



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**PLANLI PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARA
VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ YETERLİLİK ve SEKONDER KORUMA ÜZERİNE
ETKİSİ**

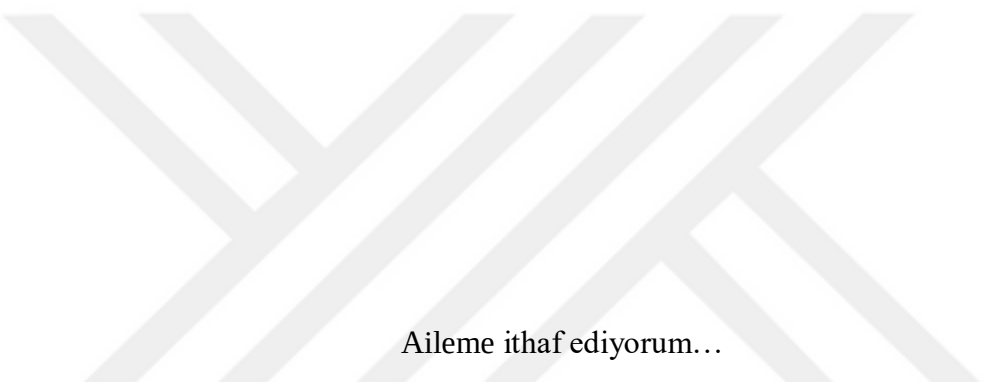
Senem KUŞELİ DOST

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Hülya KAYA**

Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

Hemşirelikte Eğitim Programı

Mart, 2023



Aileme ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

PLANLI PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ YETERLİLİK ve SEKONDER KORUMA ÜZERİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Bilgi ve tecrübeleriyle büyük bir sabır ve özveriyle beni sürekli destekleyen, bana her türlü olanağı sunan değerli hocam, tez danışmanım Prof. Dr. Hülya KAYA'ya, Eğitimim boyunca desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Doç. Dr. Emine ŞENYUVA'ya, Araştırmanın planlanması ve gerçekleştirilmesinin her aşamasında tecrübe ve bilgileriyle önerilerini ve desteklerini gösteren Prof. Dr. Vesile ÜNVER'e

Araştırmayı gerçekleştirmek için uzman görüşleriyle destek veren tüm hocalarıma ve meslektaşlarıma, her zaman yanımda olan, sabırla ve özveriyle beni sürekli destekleyen Pervin ÖZCAN ve Nezahat KARAHAN'a, yaşamımın her aşamasında hep yanımda olan ve beni her zaman destekleyen annem Fatma KUŞELİ, babam Gültekin KUŞELİ ve kardeşim Didem ÖZEN'e, artık yanımda olamasa da bu günlere gelmemde büyük emeği olan babaanneme,

Sabırla ve anlayışla maddi ve manevi her türlü desteğini benden esirgemeyen, her zaman yanımda olan, büyük bir fedakârlık ve sabır gösteren eşim Yiğit DOST ve biricik oğlum Ömer DOST'a ve araştırmaya katkıda bulunan, emeği olan herkese çok teşekkür ederim.

Mart 2023

Senem KUŞELİ DOST

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
BÜTÇE DESTEKLERİ.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....	xiii
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	3
2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyolojisi.....	3
2.2. Perkütan Koroner Girişim ve Stent Tedavisi.....	4
2.3. Sekonder Koruma.....	4
2.3.1.Hipertansiyon:.....	5
2.3.2.Hiperlipidemi:.....	5
2.3.3.Diyabet:.....	5
2.3.4. Obezite:.....	5
2.3.5. Beslenme/Diyet:.....	6
2.3.6.Sigara/Tütün:.....	6
2.3.7.Fiziksel Aktivite:.....	6
2.4. Perkütan Koroner Girişim ve Sekonder Korumada Hemşirenin Eğitimci Rolü.....	10
2.4.1. Hasta Eğitim Süreci.....	11
2.5. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı.....	14
2.5.1. Öz Yeterlilik.....	15
2.6. İlgili Araştırmalar.....	17
3. YÖNTEM.....	20

3.1. Araştırmanın Amacı.....	20
3.2. Araştırmanın Türü	20
3.3. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri	20
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Bilgi Formu.....	23
3.6.2. Bilgi Testi	24
3.6.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği.....	25
3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II.....	26
3.7. Veri Toplanması	26
3.8. Araştırma Akışı	26
3.8.1. Eğitim Planının Oluşturulması.....	29
3.8.2. Hasta Eğitim Kitapçığı	37
3.8.3. Eğitimin Uygulanması.....	39
3.9. Verilerin Analizi.....	42
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	42
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	42
3.11.1. Güçlü Yönleri.....	42
4. BULGULAR.....	43
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulgular.....	43
4.2. Hastaların Bilgi Puanlarına İlişkin Bulgular	46
4.3. Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililiklerine İlişkin Bulgular.....	47
4.4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular	56
4.5. Hastaların Kan Değerleri (Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) Antropometrik Ölçüm Değerleri (boy, kilo, BKİ) ve Kan Basıncı Ölçüm Değerlerine İlişkin Bulgular	62
4.6. Telefonla Gönderilen Mesajlara İlişkin Bulgular.....	71
5. TARTIŞMA.....	74
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulguların Tartışılması	74
5.2. Hastaların Bilgi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	75
5.3. Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	77
5.4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	82

5.5. Hastaların Kan Değerleri (Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) Antropometrik Ölçüm Değerleri (boy, kilo, BKİ) ve Kan Basıncı Ölçüm Değerlerine İlişkin Bulguların Tartışılması	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	90
KAYNAKLAR	92
EKLER.....	107
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	128
ETİK KURUL İZİN YAZISI	129
KURUM İZNİ YAZILARI.....	130
ÖZGEÇMİŞ	131



ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 3-1: Araştırmanın Akış Şeması.....	27
Şekil 3-2:CONSORT 2010 Akış Diyagramı	28
Şekil 3-3:Eğitim Maketi ve Video Görselleri.....	31
Şekil 3-4:Video Görseli ve Eğitim Materyali.....	31
Şekil 3-5: Hasta Eğitim Kitapçığı.....	38
Şekil 3-6:Hasta Eğitim Ktapçığı.....	38
Şekil 3-7:Hasta Eğitimi Görseli.....	39
Şekil 3-8:Hasta Eğitimi Görseli.....	40
Şekil 3-9:Hasta Eğitimi Görseli.....	40
Şekil 3-10: Hastalara gönderilen kısa mesajlar	41
Şekil 4-1: Gruplara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanlarının Dağılımı	47
Şekil 4-2: Gruplara Göre Düzenli Spor Yapma Puanının Dağılımı	51
Şekil 4-3: Gruplara Göre Hastalıkla İlgili Bilgi Alma Puanının Dağılımı.....	51
Şekil 4-4: Gruplara Göre Yardım Alma Puanının Dağılımı.....	52
Şekil 4-5: Gruplara Göre Doktorla İletişim Kurma Puanının Dağılımı.....	52
Şekil 4-6: Gruplara Göre Hastalık Yönetimi Puanının Dağılımı	53
Şekil 4-7: Gruplara Göre Ev İşlerini Yapma Puanının Dağılımı.....	53
Şekil 4-8: Gruplara Göre Sosyal Aktivite Puanının Dağılımı	54
Şekil 4-9: Gruplara Göre Semptomlarla Baş Etme Puanının Dağılımı	54
Şekil 4-10: Gruplara Göre Nefes Darlığı İle Baş Etme Puanının Dağılımı	55
Şekil 4-11: Gruplara Göre Depresyon Yönetimi Puanının Dağılımı.....	55
Şekil 4-12: Gruplara Göre Öz Etkililik Toplam Puanlarının Dağılımı.....	56
Şekil 4-13: Gruplara Göre Kişilerarası İlişkiler Puanının Dağılımı	59

Şekil 4-14: Gruplara Göre Beslenme Puanının Dağılımı.....	59
Şekil 4-15: Gruplara Göre Sağlık Sorumluluğu Puanının Dağılımı.....	60
Şekil 4-16: Gruplara Göre Fiziksel Aktivite Puanının Dağılımı	60
Şekil 4-17: Gruplara Göre Stres Yönetimi Puanının Dağılımı.....	61
Şekil 4-18: Gruplara Göre Manevi Gelişim Puanının Dağılımı	61
Şekil 4-19: Gruplara Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puanların Dağılımı .	62
Şekil 4-20: Gruplara Göre Total Kolesterol Değerlerinin Dağılımı	65
Şekil 4-21: Gruplara Göre Trigliserid Değerlerinin Dağılımı	65
Şekil 4-22: Gruplara Göre LDL Değerlerinin Dağılımı.....	66
Şekil 4-23: Gruplara Göre HDL Değerlerinin Dağılımı	66
Şekil 4-24: Gruplara Göre Açlık Kan Şekeri Değerlerinin Dağılımı	67
Şekil 4-25: Gruplara Göre Kilo Değerlerinin Dağılımı	69
Şekil 4-26: Gruplara Göre BKİ Değerlerinin Dağılımı	69
Şekil 4-27: Gruplara Göre Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı	70

TABLO LİSTESİ

Tablo 2-1: Değiştirilebilir Risk Faktörleri ve Hedef Seviyeleri	7
Tablo 3-1:Girişim ve Kontrol Grupları Homojenlik Testi.....	23
Tablo 3-2:Planlı Perkütan Koroner Girişim Hastalarına Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitim Planı.....	33
Tablo 3-3:Perkütan Koroner Girişim Hastalarının Eğitim ve Takip Sürecinde Öz-Yeterliliği Geliştirici Girişimler	36
Tablo 4-1:Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulguların Dağılımı(N=120) .	44
Tablo 4-2:Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırması	45
Tablo 4-3: Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Bilgi Puanlarının Karşılaştırması	46
Tablo 4-4: Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre KHÖÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	48
Tablo 4-5:Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre SYBDÖII Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	57
Tablo 4-6:Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Hastaların Kan Değerlerinin Karşılaştırması ...	63
Tablo 4-7:Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Hastaların Antropometrik Değerlerinin Karşılaştırması	68
Tablo 4-8:Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Hastaların Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırması	70

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

KAH : Koroner Arter Hastalığı

KVH : Kardiyovasküler Hastalık

PKG : Perkütan Koroner Girişim

CABG : Koroner Arter Bypass Greftleme

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein

HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein

TEKHAREF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

SYBDÖII: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

KHÖÖ : Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği

Maks : Maksimum

Min : Minumum

Ss :Standart Sapma

ÖZET

DOKTORA TEZİ

PLANLI PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ YETERLİLİK ve SEKONDER KORUMA ÜZERİNE ETKİSİ

Senem KUŞELİ DOST
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı
Hemşirelikte Eğitim Programı

Danışman : Prof. Dr. Hülya KAYA

Kuşeli Dost S. (2023). Planlı Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Öz yeterlilik ve Sekonder Koruma Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma planlı perkütan koroner girişim uygulanan hastalara verilen eğitimin öz yeterlilik ve sekonder koruma üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma girişim ve kontrol gruplu (ön test-son test kontrol desenli), tek kör teknikli randomize kontrollü çalışmadır. Araştırmanın evrenini 2019 yılı Ocak - Haziran ayları arasında planlı perkütan koroner girişim planlanan hastalar (N:180), örneklemini güç analizi sonucunda girişim (60 hasta) ve kontrol grubu (60 hasta) olmak üzere toplam 120 hasta oluşturmuştur. Kontrol grubu hastalarına işlem öncesi ve sonrasında klinik rutini uygulanmış, girişim grubu hastalarına ise Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı'na temellendirilen işlem öncesi ve sonrası olmak üzere toplam da üç oturum şeklinde planlanan hasta eğitimi uygulanmış ve 12 hafta boyunca haftada bir olmak üzere kısa mesaj ve telefon takibi yapılmıştır. Araştırma verileri Bilgi Formu, Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II, Ön- Son Test ile hastaların laboratuvar kan sonuçları ile antropometrik ölçümleri yapılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler ortalama, standart sapma, ortanca (minimum-maksimum), Mann-Witney U, Wilcoxon Signed Rank, Student-T, Paired Samples testleri ve Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır. Araştırmada girişim grubu hastalarının eğitim sonrası bilgi puanının eğitim öncesine göre arttığı, kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Girişim grubu hastalarının eğitim sonrası 3.ayda kronik hastalıklarda öz etkililik algıları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Girişim grubu hastalarının kan değerleri ile antropometrik ölçüm değerlerindeki değişimin kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuçlar doğrultusunda; Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramına temellendirilerek

geliştirilen hasta eğitiminin planlı perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve sekonder koruma üzerine olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

Şubat 2023 , ... sayfa.

Anahtar kelimeler: Perkütan Koroner Girişim, Öz Yeterlilik, Sekonder Koruma



ABSTRACT

Ph.D. THESIS

THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN TO PATIENTS WITH PLANNED PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION ON SELF-EFFICIENCY AND SECONDARY PROTECTION

Senem KUŞELİ DOST

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Education in Nursing

Nursing Education Programme

Supervisor : Prof. Dr. Hülya KAYA

Kuşeli Dost S. (2023). The Effect of the Education Given to the Patients Undergoing Planned Percutaneous Coronary Intervention on Self-efficacy and Secondary Protection. Istanbul University-Cerrahpaşa Graduate Education Institute, Education in Nursing USA. Doctoral Thesis. Istanbul.

