8.RİSK FAKTÖRLERİ NASIL KONTROL ALTINA ALINIR?

Beslenme

- Sağlıklı beslenmeye dikkat ederek; **kan şekerinizi, kan basıncınızı ve kan yağlarınızı** kontrol altına alabilir, **risk faktörlerini** azaltabilir, hastalığınızla **uyum içinde** uzun yıllar yaşayabilirsiniz.



Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- **Doymuş yağ ve trans yağ tüketiminizi en aza indirin.**

✓Doymuş yağ asitleri (katı ya da yarı katı haldeki yağlar),
✓Trans yağ asitleri (bitkisel margarinler, kızartma yağları)



- **Doymamış yağları** (findık, ceviz, zeytinyağı gibi) tercih edin.



Haftada 1-2 kez 1 yumurta tüketebilirsiniz. Aşırı kolesterol alımından kaçının.



Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Günlük tuz tüketiminiz **1 çay kaşığı** geçmemelidir. Yüksek tansiyon hastası iseniz tuz tüketiminiz günde **1 silme** çay kaşığı geçmemelidir. Tuz tüketimini azaltmak için;



- ✓ Daima taze ve **tuz eklenmemiş** besinleri tercih edin.
- ✓ Sofrada tuzluk kullanmayın.
- ✓ Yemeklerin **tadına bakmadan** tuz kullanma alışkanlığından vazgeçin.
- ✓ Maydanoz, nane, kekik, dereotu, rezene, fesleğen gibi **aroma sağlayıcıları** tuz yerine tercih edin.
- ✓ Turşu, ketçap, hardal, soya sosu, **hazır** salata sosları vb. yiyeceklerden uzak durun ya da çok nadir tüketin.

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- **Karbonhidrat** (şekerli, unlu, **pirinçli** besinler, kolalı-gazlı içecekler, hazır meyve suları, şekerlemeler vb.) tüketimini **en aza** indirin.

- **Paketlenmiş gıdaları** tüketmekten kaçının. Tuz, trans yağ, doymuş yağ ve şeker eklenmiş gıdaları tercih etmeyin.



Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Sağlık için kırmızı **et tüketimini** (haftada bir kez bir el ayası kadar et ya da 3-4 köfte) sınırlandırın.
- Yağlı kırmızı et yerine yağsız kırmızı et veya derisiz tavuk, hindi eti ya da **balık etini** tercih edin.



Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Etleri pişirirken **haşlama**, **ızgara** gibi yöntemleri tercih edin, kızartmadan kaçının. **Etli yemeklere** yağ eklemeyin.



- **Balığı** haftada **en az 2-3 kez ızgara**, fırında veya buğulama şeklinde pişirerek tüketin



Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Haftada en az 2 kez **kuru baklagil** diyetinizde yer almalıdır.
- Kuru baklagilleri koyu yeşil yapraklı sebzeler birlikte tüketin.



- Normal kiloda iseniz ve başka bir öneri yapılmadıysa **tam tahıllı** grubundan günde 4-6 porsiyon tüketebilirsiniz.



- | |
|--|
| ✓ Tam tahıllı ekmek.....2 ince dilim (1 porsiyon) |
| ✓ Tam tahıllı makarna, bulgur vb. ...4-5 yemek kaşığı (1 porsiyon) |

Sağlıklı Beslenme Önerileri;

- Aksi önerilmedikçe yağsız **süt** ve **süt ürünlerinden günde 3 porsiyon** (65 yaş üzeri bireylerde 4 porsiyon) tüketebilirsiniz.



- ✓ Süt, yoğurt, kefir, ayran 1 su bardağı (1 porsiyon)
- ✓ Yağsız ve tuzsuz peynir.....1 kibrit kutusu (1 porsiyon)

- Sağlığınız için **sebze ve günde 2-3 adet meyve** tüketebilirsiniz.
- Diyetinizde tükettiğiniz **meyve ve sebzelerin çeşitli renk ve türde** olmasına dikkat edin.



-
- A white plate filled with a variety of food items. At the top center is a round, dark brown bread. To its right are three small, dark purple, round items. Below the bread is a halved hard-boiled egg showing a yellow yolk. To the left of the egg is a slice of white cheese. Further left is a slice of orange. Along the bottom edge of the plate are several slices of green cucumber. To the right of the cucumber are two whole red tomatoes. Above the tomatoes are some small, light brown, irregular pieces. To the right of the tomatoes is a bunch of fresh green herbs. Along the right edge of the plate is a long, green, curved vegetable.

Fiziksel Aktivite

- Fiziksel aktivite mutlaka **kontrollü ve bilinçli** bir şekilde yapın.
- Haftada 5 gün 30-60 dk orta tempoda yürüyüş yapmanız önerilir.
- Aktivite yaparken kalp hızınızı kontrol edin.



Sağlıklı Vücut Ağırlığının Korunması

- **Kilonuzu sağlık sınırları** içerisinde tutun. Öneriler;

- ✓ Gereksiniminizden fazla beslenmeyin.
- ✓ Paketlenmiş gıdaları tüketmeyin.
- ✓ Çiğ kuruyemiş tüketin.
- ✓ Haftada bir kez aynı saatte, aynı kıyafetle tartılarak kilo kontrolü yapın.
- ✓ Vücut kitle indeksinizi 20-25 arasında tutmayı hedefleyin.



Sigara ve Alkolün Bırakılması



- Sigara ve alkolün bırakın.
Öneriler;



- ✓ Her şeyden önce sigarayı bırakmaya kesin karar verin.
- ✓ Sigara ve alkolün bırakmak için sağlık kuruluşlarından destek alabilirsiniz.
- ✓ Sigara bırakma hattı 171'i arayabilirsiniz.

İlaçların Kullanılması

- Doktorun önerdiği ilaç tedavisine kesin olarak uymanız gerekir.
- İlaçlarınızı hekiminizin önerdiği dozda, önerilen saatlerde alın.



Stres Yönetimi



Stresle baş etmede önerilen adımlar;

- ✓ Stres yaratan faktörlerden uzak durun.
- ✓ Değiştiremediğiniz olayların pozitif yönlerini bularak kabul edin.
- ✓ Gerçek dışı beklentilerden uzaklaşın.
- ✓ **Egzersiz** yapın.
- ✓ Size yakın olan kişilerle endişelerinizi ve sorunlarınızı **paylaşın**.
- ✓ Yeterince **uyuyun** (günde 6 saat).
- ✓ İnsanları başarıları için **takdir** edin.
- ✓ Her gün rahatlamak için kendinize **zaman ayırın**.
- ✓ Yakın arkadaşlarınıza zaman **ayırın**.
- ✓ Uyumadan önce **olumlu şeyler** düşünün.
- ✓ İş ve eğlence **zamanını dengeleyin**.
- ✓ Yorulmaktan **kendinizi koruyun**.

Sağlık Sorumluluğu



- Sağlıkla ilgili üzerinize düşen görevleri yerine getirin. Öneriler;
 - ✓ Sağlık görevlisine, **sağlık sorunlarınızı** ve **vücudunuzdaki olağandışı** belirti ve bulguları anlatın.
 - ✓ Sağlığı geliştirici **programları izleyin** ve bu konularla ilgili **kitapları** okuyun.
 - ✓ Sağlık görevlisinin önerilerini anlamak için **sorular sorun**.
 - ✓ Sağlık görevlisinin **önerileri ile ilgili endişeleriniz** olduğunda başka bir sağlık görevlisine danışın.
 - ✓ **Vücudunuzu** fiziksel değişiklikler, bakımından ayda en az bir kez kontrol edin.
 - ✓ Sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılın.

Ek 8) Etik Kurul Onayı



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2018.362
	PROJE ADI	Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR

KARAR BİLGİLERİ	Tarih 04.05.2018 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir.
------------------------	--

ÜYELER					
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile ilişkisi	Toplantıya katılım	İmza
Prof.Dr. Haner DİREKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ EVET ☒ HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAŞ	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	
Güzde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var Yok	☐ Evet ☒ Hayır	

Ek 9) Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MARMARA ÜNİVERSİTESİ
PENDİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
07/08/2018 17:23 - 43766128 - 604.01.01 - E 18974
999147/2881

ACELE

Sayı : 43766128-604.01.01
Konu : Aynur KAYNAR ŞİMŞEK'in
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 20/07/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-2254 sayılı yazı.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğrencisi Aynur KAYNAR ŞİMŞEK'in, Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR'ın, danışmanlığında yürütülen; "**Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlık Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği**" başlıklı tez çalışmasını, Hastanemizde yapma talebi ilgili Anabilim Dalı Sağlık Hizmetleri Sorumlusu'nun ekte yer alan görüşleride dikkate alınarak Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. İsmail CİNEL
Başhekim

Ek 10) İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği İzin



4.01.2018 Per 10:35

soguz <soguz@marmara.edu.tr>

Fwd: İLT:Ölçek izin

Kime aynurkaynarsimsek@hotmail.com

Sevgili Aynur,
Ölçeği kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.