The research was carried out to examine the effect of the education given to the patients who underwent planned percutaneous coronary intervention on self-efficacy and secondary protection. The research is a randomized controlled study with intervention and control groups (pretest-posttest control pattern), single-blind technique. The population of the study consisted of patients who were planned for planned percutaneous coronary intervention (N: 180) between January and June 2019, and the sample consisted of 120 patients, including intervention (60 patients) and control group (60 patients) as a result of power analysis. The clinical routine was applied to the control group patients before and after the procedure, and the patient training, which was planned as three sessions in total, was applied to the intervention group patients before and after the procedure based on the Social Cognitive Learning Theory, and text message and phone follow-up was applied once a week for 12 weeks. has been made. Research data were collected by means of Information Form, Self-Efficacy Scale in Chronic Diseases, Healthy Lifestyles Behaviors Scale II, Pre-Post Test and laboratory blood results of the patients and anthropometric measurements. The data obtained were evaluated with mean, standard deviation, median (minimum-maximum), Mann-Witney U, Wilcoxon Signed Rank, Student-T, Paired Samples tests and Pearson correlation analysis. The significance level of the study was

taken as $p < 0.05$. In the study, it was found that the knowledge score of the intervention group patients increased after the training compared to the pre-training group and was higher than the control group. It was found that the intervention group patients had higher self-efficacy perceptions and healthy lifestyle behaviors in chronic diseases at the 3rd month after the training than the control group. It was found that the change in blood values and anthropometric measurement values of the intervention group patients was higher than the control group. In line with the results; It can be said that patient education developed on the basis of Social Cognitive Learning Institution has a positive effect on self-efficacy and secondary protection in patients undergoing planned percutaneous coronary intervention.

February 2023, ... pages.

Keywords: Percutaneous Coronary Intervention, Self-Efficacy, Secondary Protection



1. GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm dünyada ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü KVH'ların 17,9 milyon insanı etkileyerek 2019 yılında tüm küresel ölümlerin %32'sine sebep olduğunu bildirmiş, 2030 yılına kadar yaklaşık 23,6 milyon insanı daha etkileyeceği öngörüsü ile küresel ölçekte çok daha önemli bir sağlık sorunu olacağına dikkat çekmiştir (WHO 2021). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verileri ülkemizdeki ölümlerin %39,1'inin iskemik kalp hastalığı kaynaklı olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte Türkiye'de kardiyovasküler hastalıklar, sağlıklı olarak geçirilen bir yılın kaybı olarak değerlendirilen engelliliğe ayarlanmış yaşam yılı (Disability Adjusted Life Year, DALY) kaybına neden olan hastalıklar sıralamasında ikinci sırada yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıkların ülkemizde 2016 yılındaki ekonomik yükünün 10,2 milyar ABD Doları olduğu bildirilirken, 2035 yılına kadar bu prevalansın yaklaşık iki kat artarak 19,4 milyar ABD Dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir (Balbay 2018; Civek ve Akman 2022).

Kardiyovasküler hastalıkların küresel boyutta sosyo-ekonomik yapıları olumsuz etkilemesi ve bu etkinin gelecek yıllar için katlanarak artacağı öngörülerini Birleşmiş Milletler 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden biri olarak gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin KVH'a bağlı ölüm ve hastalık yükünün azaltılmasına yönelik stratejiler geliştirmesini sağlamıştır (<https://www.un.org/sustainable-development/sustainable-development-goals/> Erişim tarihi:16.11.2022). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı ve Eylem Planı çerçevesinde oluşturulan Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2021-2026) raporunda, KVH'ların kontrol altına alınamaması halinde önümüzdeki 10 yıl içerisinde ölüm, hastalık yükü ve sosyo-ekonomik etkilerinin giderek artacağı bildirilmiştir. Raporda belirlenen hedeflerin başında toplumun KVH ve risk faktörleri farkındalığının artırılarak hastalık gelişim riskinin azaltılmasına, sekonder korumaya yönelik eğitimin önemine vurgu yapılmıştır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi-2021-2026.html> Erişim tarihi:20.12.2022).

Kardiyovasküler hastalıkların iskemik tanı ve tedavisinde revaskülarizasyon (tıkali koroner damarlardaki kan akışının yeniden sağlanması) yöntemi olan perkütan koroner girişim (PKG); günümüzde hastane yatış süresini kısaltma, maliyet etkinliği sağlama ve hastane enfeksiyonlarını azaltma gibi birçok avantajıyla en çok tercih edilen yöntemdir (Chen Y. ve diğ. 2016; Amin ve diğ. 2018; Bhatt 2018; Kolkailah ve diğ. 2018). Dünyada Avrupa Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütüne (OECD) üye ülkelerde yıllık PKG oranı toplam revaskülarizasyon işlemlerinin %80'ini oluşturmaktadır (Benjamin ve diğ. 2019). Amerikan Kalp Derneği, Kardiyovasküler Anjiyografi ve Müdahaleler Derneği ile Amerikan Kardiyoloji Koleji 2021 klavuzlarında PKG uygulanan hastaların girişimden en üst düzeyde faydalanarak kronik hastalık yönetimini yapabilmeleri için; öz yeterliliklerinin arttırılarak bakıma katılmalarının ve sekonder korumada risk faktörlerinin yönetimini yapabilmelerinin önemine dikkat çekmiştir (Lawton ve diğ. 2022). PKG sonrası sekonder korumada risk faktörlerinin (beslenme, fiziksel aktivite, sigara, hiperlipidemi vb.) yönetiminin; hastalık tekrarını önleyerek sağ kalımı arttırdığı ve kronik hastalık yükünü azaltarak yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir. Bu nedenle PKG uygulanan hastaların kronik durumlarının farkında olmalarının ve korumaya yönelik sağlık davranışı kazanmalarında öz yeterliliklerinin önemine vurgu yapılmıştır (Yuan 2021; Gür ve Sunal 2019; Kavradım ve Özer 2018; Bayülgen ve Altıok 2017; Sevinç 2016).

Literatürde hemşirelerin, kardiyovasküler hastalığın sekonder koruma ve yönetiminde bireylerin öz yeterliliklerinin arttırılması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturmada rol ve sorumlulukları olduğu vurgulanmış, özellikle PKG uygulanan hastalara hemşireler tarafından verilen eğitimin davranış değişikliği oluşturmada olumlu etkisine dikkat çekilmiştir (Yuan 2021; Tuna 2019; Uysal 2019; Bayülgen ve Altıok 2017; Sevinç 2016). Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin sekonder korunmasında davranış değişikliği esastır. Davranış değişikliği sürecine ve öğrenmeye kavramsal çerçeve oluşturan kanıtlanmış ve gerçekliği benimsenmiş varsayımlar olan kuramların öğrenme süreci ile ilişkilendirilmesinin önemli olduğu bildirilmiştir. Kardiyovasküler hastalıkların toplumun büyük kısmını etkilemesi, sekonder korumada hastalık yönetimi ve davranış değişikliğine yönelik öğrenme sürecinde dikkat, gözlem, güdüleme, çevre desteği süreçleri ile motivasyon ve öz yeterliliğin bu süreçteki önemi dikkate alınarak araştırmada Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı'na temellendirilmiş bir eğitim planlanmıştır (Turan Kavradım ve Özer 2018). Ülkemizde bir öğrenme yaklaşımına göre yapılandırılmış, PKG öncesi sırası ve sonrasını kapsayacak şekilde planlanan ve hemşire liderliğinde gerçekleştirilen hasta eğitimi ve izlemine kapsayan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada planlı PKG uygulanan hastalara davranışçı öğrenme yaklaşımlarından Sosyo-Bilişsel

Kurama temellendirilen bir eğitimin öz yeterlilik ve sekonder koruma üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın ilgili çalışmalara ışık tutacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Koroner Arter Hastalığı ve Epidemiyolojisi

Kalp kasını besleyen koroner arterlerin daralma veya tıkanması sonucu kan akımının kısmi ya da tam kesilmesine bağlı olarak sessiz iskemi, kararlı angina pectoris, kararsız angina, miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği ve ani ölüm şeklinde çeşitli belirti ve bulgularla ortaya çıkan hastalıklar koroner arter hastalığı (KAH) olarak tanımlanmıştır. KAH' lar arasında en yaygın olarak görülen ve belirtiler ortaya çıktığında da genellikle ileri bir aşamaya gelmiş olan kronik bir kalp hastalığıdır. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık %1,72 'sinde (yaklaşık 126 milyon kişi) görüldüğü, dokuz milyon insanın ölümüne neden olduğu, 2030 yılına kadar 100.000 kişinin 1.845'inde görüleceği bildirilmiştir (Khan ve diğ. 2020; Malakar ve diğ. 2019; Annaç 2018; Yalçın ve Canbaz Tosun 2018; Gomar ve diğ. 2016).

Ülkemizde yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 29,5 milyon nüfus içerisinde 35 yaş ve üzerinde olan 3,1 milyon kişinin koroner arter hastası olduğu belirtilmiştir. Çalışmada 1990-2016 yılları arasında kaydedilen ölümlerin %42'sinin KAH sebebiyle olduğu vurgulanmıştır (Onat ve diğ. 2017).

Epidemiyolojik çalışmalar KAH'nın küresel bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymuş, buna paralel risk faktörlerinin yönetimi ile tanı ve tedavide kullanılabilecek minimal invaziv yöntemlerin geliştirilerek yaygınlaştırılması klinik araştırmaların odak noktası olmuştur (Malakar ve diğ. 2019; Duggan ve diğ. 2022).

2.2. Perkütan Koroner Girişim ve Stent Tedavisi

Koroner arter hastalığının tedavisinde amaç koroner arterlerdeki tıkanmayı gidererek dolaşımın sağlanmasıdır. Bu amaçla yapılan girişimler revaskülarizasyon tedavisi olarak adlandırılmaktadır. Günümüzde koroner arterlerin revaskülarizasyonun da koroner arter baypas greftleme (CABG) ve PKG uygulamaları kullanılmaktadır (Malakar ve diğ. 2019; Duggan ve diğ. 2022).

Özellikle son 20 yılda yaşanan teknolojik gelişmelerin de etkisiyle birlikte PKG uygulamaları giderek artmış, CABG'ye kıyasla morbitide ve mortaliteyi azaltma, kısa süreli yatış ve maliyet etkinliği gibi sebeplerle günümüzde KAH'nın tanı ve tedavisinde en yaygın kullanılan revaskülarizasyon yöntemi haline gelmiştir (Karimanesseri 2021; Malakar ve diğ. 2019; Duggan ve diğ. 2022). Geçmiş 19.yüzyıla dayanan PKG uygulamalarına, ilk kez Claude Bernard tarafından 1844 yılında bir atın juguler veni ve karotid arteri yolu ile sağ ve sol ventriküle girilmesi ile başlanmıştır. İnsana uygulanan ilk PKG ise, 1929 yılında Dr. Werner Frossman tarafından gerçekleştirilmiştir. Melvin Judkins'in 1967 yılında femoral arter yolu ile perkütan anjiyografi tekniğini uygulamıştır. 1977 yılında Andreas Gruentzing'in girişimleri ile PKG tedavi amacı ile uygulanmaya başlanmıştır. KAH'nın tedavisinde PKG'inden sonra ikinci büyük gelişme 1990'lı yılların başlarında geliştirilmeye başlanan, koroner darlık bölgesine PKG ile yerleştirilen metalik endoprotezler olan stentler olmuştur (Tomberli ve diğ. 2018; Tan ve Schatz 2016; Mert Boğa 2016). Hızlı teknolojik gelişmelerinde paralelinde KAH tedavisinde, PKG ve stent uygulamaları tüm dünyada hızlı bir artış göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde PKG müdahaleleri ile yılda 600.000'den fazla intrakoroner stent uygulandığı bildirilirken, ülkemizde 2015 yılında bildirilen PKG ve stent sayısı yıllık 328.000 civarındadır (Dhruva ve diğ. 2020; Doğu Kılıç ve diğ. 2017).

2.3. Sekonder Koruma

Koroner arter hastalığı tanısı almış bireylerde hastalığın ilerlemesini önleme girişimleri sekonder koruma olarak tanımlanmıştır (Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2017; Uysal 2019). Sekonder koruma, yerleşik hastalık sürecinin ilerlemesini stabilize etmek ve yavaşlatmak, ayrıca hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal işleyişini optimize etmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış sistematik, çok yönlü ve kanıta dayalı müdahaledir. Literatürde kapsamlı ve etkili sekonder koruma ile tekrarlayan kardiyak olayların %50, mortalitenin ise yaklaşık %32'ye kadar azaltılabileceği bildirilmiş, KAH'nın yönetiminde fonksiyonel

kapasiteyi koruma ve yaşam kalitesini iyileştirmede kardiyak kılavuzlarda etkili bir müdahale olarak kabul edilmiştir. Sekonder korumada amaç medikal tedaviye ek olarak yaşam tarzı değişikliği ile değiştirilebilir risk faktörlerinin yönetimini sağlayarak hedeflenen seviyede tutmaktır. (Ni ve diğ. 2022; Virani ve diğ. 2020; Karakoç Kumsar ve Taşkın Yılmaz 2017).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri; Hipertansiyon, Hiperlipidemi, Diyabet, Obezite, Beslenme/Diyet, Sigara/Tütün, Fiziksel Aktivite ve Strestir.

2.3.1.Hipertansiyon: Hipertansiyon endotel hücrelerinde değişikliğe sebep olarak, düz kas hücrelerinde büyüme ve yeniden şekillenmeye bağlı olarak damar hasarına neden olurken büyük arterlerde ateroskleroza hızlandırmaktadır. Hipertansiyon; KAH olan hastalarda majör risk faktörüdür (Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b; Annaç 2018; Dülek ve diğ. 2018; Uysal 2019).

2.3.2.Hiperlipidemi: Vücudumuzda ihtiyaçtan fazla kolesterol olması hiperlipidemi olarak tanımlanır. Karaciğer tarafından üretilen ve bazı gıdalarda bulunan kolesterol, yağlı ve mumsu tabakalı bir yapıdadır. İki ana kan kolesterolü vardır: Atardamarlarda plak birikmesine neden olan ve halk arasında "kötü" kolesterol olarak kabul edilen LDL'dir. (Düşük yoğunluklu lipoprotein) LDL kolesterol yüksekliği kardiyovasküler hastalıklarda majör risk faktörüdür.

İyi kolesterol olarak adlandırılan HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein) kolesterol kolesterolü damar cidarından uzaklaştırıp karaciğere taşır. HDL'nin kandaki oranının yüksek olması koroner arter hastalığı gelişmesini önlemede etkilidir (Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b; Annaç 2018; Dülek ve diğ. 2018; Zengin 2019).

2.3.3.Diyabet: Diyabet insülin hormonunun eksikliği ya da etkisinin yetersizliği nedeniyle, vücutta karbonhidrat, yağ ve proteinlerin yeterince kullanılmadığı kronik bir metabolizma hastalığıdır. Diyabet damar yapısına olumsuz etkisi sebebiyle ateroskleroz ortaya çıkmasında önemli bir etkindir (Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b; Annaç 2018; Dülek ve diğ. 2018; Zengin 2019).

2.3.4. Obezite: Vücutta yağ miktarının artarak, normal değerlerin üzerine çıkması obezite olarak tanımlanmıştır. Obeziteye bağlı özellikle abdominal bölgede artan yağ oranı insülin mekanizmasında bozulmaya, hiperlipidemi ve hipertansiyona sebep olmaktadır. Obezitenin tanımlanmasında Beden Kitle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ vücut ağırlığının metrekare olarak boya bölünmesi ile hesaplanır (Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b; Annaç 2018; Dülek ve diğ. 2018).

2.3.5. Beslenme/Diyet: Beslenme davranışı KAH olan bireylerde önemli bir faktör olup, sağlıklı beslenme davranışının lipid kontrolünde, diyabet ve obezite ile hipertansiyon üzerinde etkisi vardır. Literatürde doymuş ve trans yağdan fakir, tuz kullanımı sınırlı, sebze ve meyve ağırlıklı Akdeniz diyetine uygun beslenmenin KAH riskini azalttığı bildirilmiştir (Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b; Annaç 2018; Dülek ve diğ. 2018).

2.3.6.Sigara/Tütün: Tütün içeriğinde bulunan nikotin ve yanma etkisi ile ortaya çıkan karbonmonoksit sebebiyle kandaki oksijen kapasitesinin azalmasına sebep olmaktadır. Bununla birlikte kan basıncı ve kalp hızında yükselme ile birlikte koroner arterlerde dilatasyonu azaltırken, pıhtılaşma ve trombüs oluşumuna etkisi ile KAH riskini arttırmaktadır (Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b; Annaç 2018; Dülek ve diğ. 2018; Uysal 2019).

2.3.7.Fiziksel Aktivite: Fiziksel aktivite endotelial fonksiyonu düzelterek glisemik kontrol ve kan basıncını düzenlerken HDL düzeyini arttırmaktadır. Fiziksel aktivite ve egzersiz antitrombolitik etki ile KAH riskini azaltmaktadır (Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b; Annaç 2018; Dülek ve diğ. 2018; Uysal 2019).

Değiştirilebilir risk faktörlerinin sekonder korumada hedef seviyelerine Tablo 2-1 de yer verilmiştir.

Tablo 2-1: Değiştirilebilir Risk Faktörleri ve Hedef Seviyeleri

Değiştirilebilir Risk Faktörleri	Hedef Seviyeleri
Hipertansiyon	<140/90 mmHg
Hiperlipidemi/LDL Kolesterol	Taban değer 1,8 ve 3,5 mmol/L (70 ve 135 mg/dL) arasındaysa en az %50'lik oranla düşük riske işaret ediyor.
HDL Kolesterol	Hedef yok ancak erkeklerde >1.0 mmol/L (40 mg/dL) ve kadınlarda >1.2 mmol/L (48 mg/dL) daha düşük riske işaret ediyor.
Diyabet	HbA1c < %7
Obezite	BKİ 20–25 kg/m ² Bel çevresi < 94 cm (erkek) veya <80 cm (kadın)
Beslenme/Diyet	Tam tahıllı ürünler, taze sebze, meyve ve balık, düşük doymuş yağ ve sodyum içerikli beslenme
Sigara/ Tütün	Herhangi bir biçimde tütüne maruz kalmamak
Fiziksel Aktivite	Haftada en az 2,5 saat orta şiddette fiziksel aktivite veya çoğu gün 30-60 dakika

LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein (low-density lipoprotein); HDL: Yüksek yoğunluklu lipoprotein (high-density lipoprotein) (Piepoli ve diğ.2016a, 2016b)

Değiştirilebilir risk faktörlerine son yıllardaki çalışmalarda yeni nesil risk faktörleri de eklenmiştir. Bu risk faktörlerinin de KAH üzerinde etkisinden söz edilmektedir. Bunlar; yüksek Homosistein, CRP, lipoprotein (a) seviyeleri, psikososyal risk faktörleri (stres, depresyon, öfke) ve madde kullanımıdır (Rose 2023).

CRP, lipoprotein(a), homosistein, seviyeleri: Artan CRP, lipoprotein(a) ve homosistein düzeyleri KAH riskini artırır. Folik asit eksikliğinin yüksek homosistein seviyelerine neden olduğu ve KAH riskini arttırdığı bildirilmiştir (Rose 2023).

Psikososyal risk faktörleri: Literatürde psikososyal etkenlerin (anksiyete, stres, depresyon, vb.) sempatik sinir sistemine etkisine paralel KAH riskini arttırdığı bildirilmiştir (Annaç 2018; Dülk ve diğ. 2018; Uysal 2019). Stresli durumlar, sempatik sinir sistemi (SNS) stimülasyonu yoluyla KAH'nın gelişmesine ve ilerlemesine katkıda bulunmakatadır. SNS stimülasyonu, kalp hızını ve miyokardiyal oksijen talebini ve miyokardiyal kasılma gücünü artırır. Strese bağlı mekanizmalar, aterosklerozda katkıda bulunan artmış lipid ve glikoz seviyelerine ve kan pıhtılaşmasında değişikliklere neden olmaktadır (Piepoli 2016a;Rose 2023).

Madde kullanımı: Kokain ve metamfetamin gibi yasadışı uyuşturucuların kullanımı, miyokard iskemisine ve göğüs ağrısına neden olan koroner arter spazmına neden olabilir. Başlangıçta ilaca bağlı göğüs ağrısını KAH'dan ayırt edilememektedir. Koroner vazokonstriksiyondan kaynaklanan artan miyokardiyal oksijen ihtiyacının KAH için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Rose 2023).

Literatürde koroner kalp hastalığının sekonder korumasında risk faktörlerinin yönetimi olmadan sadece medikal tedavinin yetersiz kaldığı vurgulanmış, bu nedenle bireylerin risk faktörlerinin yönetimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı oluşturmaya yönelik eğitim gereksinimlerinin karşılanması önemine dikkat çekilmiştir (Kalyoncuoğlu ve diğ. 2017; Piepoli ve diğ. 2016a, 2016b).

Ülkemizde KAH olan bireylerin sekonder koruma kapsamında değiştirilebilir risk faktörlerinin yönetimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin araştırmalar mevcuttur. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışma grubunun 2013 yılı taramasında, Türkiye’de yetişkinlerde koroner mortalitenin yıllık binde 5,6 olduğu ve Avrupa Ülkeleri’ne göre yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir. Çalışmada kardiyovasküler hastalıklar konusunda araştırma sonuçlarının dikkate alınmadığı, ülkemiz insanlarının hastalığın önemini farkında olmadığı, yaşam tarzlarında önemli bir değişiklik yapmadığı ve dogmatik bir yaklaşım sergilediği sonuçlarına dikkat çekilmiştir (Onat ve diğ. 2014).

Türkiye’nin de dâhil olduğu 24 Avrupa ülkesinde (78 merkezde), KAH olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç tedavilerine yönelik yürütülen EUROASPIRE-IV (2012-2013) ve EUROASPIRE-III (2006-2007) (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) çalışmalarında, EUROASPIRE-III ile EUROASPIRE-IV verileri karşılaştırıldığında Türkiye’de sigara içme oranı %23,1’den %25,5’e, obezite %35,5’ten %40,7’ye total kolesterol yüksekliği %48,3’ten %49,6’ya ve diyabet %33,6’dan %39,7’ye yükselmiştir. KAH hastalarına taburculuk sırasında güncel kılavuzlara göre ilaç reçetelenmesine rağmen, taburcu olduktan 6 ay sonra ilaç kullanımında önemli ölçüde azalma olduğu, taburculuk sonrası 6 ve 36 ay sonra yapılan değerlendirmede %25,5’inin hala sigara içtiği, yarısından fazlasının hipertansif olduğu, %80,9’unun aşırı kilolu olduğu (Beden Kitle İndeksi ≥ 25) sonucuna ulaşılmıştır (Tokgözoğlu ve diğ. 2017; 2021). EUROASPIRE IV çalışmasının raporunda; Türkiye’de KAH da sekonder korunmanın yeterli düzeyde olmadığı, bir önceki rapor sonucuna göre olumsuz yönde ilerlediği, genel Avrupa ortalamasına göre bazı risk faktörlerinin daha kontrolsüz olduğu ve genç yaşta akut koroner

sendrom gibi iskemik olayların önemli bir sorun olduğu saptanmıştır (Tokgözoğlu ve diğ. 2017; Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar 2020).

Aydın ve diğ. (2021) tarafından Türkiye'nin üç farklı bölgesindeki KAH hastaları ile yaptıkları sekonder koruma farkındalıkları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırmasında; katılımcıların %90'ından fazlasının kalp damarlarının bir plakla ilişkili olarak tıkanması sonucu koroner arter hastalığı geliştiğinden habersiz olduğu, %90'ının yüksek beden kitle indeksi değerlerinin koroner arter hastalığı için risk oluşturduğunun farkında olmadığı, beden kitle indeksinin önemini bilenlerin yaklaşık yarısının bu bilgiyi sağlık çalışanlarından değil medyadan (sosyal ve görsel) aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yarısından fazlasının herhangi bir egzersiz yapmadığı ve egzersizin koruyucu etkisi hakkında bilgisi olmadığı, egzersiz yapmanın önemli olduğunu düşünenlerin çoğunluğunun ise bu bilgiyi sağlık çalışanlarından değil medyadan (sosyal ve görsel) aldıklarını bildirmişlerdir. Katılımcıların sadece %19,3'ünün kan şekerini normal aralıkta tutmanın KAH'nın önlenmesi için önemli olduğunu bildirmiştir. Düşük yoğunluklu lipoprotein LDL ile hastalık arasındaki ilişkinin farkındalığının da da %18 oranında olduğu ve katılımcıların %80'inin bu bilgileri sosyal medyadan aldığı bildirilmiştir (Aydın ve diğ. 2021).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2010 yılında uygulamaya başlanan Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2010-2020 Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014) hedefleri kapsamında; sürekli ve standardize eğitim programları ile koroner arter hastalığı olan bireylerin sağ kalımlarının artırılması, sekonder korunmada değiştirilebilir risk faktörlerini yöneterek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması ve akılcı ilaç yönetimi hedeflenmiştir (<https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/35664/0/stratejik-plan-2010-2014> Erişim tarihi:20.12.22). 2015-2020 Risk Faktörlerine Yönelik Eylem Planında kardiyovasküler hastalıkların yönetiminde bireylerin eğitilmesinin önemi vurgulanmıştır. (<https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> 2015-2020 Erişim tarihi:20.12.22). 2019-2023 Stratejik Eylem Planı ve Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2021-2026 raporunda da KAH'ına sahip bireyler için risk faktörleri farkındalığının artırılması, fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması, kalp ve damar hastalıkları risklerini azaltıcı beslenme alışkanlığının kazandırılması, ruh sağlığı ile kalp ve damar hastalıkları arasındaki ilişkinin vurgulanması adına sağlık çalışanları tarafından eğitim programlarının düzenlenmesi

hedeflenmiştir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi-2021-2026.html> Erişim tarihi: 20.12.2022).