----- Özgün İleti -----

Konu: İLT:Ölçek izin

Tarih: 2018-01-04 12:34

Gönderen: Aynur Kaynar şimşek <aynurkaynarsimsek@hotmail.com>

Alıcı: "soguz@marmara.edu.tr" <soguz@marmara.edu.tr>

Sayın Sıdika OĞUZ hocam,

Türkçeye uyarlanmış şeklinin geçerlik ve güvenirliğini yaptığımız 'İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeğini' 'Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği' isimli yapmayı planladığım doktora tezimde kullanmak istiyorum. Mümkünse buna ilişkin izninizi rica ederim.

Saygılarımla.

Uzm. Hem. Aynur KAYNAR ŞİMŞEK
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Ek 11) Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Kullanım İzni

Sil	Yanıtla	Hızlı Adımlar	İ	Taşı	Etketler	İ	Düzenleme	Yakınlaştır
-----	---------	---------------	---	------	----------	---	-----------	-------------



4.01.2018 Per 08:45

Aynur Kaynar şimşek <aynurkaynarsimsek@hotmail.com>

İLT:Ölçek izin

Kime Ayşe Aypay

Sayın Ayşe AYPAY hocam,

Türkçeye uyarlanmış şeklin geçerlik ve güvenirliğini yaptığımız 'Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'ni 'Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği' yapmayı planladığım doktora tezimde kullanmak istiyorum. Mümkünse buna ilişkin izniniz, ölçek ve değerlendirmesini tarafıma göndermenizi rica ederim.

Saygılarımla.

Uzman. Hemş. Aynur KAYNAR ŞİMŞEK

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı



6.01.2018 Cmt 07:47

Ayşe Aypay <ayseaypay@hotmail.com>

Ynt: İLT:Ölçek izin

Kime Aynur Kaynar şimşek



Merhaba,

Çalışmada kullanmak istediğin ölçek formu ekte.

Maddelere verilen yanıtlarda en olumsuz 1, en olumlu 4 olacak şekilde, cevap şıklarını 1, 2, 3, ve 4 olarak puanlıyorsun. Ölçekten alınan yüksek puanlar genel öz yeterliğin yüksek olduğuna, düşük puanlar da düşük olduğuna işaret etmektedir.

Doğr. Dr. Ayşe AYPAY

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Eğitim Fakültesi

Meselik Kampüsü 26480

Eskişehir, Türkiye

E-mail: ayseaypay@hotmail.com

Tel: +90 (222) 239 3750/1654

Faks: +90 (222) 229 3124

Ek 12) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği Kullanım İzni



7.02.2018 Çar 07:06

Zuhâl Bahar <zbahar@ku.edu.tr>

RE: Ölçek izin

Kime Aynur Kaynar şimşek

Sayın Şimşek,
Tezinizde ölçeğimizi kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin, sevgiler
Zuhâl Bahar

From: Aynur Kaynar şimşek [mailto:aynurkaynarsimsek@hotmail.com]

Sent: Wednesday, February 7, 2018 9:48 AM

To: zbahar@ku.edu.tr

Subject: İLT: Ölçek izin

Sayın Zuhâl BAHAR hocam,
Türkçeye uyarlanmış şeklinin geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2' yi 'Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği' isimli yapmayı planladığım doktora tezimde kullanmak istiyorum. Mümkünse buna ilişkin izniniz, ölçek ve değerlendirmesini tarafıma göndermenizi rica ediyorum.
Bu konuda bana geri bildirimde bulunursanız çok sevinirim hocam

Saygılarımla.

Ek 13) Bilgilendirme Formu (Deney Grubu)

Sayın Katılımcı;

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği” dir. Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR ’ın danışmanlığında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı doktora öğrencisi Aynur KAYNAR ŞİMŞEK tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir.