Kanıt temelli araştırmaların sonuçlarında da görüldüğü üzere ülkemizde değiştirilebilir risk faktörleri hedef seviyeleri ile sekonder korumada sağlıklı yaşam biçimi davranışları istenilen düzeyde değildir. Bu nedenle hem literatürde hem de eylem planlarında koroner hastalığın yönetimi ile sekonder korumasında hasta ve ailesinin sağlık çalışanları tarafından eğitiminin önemine vurgu yapılmıştır (Onat ve diğ. 2014; Tokgözoğlu ve diğ. 2017; 2021; Aydın ve diğ. 2021; Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar 2020).

Tüm bu gerekçeler göz önüne alındığında perkütan koroner girişim uygulanan hastalara verilecek hasta eğitiminin sekonder koruma davranışlarını oluşturmada önemli katkısı olduğu bu nedenle çalışma sonuçlarının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

2.4. Perkütan Koroner Girişim ve Sekonder Korumada Hemşirenin Eğitimci Rolü

Koroner arter hastalığı olan bireylerin hastalığını yönetmek ve nitelikli yaşamını sürdürmede eğitim temel gereksinimdir. Literatürde hemşirelerin profesyonel rolleri çerçevesinde bu ihtiyaçların giderilmesine katkı sağlayarak, hastalığın yönetiminde olumlu değişiklikler yaratabileceği bildirilmiştir (Turan Kavrak ve Canlı Özer 2020; Uysal 2019; Tuna 2019). Avrupa Kalp Birliği (European Society of Cardiology, ESC), Avustralya Yoğun Bakım Hemşileri Derneği (Australian College of Critical Care Nurses, ACCCN) kanıta dayalı bakım kılavuzlarında hemşirelerin PKG öncesi, sırası ve sonrasında tedavi edici, bakım verici, eğitimci rollerine dikkat çekilmiştir (Akpınar ve Ceran 2019; Windecker ve diğ. 2014).

Hemşirelerin; PKG uygulanan hastaların kronik durumlarını yöneterek yaşamlarını sürdürmelerinde ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında tüm bu rolleri ile aktif şekilde yer almaları oldukça önemlidir. Literatürde PKG uygulanan hastaların bakımının sürekliliğinin sağlanmasında ihtiyaç duyulan hasta eğitimi, tedaviye uyum, öz bakım becerilerinin geliştirilmesi, risk faktörlerinin yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmasında hemşirelerin eğitimci rolleri ile aktif şekilde yer almasının önemi vurgulanmıştır. Özellikle hemşireler tarafından verilen hasta eğitiminin risk faktörlerini azaltma; psikolojik iyileşme ve yaşam kalitesini arttırmada olumlu etkilerinden söz edilmiştir (Bakan 2016; Nolan ve Mckee 2016; Zhang ve Qi 2021). Günümüzde PKG uygulamalarında yaşanan hızlı teknolojik gelişmeler, hastalara sternotomi yapılmaması, genel anestezi ihtiyacının olmaması ve işlem

sonrasında erken mobilizasyon ile hastane kalış sürelerini giderek kısaltmış aynı gün taburculuk ve günlük yaşama dönüşü beraberinde getirmiştir. Bu durum bakımın sürekliliğinin sağlanarak kronik hastalığın yönetiminde PKG öncesi, sırası ve sonrasında sistematik şekilde yürütülen hasta eğitiminin önemini daha da arttırmıştır (Chen Y. ve diğ. 2021; Bakan 2016; Yan ve diğ. 2014).

Hasta eğitimi bireylerin bilgi, inanç, tutum ve motivasyonları dâhil birçok parametreyi etkileyen önemli bir süreçtir. Köhler ve diğ. (2020) hasta bireyin öz yeterliliğini güçlendirerek yaşam biçiminde değişiklik yapılmasını sağlaması yönüyle hasta eğitiminin önemine dikkat çekmiştir. Ancak bu sürecin, bilimsel bir öğrenme teorisine dayanması, farklı öğretim yöntem ve materyal ile zenginleştirilmesi, yetişkin öğrenme ilkelerini doğrultusunda gerçekleştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Ni ve diğ. (2022) tarafından yapılan ve hemşirelerin KAH'ında sekonder korumanın önündeki engellere ilişkin bakış açılarını araştırdıkları çalışmada; hemşirelerin sekonder korumada hastaların kronik durumlarını yöneterek yaşam tarzı değişikliği sağlamada hasta eğitiminin önemine inandığı, ancak bu eğitimini nasıl planlayıp yapacaklarını bilmedikleri sonucuna ulaşmışlardır. Bu açıklamalar ve araştırma sonuçları hasta eğitiminin süreci doğrultusunda gerçekleştirilmesi gerektiğini ve bu süreci işletecek olan hemşirelerin gerekli donanımına sahip olmasının bir zorunluluk olduğunu ortaya koymaktadır. Bu açıklamalar ışığında araştırmada PKG hastalarına verilen eğitim Sosyal Bilişsel Öğrenme kuramına temellendirilerek hasta eğitim süreci doğrultusunda planlanmış, öğretim yöntem ve materyalleri ile zenginleştirilmiş biçimde gerçekleştirilmiştir. Bu alanda çalışan hemşirelere kaynak olacağı düşünülmüştür.

2.4.1. Hasta Eğitim Süreci

Sağlık bakım sistemi günümüzde hastaların bireysel bakımlarını bağımsızca sürdürebilmelerine yönelik ihtiyaç duyduğu bilgiyi kazanarak uygulayabilmelerine ve beceriye dönüştürmelerine odaklanmaktadır. Bu doğrultuda sağlık profesyonellerinin hastaların mevcut sağlık durumlarını anlamalarına ve hastalık yönetimi yapabilmelerine yönelik eğitim vermeleri gerekmektedir. Hasta eğitimi; hasta ve ailesinin akut ya da kronik sağlık sorunlarıyla başa çıkmasına yönelik yardımı, bireyi oluşabilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı, hastanın potansiyeli doğrultusunda en kısa sürede fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamda yeterli duruma gelmesini amaçlayan eğitimidir (Kaya 2009). Hasta eğitiminin amacı; hastanın bireysel bakımında bağımsızlığını arttırmak, yaşam kalitesini yükselterek yeniden yatışın önüne geçilmesini sağlamaktır. Literatürde hasta eğitiminin, hemşirelik bakımının önemli ve

vazgeçilmez bir bileşeni olduğu bildirilmiş, günümüz sağlık bakım sisteminde hastaların giderek artan öğrenme ihtiyaçlarına paralel hemşireler tarafından verilen hasta eğitiminin öneminin arttığına dikkat çekilmiştir (Şenyuva ve Taşocak 2007; Farzianpour ve Hossein 2014; Oyetunde ve Akinmeye 2015; Fereidouni ve diğ.2019; Orgun ve Paylan 2020).

Hasta eğitimi süreci sorun çözme, öğrenme-öğretme ve hemşirelik süreciyle bütünleşik bir yapıda olup, veri toplama/eğitim gereksinimlerini belirleme, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme aşamalarından oluşan sistemli bir süreçtir (Taşocak 2003; Şenyuva ve Taşocak 2007; Erbaş 2018).

2.4.1.1.Eğitim Gereksinimlerini Belirleme/Veri Toplama: Hasta eğitim sürecinin ilk aşaması olup, diğer aşamaların temelini oluşturmaktadır. Bu aşamada hemşirenin öğrenme-öğretme sürecini etkileyen faktörler hakkında gerekli verileri sistematik ve sürekli olarak toplaması oldukça önemlidir. Veriler hasta ve ailesinden, tıbbi ve hemşirelik kayıtlarından, diğer sağlık ekibi üyeleri ile literatürden yararlanılarak toplanılabilir (Şenyuva ve Taşocak 2007; Erbaş 2018).

2.4.1.2.Tanılama: Bu aşamada toplanan verilerin çözümlenmesi, yorumlanması ve değerlendirilmesi ile öğrenme gereksinimlerinin saptanması ve toplanan verilerin analizi ile üç öğrenme alanını dikkate alarak hemşirelik tanılarını belirlemeden oluşur (Şenyuva ve Taşocak 2007; Erbaş 2018).

2.4.1.3.Planlama: Hasta eğitiminin başarı olmasında, eğitim planının hemşirelik tanısı belirlendikten sonra oluşturulması önemlidir. Eğitim planı; amaç ve hedefleri, önceliklerin belirlenmesini, içeriğin seçilerek hazırlanmasını, uygun öğretim yöntem ve teknikleri ile araç-gereçlerin ve değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesini kapsar (Şenyuva ve Taşocak 2007; Erbaş 2018).

2.4.1.4.Uygulama: Bu aşama planlanmış olan öğretim etkinliklerinin uygulamaya geçirilmesini kapsar. Uygulama aşaması, planlama basamağında belirlenen öğretim yöntem ve tekniklerinin kullanılması ile gerçekleştirilir (Şenyuva ve Taşocak 2007; Erbaş 2018).

2.4.1.5.Değerlendirme: Eğitim hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı konusunda karar vermek ve gerekli düzenlemeleri yapmak amacıyla çeşitli yöntem ve araçlar kullanılarak gerçekleştirilmelidir (Şenyuva ve Taşocak 2007; Erbaş 2018).

Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler ve sağlık bakım sistemindeki hızlı değişimlerin etkisiyle ortaya çıkan maliyet etkinliği, kısa süreli hastane yatışları telefon, internet gibi teknolojik araç gereçlerin hasta eğitiminde kullanımını beraberinde getirmiştir. Bu durum geleneksel yöntemle uygulanan hasta eğitim sürecine yeniliklerde yansiyarak, zaman yönetimi ve maliyet etkinliği sağlamanın yanı sıra uygulama ve değerlendirmede uzaktan hasta eğitimi ve takibinin yapılması, mobil destekli eğitim etkinliklerinin kullanımı ile öğrenme hedeflerine ulaşmada olumlu katkılar sağlamıştır. Literatürde özellikle kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetiminin yapılması ve olumlu sağlık davranışları geliştirmesinde, yeniden yatışların azaltılmasında hasta eğitiminde kullanılan mobil mesaj ve telefon takiplerinin olumlu etkisini gösteren kanıta dayalı çalışmalar mevcuttur (Nouhi ve diğ. 2021; Choi ve diğ. 2021; Halldorsdottir ve diğ. 2020; Sim ve Galbraith 2020; Choudhry ve diğ. 2019; Sharma ve diğ. 2019; Boroumand ve Moeini 2016). Literatürde kardiyovasküler hastalıklarda ve PKG sonrası kullanılan mobil mesaj ve telefon takiplerinin; kolay, güvenli, uygun maliyetli ve hastalar için teşvik edici olduğu, medikal tedaviye uyum ve sekonder korumada değiştirilebilir risk faktörlerinin yönetiminde olumlu etkisi ile geleneksel hasta eğitime iyi bir alternatif olduğu bildirilmiştir (Gandhi ve diğ. 2017; Haider ve diğ. 2019; Zheng ve diğ. 2019; Halldorsdottir ve diğ. 2020; Bae ve diğ. 2021; Ronghua ve Xuexue 2018; Chow ve diğ. 2015; Eng ve diğ. 2014; Goodarzi ve Ebrahimzadeh 2014; Sukomboon ve diğ. 2014; Berndt ve diğ. 2014).

Hasta eğitim sürecinde hemşirelerin teknolojik araç gereçlerden faydalanmalarının yanı sıra eğitim planlarına kavramsal çerçeve sağlayacak model veya kuramları entegre etmeleri, profesyonel eğitimci rolü kapsamında kanıta dayalı bilgiyi sistematik şekilde uygulamasına olanak sağlayarak bakımın kalitesini arttırmaktadır (Kılınç ve Kartal 2019; Şahin ve diğ. 2020). Kuram ve modeller hemşirelere bakım verdiği bireylerin sağlığını değerlendirme, bakım sürecinde elde ettiği birçok veriyi organize etme, analiz etme ve bu bilgileri kanıta dayalı açıklama olanağı sağlamaktadır. Araştırma ve uygulamada kuram ve modellerin rehber alınması, hemşirelerin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik rolü ve uygulamalarına odaklanmasına yardımcı olarak, sağlık profesyonelleri arasında etkin koordinasyonu da sağlayarak, uygulamalarda daha az farklılıklar yaşanmasına neden olur. Günümüzde model kullanımı ile ilgili çalışmaların sayısı artarken, klinik alanda model kullanımının sınırlı olduğu bildirilmiştir (Şahin ve diğ. 2020; Zuhur ve Özpancar 2017; Koç ve diğ. 2017).

PKG uygulamalarında hasta eğitiminde temel amaç; kronik hastalığın ve uygulanan işlemin farkındalığının sağlanarak sekonder koruma kapasamında değiştirilebilir risk faktörlerinin yönetimini yaparak sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturarak kronik hastalık yönetimini yapabilmektedir. Dolayısıyla hastalara verilecek eğitimin öğrenme hedefleri bilişsel, duyuşsal ve davranışsal alana yönelik olacaktır (Karabulut ve Gün 2019). Bu sebeple; sağlık davranışlarını etkileyen psikososyal yapılar ile davranışta değişime yol açan yöntemleri birlikte ele alması ve değerlendirmesi yönüyle Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı'na temellendirilen ve kavramsal çerçevesi oluşturulan hasta eğitim planının eğitim süreci doğrultusunda PKG hastalarına uygulanmasının kanıt temelli sonuçlarının hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

2.5. Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı

Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, 1977 yılında Psikolog Albert Bandura tarafından tanımlanan Sosyal Öğrenme Kuramı'ndan temel alınarak oluşturulmuştur. Kuram; bilişsel ve davranışsal kavramları bir araya getirerek, insanın başkalarının davranışlarını gözlemleyerek bir çıkarımda bulunup öğrenmeyi gerçekleştirebileceğine vurgu yapmaktadır (Bandura 1977). Bandura öğrenmede önemli bir faktör olan gözlemin; basit bir taklit eylemi olmadığını, bireyin etrafında gelişen olayları; bilişsel, davranışsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile birlikte izleyip değerlendirdiği bir durum şeklinde ifade etmiştir. Bireyin çevresindeki davranışları gözlemleyerek bazı sonuçlar çıkardığı ve aynı durumda kendisi için yararlı aynı davranışı gösterdiği bildirilmiştir (Bandura 1977; Işık ve Şenyuva 2009). Bandura öğrenmede bilişsel sürecin önemine dikkat çekerek, 1986 yılında Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı'nı oluşturmuştur. Kuramda, bilişsel davranışların sadece bireye ait psikolojik etmenlerden kaynaklı olmadığı, sosyal çevre tarafından da şekillendiğine vurgu yapılmıştır (Bandura 1989). Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramına göre gözlem yoluyla öğrenmede dört temel süreç vardır. Bunlar; dikkat etme, hatırd tutma, güdülenme (motivasyon) ve davranış oluşturma süreçleridir.

Dikkat etme süreci: Gözlem yoluyla öğrenmede ilk adım olup, bireyin model alacağı davranışa dikkat edip, bilişsel süreçte doğru biçimde algılamasına paralel öğrenme gerçekleşir (Bandura 1989).

Hatırd tutma süreci: Hatırd tutma; bireyin gözlem yoluyla öğrendiği bilgiyi sözel bilgiye dönüştürülerek bellekte saklandığı aktif bir süreçtir (Bandura 1989).

Güdülenme süreci: Gözlem yoluyla öğrenmede bireyde model aldığı pekiştirilen davranışı uyguladığında kendisinin de pekiştirileceğine ilişkin beklenti oluşturmaktadır. Bu durum güdülenme sürecinin başlaması ve öğrenmenin performansa dönüştürülmesinde etkilidir (Bandura 1989; Senemoğlu 2005).

Davranış oluşturma süreci: Bu süreçte dikkat etme ve hatırd tutma süreçleri sonrası davranışın performansa dönüştürülme söz konusudur. Bireyin bellekte kodladığı davranışların oluşmasında “öz yeterlilik” kavramı dikkat çekmektedir (Bandura 1989).

2.5.1. Öz Yeterlilik

Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı’nın davranış oluşturma sürecinde Bandura’nın “self efficacy” şeklinde ifade ettiği kavram; Türkçe’de “öz yeterlilik, yetkinlik beklentisi, öz yeterlilik inancı, öz yeterlilik algısı, öz etkililik” gibi çeşitli terimlerle açıklanmıştır. Bandura kendilik değeri duygumuz olan öz yeterlilik kavramını, kişinin bir eylemi başlatabileceğine ve bir sonuç elde edilene kadar bunu yaşamı üzerinde etkili olabilecek bir şekilde sürdürebileceğine olan inancı şeklinde tanımlamıştır. Bu içsel durumun bireylerin bilişsel algı ve davranışları üzerinde ve eyleme geçme motivasyonunu artırıp azaltmada etkili olduğunu savunmuştur (Bandura 1986; Senemoğlu 2005; Vatansever ve Ünsar 2014).

Bandura’ya göre öz yeterlilik inancı, bireyin nasıl düşündüğü, hissettiği, davrandığı ve kendini nasıl motive ettiği ile ilgilidir, yüksek öz yeterlilik inancı olan bireyler bir eylem ya da davranışı başlatarak hedeflerine ulaşmada çok daha kararlı olur, öz yeterlilik inancı düşük olan bireylerin ise bir eylemi ya da davranışı başlatmaktan kaçınır, çaba göstermeyerek kolay vazgeçme eğilimindedir (Bandura 1977; 2004; Turan Kavrak ve diğ. 2020). Bireyin öz yeterlilik inancının, davranışa özgü önceki deneyimlerinden, davranışa ilişkin diğer bireylerin deneyimlerine tanık olmaktan, davranışa ilişkin çevre desteğinden ve bu davranışa özgü psikolojik durumundan etkilendiği bildirilmiştir (Bandura 1998; 2004; Köroğlu 2018; Kansu ve Hızlı Sayar 2018).

2.5.1.1. Davranışa Özgü Bireyin Önceki Deneyimleri

Bir duruma ilişkin önceki deneyimler öz yeterliliğin oluşumunda güçlü ve önemli kaynaklardır. Başarılı deneyimler öz yeterliliği artırırken, başarısız deneyimlerin bireyin öz yeterliliği azalttığı bildirilmiştir. Öz yeterlilik inancı ne kadar yüksek ise karşılaşılan sorunlara ya da engellere çözümleme başarısı o kadar yüksek olur (Bandura 1998; 2002; 2004; Bandura ve diğ. 2002; Arseven 2016; Köroğlu 2018).

2.5.1.2. Davranışa İlişkin Diğer Bireylerin Deneyimlerine Tanık Olma

Birey kendi durumu ile benzerlik yaşadığı bir deneyimde, benzer durumdaki bireyi rol model olarak çıkarımlarda bulunur. Model alınan bireyin mevcut durumda başarılı olduğu gözlemlenmişse, kendisi de başarılı olabileceğine inanır ve öz yeterlilik inancı olumlu yönde etkilenir (Bandura 1998; 2000; 2002; 2004; Bandura ve diğ. 2002; Arseven 2016; Köroğlu 2018).

2.5.1.3. Davranışa İlişkin Çevrenin Desteği

Toplumdan alınan sosyal mesajlar bireyin öz yeterlilik algısı üzerinde etkilidir. Bireyin davranışı yerine getirmesinde çevre tarafından desteklenmesi başarıya ulaşması konusunda güçlü ve olumlu bir etkiye sahiptir (Bandura 1998; 2000; 2002; 2004; Bandura ve diğ. 2002; Arseven 2016; Köroğlu 2018).

2.5.1.4. Davranışa Özgü Bireyin Psikolojik Durumu

Bireyin içinde bulunduğu şartlar ile psikolojik durumu öz yeterlik algısını etkileyen bir faktördür. Olumlu şartlar ve iyi bir psikolojik durumun öz yeterlilik inancını olumlu etkilediği bildirilmiştir (Bandura 1998; 2002; 2004; Bandura ve diğ. 2002; Arseven 2016; Köroğlu 2018).

Sağlık alanında kronik hastalıkların yönetiminde gelecekteki davranışların ve yaşam tarzı değişikliklerinin temelini oluşturan öz yeterliliğin etkilerini inceleyen çalışmalarda öz yeterlilik inancının kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetiminde etkili olduğu sonuçları bildirilmiştir (Willis 2016; Wu ve diğ. 2016; Cutler ve diğ. 2018; Fors ve diğ. 2018; Anekwe ve Rahkovsky 2018; White ve diğ. 2019; Vaughan-Johnston ve Jacobson 2020).

Küresel ölçekteki mortalite ve morbidite yükü sebebiyle kronik hastalıklar arasında ilk sırada yer alan kardiyovasküler hastalıkların yönetiminde; bireylerin öz yeterlik inançlarının; hastalık ve risk faktörlerinin yönetimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasında etkili olduğu vurgulanmıştır (Fors ve diğ. 2015; Farlery 2020; Yu ve diğ. 2019). Literatürde KAH olan bireylerde yüksek öz yeterlilik inancının risk faktörlerinin yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmada olumlu etkisinden söz edilmiş ve hastalık yönetimi, psikolojik iyilik, yaşam kalitesi ve ilaç, diyet ve egzersiz uyum ile pozitif olarak ilişkili olduğu açıklanmıştır. Ayrıca bireyin öz yeterlik inançlarının hemşireler tarafından değerlendirilmesinin hemşirelik bakım süreci ile birlikte kanıt temelli uygulamalara katkı sağladığı belirtilmiştir (Fors ve diğ. 2015; Lee ve Jung 2019; Yu ve diğ. 2019).

2.6. İlgili Araştırmalar

Literatür incelendiğinde ulusal ve uluslararası düzeyde konuyla ilgili çalışmaların yapıldığı görülmüş ancak, ülkemizde bir PKG hastalarına yönelik herhangi bir öğrenme kuramına göre yapılandırılmış ve eğitime işlem öncesi başlanan çalışmaya rastlanmamıştır.

Boroumand ve Moeini (2016) çalışmasında, KAH olan bireylere eğitim vererek kısa mesaj ve telefon takibi uygulamışlar ve girişim grubu hastalarının kardiyak öz yeterliliğinin daha yüksek olduğu sonucu bildirilmiştir.

Huber ve diğ. (2017) akut koroner sendrom sonrası hastaların sekonder korumasını hemşire tarafından yapılan telefon takibi ile yürüttükleri çalışma sonuçlarında; girişim grubunda yer alan hastalarda LDL kolesterol değerlerinin ve kan basıncı düzeylerinin daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çürük ve diğ.'nin (2018) KAH olan birey ve yakınlarında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; kardiyak risk faktörleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olan hastaların yaşam biçimi değişikliklerine daha iyi uyum sağladığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilediği bulunmuştur. KVH'da risk faktörleri konusunda bilgi düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileme oranının da arttığı belirlenmiştir.

Sharma ve diğ. (2018) tarafından yapılan çalışmada PKG uygulanan hastalara yönelik geliştirdikleri bakım programı ile girişim grubu hastalarına işlemden bir gün önce ve taburculukta hasta eğitimi yapılmış, işlem sonrası 15. ve 30. günde telefon takibi ile hasta

görüşmeleri yapılmıştır. Bakım programı uygulanan hastaların anksiyete, günlük yaşam aktiviteleri, KAH ile ilgili bili düzeyinin, memnuniyet ve motivasyonlarının kontrol grubu hastalarına göre yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Uysal (2019) tarafından yapılan PKG sonrası mobil destekli izlem ve sürekli hasta eğitiminin hastalık yönetimine etkisini araştırdıkları çalışmada, mobil destekli hasta eğitimi verilen grupta beslenme şekillerinde (sebze meyve ağırlıklı beslenme, tuz kısıtlaması vb.) ve trigliserid, HDL kolesterol düzeyinde olumlu yönde anlamlı bir değişim olduğu, ilaç uyumunun daha iyi düzeyde olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Mols ve diğ.'nin (2019) hemşire liderliğindeki telefon takibinin PKG sonrası hastalık yönetimine etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada PKG sonrası aynı gün taburcu olan hastalara hemşire tarafından motivasyonel telefon takiplerinin hastalık ve semptom yönetimini olumlu yönde etkilediği ve hastaneye yeniden yatışları azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tuna'nın (2019) akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda planlı taburculuk eğitiminin sağlık bilgi ve inançlarına etkisinin değerlendirilmesi başlıklı çalışmasında akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitiminin KVH risk faktörlerine yönelik bilgi düzeyini, ilaç tedavisi ve diyetle uyum ile bireysel izlem hakkındaki inançları olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Yuan L. ve Yuan L.'nin (2021) çalışmalarında perkütan koroner girişim sonrası hastalara eğitim ve takip şeklide yapılan hemşirelik girişiminin hastaların kaygısını, psikolojisini ve öz yeterliliğini önemli ölçüde iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ingle MP. ve diğ.'nin (2021) PKG'nin yararları ve riskleri üzerine hasta perspektiflerini araştırdıkları niteliksel çalışmada, hastaların büyük oranının stent takma amacını ve sonrasında yapılacakları yetersiz anladığı ve bu konuda hasta eğitime gereksinim duyulduğu sonucunu bildirmişlerdir.

Chen Y. ve diğ. (2019, 2021) çalışmalarında PKG uygulanıp aynı gün taburculuğu yapılan hastaların; taburculuk sonrası sağlık yönetim planı, sekonder önlemler, öz bakıma uyum ve kronik durumlarının anlaşılması hakkında bilgi ve eğitim eksikliği nedeniyle psikolojik yükte bir artış ve yaşam kalitesinde bozulma ile karşılaştığı sonucuna ulaşmıştır. Hastalarda kronik sağlık durumu fark edilmeden tedavi edildiği algısı, risk azaltma davranışlarına katılımın azalmasına, sağlıklı bir yaşam tarzını benimseme konusunda düşük motivasyona yol açtığı

bulunmuştur. PKG uygulanan hastalara hemşireler tarafından verilen eğitimin öz-yönetim, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, psikolojik iyilik hali ve yaşam kalitesini arttığı saptanmıştır.