Bu araştırma; akut koroner sendromlu hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak hazırlanan sağlığı geliştirme eğitiminin; hastanın ilaca uyumu, öz yeterliliği ve sağlığı geliştirici davranışı gösterme durumu üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu araştırmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Araştırmacıya haber vermek koşuluyla istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma boyunca sizden herhangi bir ücret ödemeniz istenmeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde Hasta İzlem Formu, İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği, Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2’yi doldurmanız istenecektir. Tüm bu ölçekler tarafımdan size okunarak doldurtulacaktır ve yaklaşık 30 dakika sürecektir. Ölçekleri doldurduktan sonra iki oturumda gerçekleşecek olan 60 dk süren sağlığı geliştirme eğitimi alacaksınız. Verilecek eğitim yaşam tarzınızı düzenlemeye yönelik olup, sağlığını üzerinde herhangi bir risk oluşturmayacaktır. İlk görüşmeden 3 ay sonra telefonla aranacaksınız ve varsa sorularınız yanıtlanacaktır. İlk görüşmeden 6 ay sonra tekrar telefonla aranacaksınız ve ilk görüşmede doldurduğunuz formları ikinci kez doldurmanız istenecektir. Formların doldurulmasını takiben varsa sorularınız cevaplanacak ve araştırmanın sizinle olan kısmı son bulacaktır. Bu araştırmada vereceğiniz tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacak, hiçbir şekilde adınız anılmayacak ve belirtilmeyecektir. Bütün verileri araştırmacı toplayacak ve güvenli biçimde saklayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Uzman Hemşire Aynur KAYNAR ŞİMŞEK
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik esasları Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

Katılımcının

Adı-Soyadı:

Tel:

Tarih ve İmza:

Araştırmacı

Aynur KAYNAR ŞİMŞEK

05304642743

Tarih ve İmza:

Ek 14) Bilgilendirme Formu (Kontrol Grubu)

Sayın Katılımcı;

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği” dir. Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR ’ın danışmanlığında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı doktora öğrencisi Aynur KAYNAR ŞİMŞEK tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir.

Bu araştırma; akut koroner sendromlu hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli temel alınarak hazırlanan sağlığı geliştirme eğitiminin; hastanın ilaca uyumu, öz yeterliliği ve sağlığı geliştirici davranış gösterme durumu üzerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tümü ile özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Araştırmacıya haber vermek koşuluyla istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma boyunca sizden herhangi bir ücret ödemeniz istenmeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde Hasta İzlem Formu, İlaça Uyum Hakkında İnançlar Ölçeği, Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 2’yi doldurmanız istenecektir. Tüm bu ölçekler tarafımdan size okunarak doldurtulacaktır ve yaklaşık 30 dakika sürecektir. İlk görüşmeden 6 ay sonra telefonla aranarak tekrar dört anketi doldurmanız istenecektir. Formların doldurulmasını takiben varsa sorularınız yanıtlanacak böylece çalışmanın sizinle olan kısmı son bulacaktır. Bu araştırmada vereceğiniz tüm bilgiler kesinlikle gizli tutulacak, hiçbir şekilde adınız anılmayacak ve belirtilmeyecektir. Bütün verileri araştırmacı toplayacak ve güvenli biçimde saklayacaktır.

Katıldığınız için teşekkür ederim.

Uzman Hemşire Aynur KAYNAR ŞİMŞEK
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik esasları Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

Katılımcının

Adı-Soyadı:

Tel:

Tarih ve İmza:

Araştırmacı

Aynur KAYNAR ŞİMŞEK

05304642743

Tarih ve İmza:

Ek 15) Katılımcının Beyanı

Sayın Uzman Hemşire Aynur KAYNAR ŞİMŞEK tarafından Marmara Üniversitesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Uzman Hemşire Aynur KAYNAR ŞİMŞEK'İ 0530 464 2743 telefonda arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

Tel:

Tarih ve İmza:

Ek 16) Araştırmaya Katılım Onay Formu

Sayın Aynur KAYNAR ŞİMŞEK tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji bölümünde ‘Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Eğitimin Etkinliği’ adlı tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (telefon no.....)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Aynur	Soyadı	KAYNAR ŞİMŞEK
Doğum Yeri	Çorum	Doğum Tarihi	01.12.1983
Uyruğu		Tel	0530 464 27 43
E-mail	aynurkaynarsimsek@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi	2016-Devam
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi	2012
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2006