Habibzadeh ve diğ.'nin (2021) akut koroner sendromlu hastalarda sağlık inanç modeline dayalı hasta eğitiminin koruma davranışlarına ve yeniden kabul oranlarına etkisini araştırdıkları çalışmalarında, sağlık inanç modeline dayalı hasta eğitim programı taburculuk sonrası ilk iki haftada yedi oturum şeklinde hasta ve yakınlarına uygulanmış sonuçlar hasta eğitiminin sekonder koruma davranışları üzerinde olumlu yönde etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Faroughi ve diğ. (2021) tarafından Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline dayalı bir eğitim girişiminin koroner arter hastalığı olan hastalarda tedavi uyumuna etkisini araştıran çalışmalarında; sağlığı geliştirmeye dayalı eğitim uygulanan hastalarda rutin yöntemle göre tedaviye uyum üzerinde çok daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmış ve eğitim programının bu hastalar için hemşirelik bakımına entegre edilmesi önerilmiştir.

Karataş ve Polat (2021) Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı hemşire liderliğindeki eğitim programının koroner arter hastalarının egzersiz davranışlarına etkisini araştırdıkları çalışmalarında, hemşire liderliğindeki programın müdahale grubunda egzersiz davranışını arttırdığı sonucuna ulaşılmış ve hastaların egzersiz yapmasını ve sürdürmesini sağladığından modelin klinik uygulamaya entegre edilmesi önerilmiştir.

Shen ve diğ.'nin (2021) KAH olan bireylere Sağlık Davranışı Etkileşim Modeli'ne dayalı bir hasta eğitimi uyguladıkları çalışmada, kısa mesaj ve bireysel telefon görüşmeleri ile takip yapılmış ve 12 hafta sonunda girişim grubunda öz yönetim, ilaç uyumu, fiziksel aktivite davranışlarında artış, kan basıncı ve kaygı düzeyinde azalma olduğu sonucu saptanmıştır.

Pitta ve diğ. (2022) tarafından yapılan PKG uygulanan hastalara verilen sosyal bilişsel kurama temelli bir eğitim programının fiziksel aktivite ve egzersiz üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada eğitim ve telefon takipleri uyguladıkları girişim grubundaki hastaların hastalık yönetimi, öz yeterlilik düzeyleri ve fiziksel aktivite ile ilgili potansiyellerinin kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde olduğu sonucu bildirilmiştir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma planlı perkütan koroner girişim uygulanan hastalara verilen eğitimin öz yeterlilik ve sekonder koruma üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Türü

Araştırma ön test son test, deney-kontrol gruplu randomize kontrollü deneysel tiptedir.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri

Bağımlı Değişkenler: Bilgi puanı, öz etkililik algı puanı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı, kan değerleri.

Bağımsız Değişkenler: Perkütan koroner girişime yönelik hasta eğitimi.

H1: Girişim grubunun eğitim sonrası bilgi testi puanı eğitim öncesi puanından daha yüksektir.

H2: Girişim grubunun eğitim sonrası bilgi testi puanı kontrol grubunun eğitim sonrası bilgi puanından daha yüksektir.

H3: Girişim grubunun eğitim sonrasında kronik hastalıklarda öz etkililik algı puanı kontrol grubundan daha yüksektir.

H4: Girişim grubunun eğitim sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı kontrol grubundan daha yüksektir.

H5: Girişim grubunun eğitim sonrasında kolesterol, trigliserid, LDL ve açlık kan şekeri değerleri kontrol grubundan daha düşüktür, HDL değerleri daha yüksektir.

H6: Girişim grubunun eğitim sonrasında kilo ve BKİ değerleri kontrol grubundan daha düşüktür, kan basıncı değerleri stabildir.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan bir kamu üniversitesine bağlı Kardiyoloji Enstitüsü'nde 2022 yılı Ocak- Haziran ayları arasında gerçekleştirilmiştir. 1979 yılında Kardiyoloji Merkezi olarak kurulan Enstitü'de; Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Ana Bilim Dallarına bağlı 2 yetişkin Yoğun Bakım Ünitesi, 3 Ameliyathane, 3 Kateter Laboratuvarı, Tanı Laboratuvarları (Eko, Efor, Talyum), Acil Ünitesi ile yataklı servisler mevcut olup, 88 yatak ile özel dal hastanesi olarak hizmet vermektedir. Enstitü, PKG geçiren hastalara yönelik takipli bir eğitim programının olmaması ve araştırmacının çalıştığı kurum olması nedeniyle seçilmiştir.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2019 yılı Ocak - Haziran ayları arasında planlı perkütan koroner girişim planlanan hastalar oluşturmuştur (N:180).

Örneklem grubu evreni oluşturan hastalardan yapılan power analizi ile Tip 1 hata oranı $\alpha=0,05$ ve Tip II hata oranı $1-\beta=0,80$ alınarak %95 güven aralığında %80 güçte hesaplanmıştır. Araştırmaya alınacak hasta sayısı girişim grubunda 52, kontrol grubunda 52 olmak üzere toplam 104 olarak belirlenmiştir. Veri kaybı olasılığı ve grup kohezyonunda oluşabilecek riskler dikkate alınarak girişim grubunda 60 kontrol grubunda 60 olmak üzere toplam 120 hasta örneklem grubunu oluşturmuştur. Hastaların girişim ve kontrol grubuna atanması kura ile gerçekleştirildi. Hastalar randevu almaya geldiği sırada yazı tura tekniği uygulandı. Yazı çıkan hastalar girişim grubuna, tura çıkan hastalar kontrol grubuna alındı.

Örnekleme Dâhil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- 18 yaşından büyük olan,
- Perkütan koroner girişim ile stent planlanmış olan,
- Türkçe okuma ve yazması olan,
- Eğitimi takip edebilecek ve uygulayabilecek düzeyde koopere ve oryante olan,
- Telefon ile iletişim kurma olanağına sahip olan hastalar dâhil edilmiştir.

Örneklem Dışlama Kriterleri

Araştırmaya;

- Araştırmaya başka sağlık merkezinde kontrollerine devam etmek isteyen,
- Araştırmaya katılmayı red eden,
- PKG sonrası kontrollerine düzenli (10.gün ve 3.ay) gelmeyen hastalar dâhil edilmemiştir.

Girişim Grubu: Öz yeterlilik ve sekonder koruma davranışlarının geliştirilmesi hedeflenen hastalar girişim grubunu oluşturmuştur.

Kontrol Grubu: Öz yeterlilik ve sekonder koruma davranışlarının geliştirilmesine yönelik herhangi bir girişim uygulanmayan ve klinik rutininde takip edilen hastalar kontrol grubunu oluşturmuştur.

Gruplar arası homojenlik yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, anjiyo- stent öyküsü dikkate alınarak edilerek sağlanmıştır. Gruplar arası homojenliğin incelenmesinde ortalama, standart sapma, bağımsız örneklem t testi kullanılmış, karşılaştırma sonucunda girişim ve kontrol gruplarının yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, anjiyo-stent öyküsü, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), girişim grubu (n:60) ve kontrol grubunun (n:60) homojen dağılım gösterdiği saptanmıştır (Tablo 3-1).

Tablo 3-1:Girişim ve Kontrol Grupları Homojenlik Testi

		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Yaş	<i>Ort±Ss</i>	61,36±9,40	60,35±9,67	0,561
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	63 (39-76)	59 (40-82)	
Cinsiyet	Kadın	13 (21,7)	15 (25,0)	0,666
	Erkek	47 (78,3)	45 (75,0)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	0 (0,0)	1 (1,7)	0,300
	Sadece okur-yazar	4 (6,7)	6 (10,0)	
	İlkokul	31 (51,7)	23 (38,3)	
	Ortaokul	8 (13,3)	18 (30,0)	
	Lise	12 (20,0)	12 (20,0)	
	Lisans ve üstü	5 (8,3)	0 (0,0)	
Anjiyo- Stent Öyküsü	Var	18 (30,0)	17 (28,3)	0,841
	Yok	42 (70,0)	43 (71,7)	

* Bağımsız örneklem t testi p<0,05

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak; Bilgi Formu (EK 1), Bilgi Testi (EK 2) Kronik Hastalıklarda Öz Etkililik Ölçeği (KHÖÖ) (EK 3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ) (EK 4) kullanılmıştır.

3.6.1. Bilgi Formu

Bilgi formu araştırmacı tarafından literatür ışığında geliştirilmiş ve aşağıdaki belirtilen maddeleri içeren 3 bölüm ve toplam 19 sorudan oluşmuştur.

1. Bölüm: Sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu, meslek, kiminle yaşadığı vb) ait bilgileri içeren toplam 9 sorudan oluşmuştur.

2. Bölüm: Bireylerin hastalık öyküsü (Daha önce anjiyo, stent olma durumu, komplikasyon gelişme durumu, hastalığı ile ilgili daha önce bilgi alma durumu, diyabet, hipertansiyon gibi

eşlik eden hastalık varlığı, aile öyküsü, sigara içme ve alkol kullanma alışkanlığına ait bilgileri içeren toplam 8 sorudan oluşmuştur.

3. Bölüm:

- KAH değiştirebilir risk faktörlerine ilişkin ve aynı zamanda hastalığın etkin yönetiminin sağlanıp sağlanmadığını değerlendirmede kullanılacak hastaya ait kan (Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) değerleri ve diğer ölçümsel sonuçları (boy, kilo, beden kitle indeksi (BKİ), kan basıncı)
- Son üç ayda komplikasyon gelişme ve hastaneye başvuru durumunu içeren 2 sorudan oluşmuştur.

Hastaların kan değerlerine hastaların laboratuvar kayıtlarından ulaşılmıştır. Hastaların antropometrik (boy, kilo, BKİ) değerleri hastanedeki kalibrasyonu yapılmış cihazlar araştırmacı tarafından kullanılarak elde edilmiştir.

Ölçümler;

- Boy: Ölçüm işlemi için stadiometre kullanılmıştır. Ölçüm çıplak ayakla, ayaklar yan yana, baş Frankfort düzlemde iken yapılmıştır.
- Kilo: Ölçüm kalibrasyonu yapılmış, 0,5 kilograma duyarlı tartı kullanılarak hasta, hafif kıyafetlerle ve ayakkabısız olarak tartılmıştır.
- Kan basıncı: Ölçüm kalibrasyonu yapılmış tansiyon aleti kullanılarak ölçümünden 10 dakika önce hastanın dinlenmiş olmasına dikkat edilerek tansiyon ölçme tekniklerine uygun şekilde yapılmıştır.

3.6.2. Bilgi Testi

Araştırmacı tarafından eğitim programında yer alan hedef davranışlara yönelik hazırlanan toplam 10 adet çoktan seçmeli beş seçenekli soruyu içermektedir. Araştırmacı tarafından eğitim programında yer alan hedef davranışlara yönelik toplam 25 adet çoktan seçmeli soru hazırlanmıştır. Sorular dil ve kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuş, her bir soruyu uygun (3) geliştirilebilir (2) uygun değil (1) şeklinde değerlendirmesi istenmiştir. Uzman görüşü alınan ekipte; alanında uzman hekim (1), öğretim üyesi (3) ve alanda çalışan uzman hemşire (1) olmak üzere beş kişi yer almıştır. Lawshe tekniği kullanılarak her bir sorunun kapsam geçerlilik oranına bakılmış ve sıfırın altında değer alan sorular çıkarılmış bazı

sorular uzman görüşleri doğrultusunda geliştirilmiştir. Sonuç olarak 10 soru belirlenerek bilgi testine son şekli verilmiştir. Bilgi testi 10 hastayla pilot çalışma yapılarak soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiş, herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Bilgi testi sorularının güvenirlik katsayısı Kuder Ricardson-20 (KR-20) ile incelenmiştir. KR-20'nin 0,70 veya 0,70'in üzerinde olması önerilmektedir (Karagöz 2014). Testin KR-20 güvenirlik katsayısı 0,87 bulunmuştur. Testin güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

3.6.3. Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililik Ölçeği

Lorig ve diğ. (1996) tarafından geliştirilen ölçekte kronik hastalığı olan bireylerin öz etkililik algısını ölçmek amaçlanmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ceyhan ve Ünsal (2014) tarafından yapılmıştır. Ölçek üç ana başlık ve toplam 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Öz yönetim davranışlarını gerçekleştirmek için öz etkililik başlığı; düzenli spor yapmak (3 soru), hastalık hakkında bilgi almak (1 soru), toplum, aile arkadaşlardan yardım almak (3 soru) ve doktor ile iletişim kurmak (3 soru) alt boyutlarını, genel öz etkililik başlığı; hastalık yönetimi (4 soru) alt boyutunu, sonuçlara ulaşmak için öz etkililik başlığı; ev işlerini yapma (2 soru), sosyal/eğlence aktivitelerine katılma (2 soru), semptomlarla başa çıkma (5 soru), nefes darlığı ile başa çıkma (1 soru) ve depresyon ile başa çıkma (6 soru) alt boyutlarını içermektedir. Ölçek toplam 33 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 1'den 10'a kadar artan likert tipindedir. Ölçekte 1 rakamı "hiç güvenim yok", 10 rakamı ise "tamamen güvenim var" anlamına gelmektedir. Ölçekten alınan toplam puan madde sayısına bölündüğünde ortalama bir öz etkililik değeri bulunmaktadır. Öz etkililik puanının 7'nin altında olması hastalığa yönelik düşük öz yeterlilik algısını ifade ederken, 7 ve üzeri puan ise bireyin hastalığa yönelik öz etkililik algısının yüksek olduğu anlamını taşımaktadır (Lorig ve diğ. 1996; Ceyhan ve Ünsal 2017). Ölçeğin orijinalinde alt boyutların Cronbach alfa değeri 0,77-0,92 arasında değişmektedir (Lorig ve diğ. 1996). Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında alt boyutların Cronbach alfa değeri 0,78-0,97 arasında olup toplam Cronbach alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur (Ceyhan ve Ünsal 2017). Çalışmada ölçeğin eğitim öncesi Cronbach alfa değeri 0,97, eğitimden üç ay sonraki Cronbach alfa değeri 0,97 bulunmuştur. Ölçek yüksek derecede güvenilir (Karagöz 2014).