İş deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Servis Hemşiresi	Anadolu Sağlık Merkezi	2006-2007
2. Yoğun Bakım Hemşiresi	Marmara üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2007-2011
3. Sorumlu Hemşire	Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-2014
4. Yoğun Bakım Hemşiresi	Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016-2017
5. Hemşirelik Uygulama Laboratuvarı Sorumlusu-Klinik Rehber Hemşire	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2017-2020
6. Hemşire	Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2020-Devam

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
	orta	orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	60							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,88519	73,58689	70,53223
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	Çok iyi

EK: Diğer Bilimsel faaliyetler (yayın, kongre bildirisi vs.)

1. Yüksek Lisans Tezi

- 1.1. Periferik İntravenöz Kateterlerin Kalış Süresi ile Tromboflebit Arasındaki İlişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü-2012

2. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (proceeding)

Basılan Bildiriler

- 2.1. **Kaynar A.** Şahin A., Bayrak D., Karakoç G., Ülke F., Öztürk H.(2006).
Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik

Öğrencilerinin Doyum Düzeyi. I. European Nursing Students Congress. May 25- 26. Poster. İzmir/TÜRKİYE

2.2. **Kaynar Şimşek A.** (2012). The Relation Between Stay Period of Peripheral Intravenous Catheters and Trombophlebitis. 8th International Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery. The Heart Surgery Forum. March 1-4:15(1):74. Antalya /TURKEY

2.3. **Kaynar Şimşek A.** (2013). Pulmoner Endarterektomi Sonrası Hemşirelik Bakımı. 9th International Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery. 21-24 March 2013:161. Antalya/TURKEY

2.4. **Kaynar Şimşek A. (2019).** Follow Up in Clinic / Poliklinikte İzleyelim. 3rd International Pulmonary Vascular Diseases Meeting PVD 2019. May 3-4, 2019 Swisotel The Bosphorus/ İstanbul/TÜRKİYE

2.5. **Kaynar Şimşek A.** Ecevit Alpar Ş. Akut Koroner Sendrom Geçiren Hastalarda Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. 1. Uluslararası 5.Ulusal Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 6-8 Aralık 2019, Antalya/ TÜRKİYE

2.6. **Kaynar Şimşek A.** Çaylı N, Karahan Okuroğlu G, Ecevit Alpar Ş. Ventrogluteal Enjeksiyon Uygulamasında Eğitimin Etkinliği. 1. Uluslararası 5.Ulusal Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 6-8 Aralık 2019, Antalya/ TÜRKİYE

2.7. Karahan Okuroğlu G, **Kaynar Şimşek A.** Pazar N, Ecevit Alpar Ş. Hemşirelik Öğrencilerinin El Hijyenine Yönelik İnanç ve Uygulamalarında Teknoloji Destekli Eğitimin Etkinliği. 1. Uluslararası 5.Ulusal Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, 6-8 Aralık 2019, Antalya/ TÜRKİYE

2.7._Karahana Okuroğlu G, **Kaynar Simsek A.** Yavuz D, şahin Orak N, Gülseven Karabacak B, Ecevit Alpar ř. Öğrenci Hemşirelerin Güvenli Parantral İlça Uygulamalarına İlişkin Öz-Yeterlilikleri. 6.Uluslararası 17.Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19-21 Aralık, 2019, Ankara/TÜRKİYE

3. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

3.1. Kaynar A., şahin A., Bayrak D., Karakoç G., Ülke F., Öztürk H. (2006). Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Öğrencilerinin Doyum Düzeyi. Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.10(3):12-19.

3.2. Kaynar şimşek A. (2014) Pulmoner Endarterektomi Sonrası Hemşirelik Bakımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.30(2):118-125.

3.3. Kaynar şimşek A., şimşek T., Alpar şE. (2018). Açık Kalp Ameliyatlarında Preoperatif Eğitimin: Postoperatif Dönemde Anksiyete Ve İyileşme Süreci Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 34 (3):45-62.

3.4. Kaynar şimşek A., Ecevit Alpar ř. (2019). Toplumun Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Algısı: Sistematiğ Derleme. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 2 (1), 32-46.

3.5. Kaynar şimşek A., Ecevit Alpar ř.(2020). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Kazandırılması. Turk J Cardiovasc Nurs. 11(24):31–36.