3.6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği II

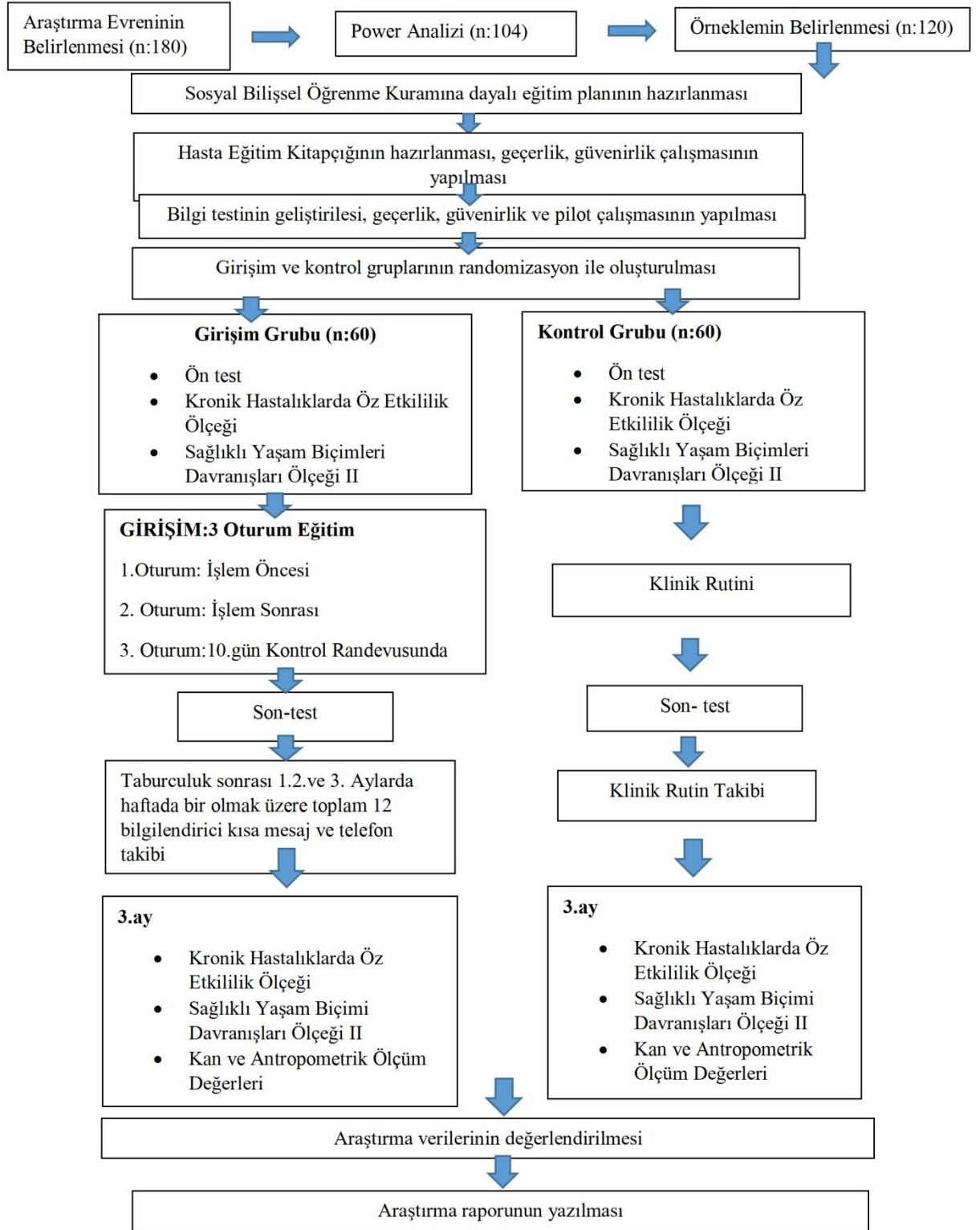
Ölçek Walker ve diğ. tarafından 1987 yılında sağlığı geliştiren davranışları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 1996 tekrar revize edilen ölçek SYBDÖ II olarak adlandırılmıştır (Walker ve Hill-Polerecky 1996). Ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan (Manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi) oluşmaktadır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup, 4'lü likert (Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)) tipindedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve diğ. tarafından 2008 yılında yapılmış, Cronbach alfa değeri 0,94 bulunmuştur. Ölçeğin alt faktörlerinin Cronbach alfa değeri 0,79-0,87 arasında değişmektedir. Çalışmada ölçeğin eğitim öncesi Cronbach alfa değeri 0,94, eğitimden üç ay sonraki Cronbach alfa değeri ise 0,97 olarak bulunmuştur. Ölçek yüksek derecede güvenilir (Karagöz 2014).

3.7. Veri Toplanması

Veriler, kurum ve etik kurul izinleri alındıktan ve tüm katılımcılara açıklama yapıp bilgilendirilmiş gönüllü olur formu onaylandıktan sonra araştırmanın akışı doğrultusunda araştırmacı tarafından Ocak 2022 – Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verileri veri toplama formları kullanılarak girişim ve kontrol gruplarında eğitim öncesi dönemde, eğitim sonrası 10. gün ve 3. ayda araştırmacı tarafından toplanmıştır. PKG bilgi testi eğitim öncesi ve eğitim sonrası (eğitim sonrası 10. Gün) uygulanmıştır. Hastaların Antropometrik ölçüm verileri hastanedeki kalibrasyonu yapılmış cihazlar kullanılarak işlem öncesi ve eğitim sonrası elde edilmiştir. Hastaların kan değerleri (Total Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) hasta dosyalarından elde edilmiştir.

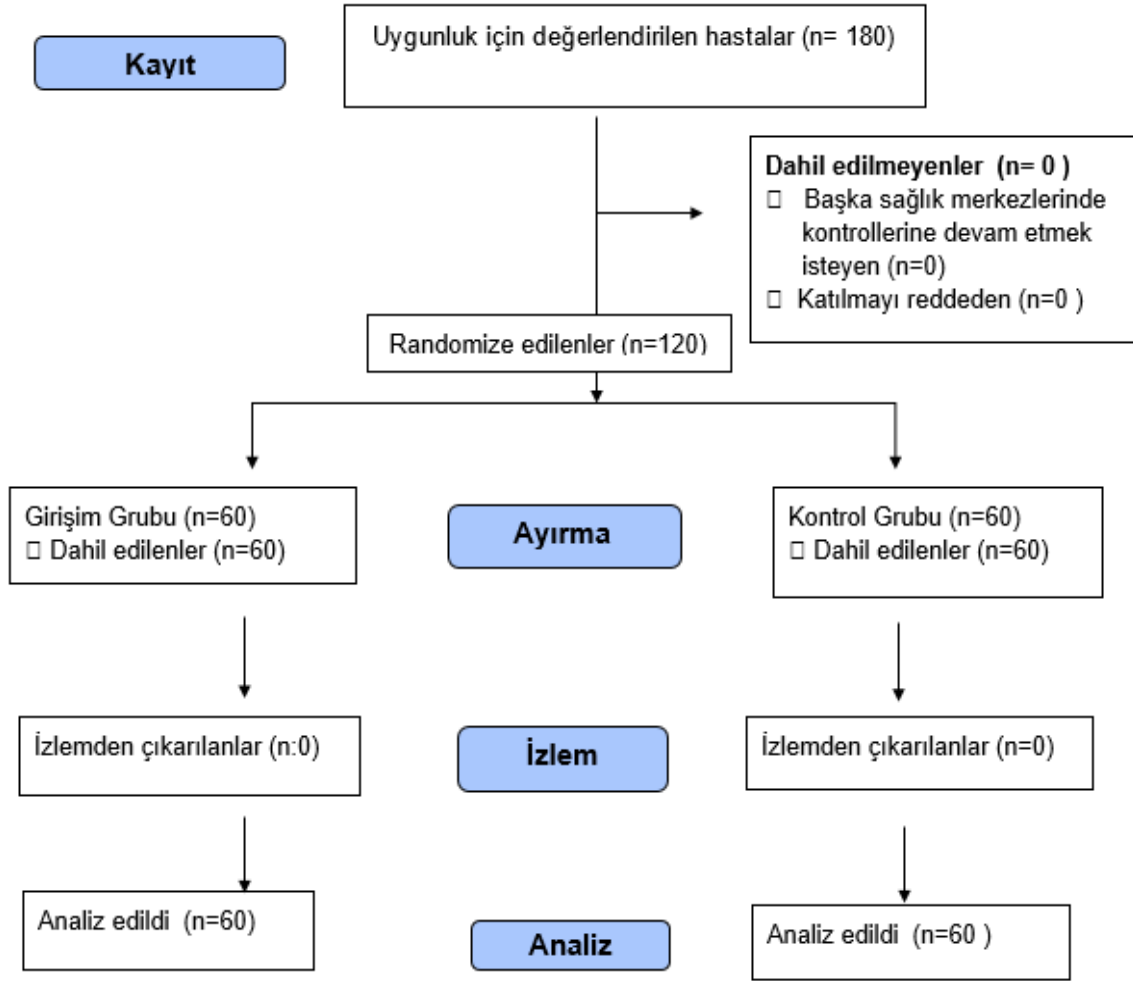
3.8. Araştırma Akışı

Araştırma akış şemasında belirtildiği şekilde yürütülmüştür (Şekil 3-1). Literatürde randomize kontrollü çalışmaların kontrolü ve her adımının Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar'a (Consolidated Standards of Reporting Trials: CONSORT) göre yapılması önerilmektedir (Schulz ve diğ. 2010). Araştırma, online olarak CONSORT sistemine kaydedilerek araştırma dizaynının aşamaları tümüyle CONSORT diyagramına göre yapılmıştır (Şekil 3-2).



Şekil 3-1: Araştırmanın Akış Şeması

CONSORT 2010 Akış Diyagramı



Şekil 3-2:CONSORT 2010 Akış Diyagramı

3.8.1. Eğitim Planının Oluşturulması

İhtiyaç Analizi: Dünyada ve ülkemizde Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri kapsamında KVH yükünü en aza indirme gerekliliği göz önüne alınmış ve PKG uygulanan hastaların sekonder korumada öz yeterlilik ve yaşam kalitesinin artırılması bu çalışma için öğrenme gereksinimi olarak belirlenmiştir. Araştırmacının mesleki deneyimi, kurumda perkütan koroner girişim uygulanan hastalara verilen bir eğitim programının olmayışı, klinik hemşirelerinin görüşleri ve literatür desteği tedaviye ve yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlayamayıp tekrarlı yatışların olması bu eğitimin geliştirilmesi gerekliliğini düşündürmüştür (Amin ve diğ. 2018; Annaç 2018; Arantes ve diğ. 2018; Turan Kavrak 2018).

Öğrenen Analizi: Hedef kitle olarak, PKG uygulanan hastalar belirlenmiş, hastaların yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, perkütan koroner girişim ile ilgili bilgisi, cep telefonu kullanma durumlarına ilişkin verileri toplanmıştır. Hedef kitlenin yetişkin, her öğrenme stiline sahip, öğrenim durumları (ilkokul, lise, üniversite vs.) karma olduğu düşünülerek eğitim programı yetişkin eğitim ilkelerine, her öğrenme stilini içermesine uygun olarak tasarlanmış, hastaların özellikleri eğitimin sunum hızı karar vermede etkin olmuştur. Tıbbi terimler hastaların anlayacağı şekilde açıklanmış, resimlerle desteklenmiştir.

İçerik Analizi: PKG uygulanan hastaların mutlaka bilmesi gereken konu başlıkları belirlenmiş, öğrenme hedefleri ilgili literatür taranarak ve bilişsel, duyuşsal ve devimsel alanlara yönelik olarak oluşturulmuştur. Alanında uzman üç öğretim üyesinden görüş alınarak biçimlendirilmiştir.

Geliştirme: PKG uygulanan hasta eğitimi literatürden yararlanılarak analiz aşamasında belirlenen öğrenme hedefleri doğrultusunda Yetişkin eğitiminde, “içerik yetişkinlerin gereksinimlerine yönelik ve ilgi çekici olmalı” ilkesi doğrultusunda hazırlanmıştır (Güneş ve Deveci 2022). Ulusal, Uluslararası kalp derneklerinin video ve görsellerinden yararlanılmış, kalp eğitim maketi, tarif kitapçığı kullanılmıştır (Şekil 3-3, Şekil 3-4).

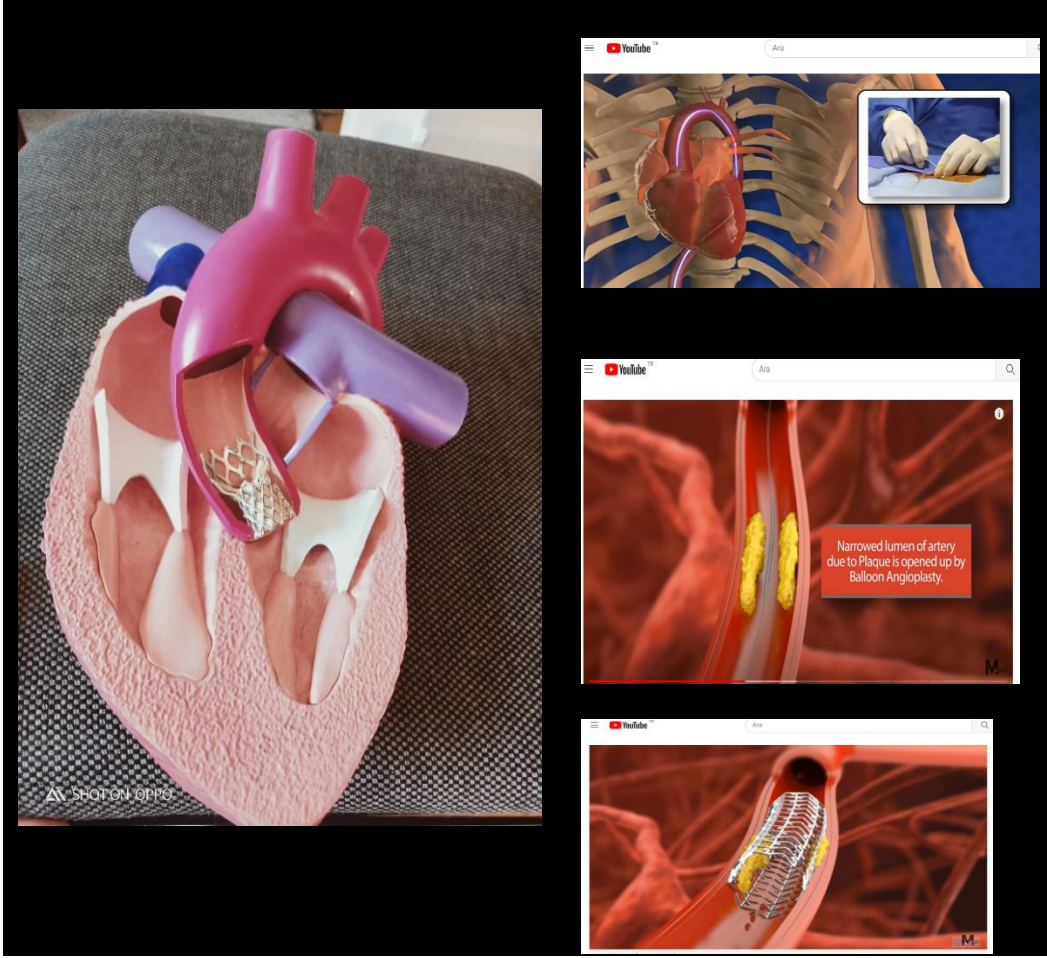
Eğitim planının oluşturulmasında bu süreçlerin yanı sıra Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramında vurgulanan, öğrenmenin dört temel süreci olan dikkat etme, hatırd tutma, güdüleme ve davranış oluşturma süreçleri ile bu sürece katkı sağlayan öz yeterlilik algısını geliştirmeye yönelik planlamalar yapılmıştır (Bandura 1989).

Dikkat etme süreci: Hasta eğitimi oturumları düz anlatım, soru cevap, slayt ve video gösterimi öğretim yöntem teknik ve materyalleri ile desteklenmiştir. Mümkün olduğunca hastaların konuya dikkat ve ilgisini çekecek görüntüler, maketler, videolar kullanılmıştır (Şekil 3-3, Şekil 3-4).

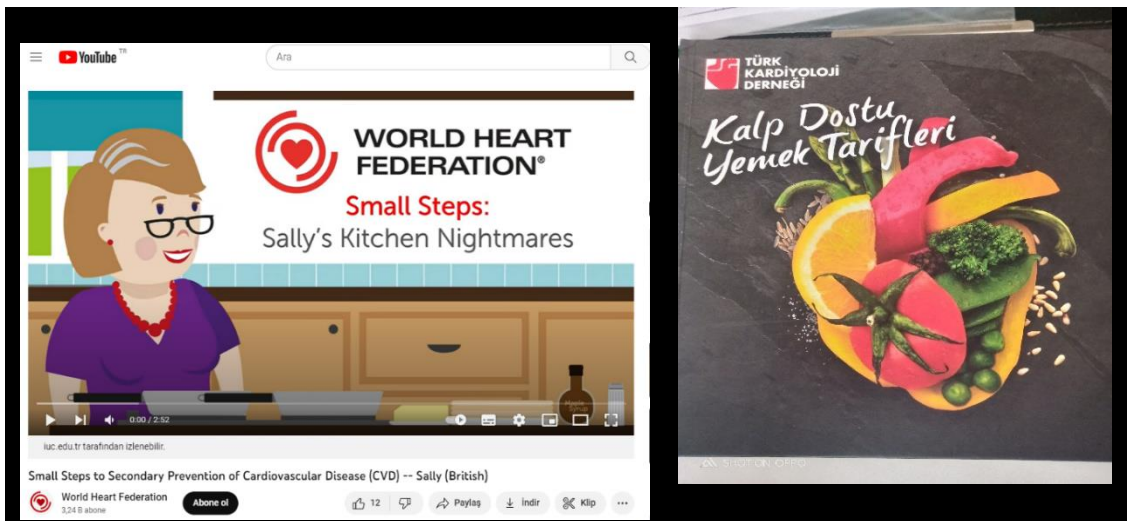
Hatırd tutma süreci: Bireyin bilgiyi bellekte sakladığı bu süreçte, eğitim oturumlarında verilen bilgilerin bellekteki durumu; bilgi testi, KHÖÖ, SYBDÖII ve kan testi sonuçları değerlendirilmiştir.

Güdülenme süreci: Her bir eğitim oturumunda öğrenmenin performansa dönüştürülmesini sağlamaya yönelik pekiştireçler, olumlu örnekler verilmiş ayrıca 3 ay boyunca gönderilen kısa mesajlar ile motivasyonel bir süreç sağlanmıştır.

Davranış oluşturma süreci: Bu süreçte hastanın öz yeterlilik algısını arttırmaya yönelik çeşitli girişimlerde bulunulmuştur. Hastalığa yönelik daha önceki deneyimlerin olumlu olan yönlerine, benzer durumda olan diğer kişilerin başarılarına dikkat çekilerek, eğitim oturumlarında aile üyelerinden katılımı sağlanmıştır. Öz yeterliliği geliştirmeye yönelik girişimlere Tablo 3-3'te yer verilmiştir.



Şekil 3-3:Eğitim Maketi ve Video Görselleri



Şekil 3-4:Video Görseli ve Eğitim Materyali

Eğitimin Yeri: Hasta odası, sessiz sakin ve eğitime uygun bir odada yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir.

Eğitimin Süresi:

- 1.Oturum: Hasta perkütan koroner girişim randevusunu almaya geldiği gün ortalama 30 dk.
- 2.Oturum: İşlemden 12-24 saat sonra ortalama 20-30 dk.
- 3.Oturum: Hasta kontrol randevusuna geldiği (10.gün) gün ortalama 30dk.



Tablo 3-2:Planlı Perkütan Koroner Girişim Hastalarına Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitim Planı

Oturum-Konu	Amaç	Hedef	İçerik	Öğretim Yöntem, Teknik ve Materyalleri	Değerlendirme
I.Oturum Koroner Arter Hastalığı ve Perkütan Koroner Girişim	Hastanın koroner arter hastalığı ve tedavisinde uygulanan perkütan koroner girişim ile ilgili bilgi sahibi olarak, işlem öncesi gerekli hazırlığı yapmasıdır.	Bu oturum sonunda hasta, - Koroner arter hastalığını tanımlar. - Perkütan koroner girişimi açıklar. - Perkütan koroner girişim sonrasında yapması gerekenleri açıklar. - Perkütan koroner girişim öncesi yapılması gerekli hazırlıkları açıklar. - Kendi yapacağı hazırlıklara ilişkin örnekler verir. - Perkütan koroner girişim öncesi gerekli hazırlıkları yapar.	- Koroner arter hastalığının tanımı - Perkütan koroner girişim - Perkütan koroner girişim öncesi hazırlık - Hastaneye yatış - İlaçların düzenlenmesi - Vücut temizliği ve hazırlığı - Beslenme ve açlık süresi - Perkütan koroner girişim sonrası - Yoğun bakım ünitesinde yatış - İşlem bölgesi ile ilgili girişimler - Kateterin çekimi - Kum torbası ile istirahat	- Düz Anlatım - Beyin Fırtınası - Soru-cevap - Slayt Gösterimi - Video Gösterimi - Maket ve resimler - Hasta Eğitim Kitapçığı	- Ön test - Son test - Soru Cevap - Gözlem (İşlem günü hazırlıkları yapıp yapmadığının eğitimci tarafından takibi)

Tablo 3-2 (devam): Planlı Perkütan Koroner Girişim Hastalarına Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitim Planı

Oturum-Konu	Amaç	Hedef	İçerik	Öğretim Yöntem, Teknik ve Materyalleri	Değerlendirme
II. Oturum Perkütan Koroner Girişim Sonrası Taburculuktan Sonra Yapıcıklar	Hastanın taburculuk sonrası yapması gerekenleri kalp sağlığını korumadaki önemine inanarak yaşamına geçirmesi	Bu oturum sonunda hasta, • Perkütan koroner girişim sonrası kalp sağlığını koruyacak uygulamaların önemini fark eder. • Perkütan koroner girişim sonrası dikkat etmesi gerekenleri açıklar. • Sağlık kuruluşuna başvurması gereken acil durumları bilir. • İlaçlarını düzenli ve eksiksiz kullanır.	1.Perkütan koroner girişim sonrası taburculuk 1.1.İstirahat, işe ya da normal yaşama dönüş 1.2.Araç kullanma ve merdiven çıkma 1.3.Banyo 1.4.Cinsel yaşam 1.5.İlaç kullanımı 1.6.Hastane kontrolleri 1.7. Acil durumlar	• Düz Anlatım • Beyin Fırtınası • Soru-cevap • Slayt Gösterimi • Video Gösterimi • Örnek olay • Hasta Eğitim Kitapçığı	• Ön test • Son test • Soru cevap • Gözlem • 10.gün kontrolünde hastanın kan değerleri, kan basıncı takibi ve anjiyo bölgesi kontrolü.

Tablo 3-2 (devam): Planlı Perkütan Koroner Girişim Hastalarına Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramına Dayalı Eğitim Planı

Oturum-Konu	Amaç	Hedef	İçerik	Öğretim Yöntem, Teknik ve Materyalleri	Değerlendirme
III. Oturum Kalp Sağlığı ve Sekonder Koruma	Hastaların öz yeterlilik düzeylerini artırarak sekonder korumayı sağlamaktır.	Bu oturum sonunda hasta, • Sekonder koruma için öz sorumluluk alır. • Beslenme davranışını kalp sağlığını koruyacak şekilde düzenler. • Kilo kontrolünü kalp sağlığını koruyacak şekilde yapar. • Fiziksel aktivite ve egzersizlerini kalp sağlığını koruyacak şekilde yapar. • Stresini yönetebilir. • Koroner kalp hastalığı ile yaşama uyum sağlar.	1.Sekonder (İkincil) koruma nedir? 2.Kalp sağlığı için sekonder (ikincil) korumanın önemi 3.Sekonder (ikincil) korumada dikkat edilecekler - Beslenme- Kilo Kontrolü -Kan Basıncının Kontrolü -Kan Şekerinin Kontrolü -Kan yağlarının Kontrolü - Fiziksel Aktivite ve Egzersiz - Sigara ve Alkol - Stres Yönetimi 4. Koroner Kalp Hastalığı ile Yaşam	• Düz Anlatım • Beyin Fırtınası • Soru- Cevap • Örnek vaka-olay • Slayt Gösterimi • Video Gösterimi • Hasta Eğitim Kitapçığı • Telefon mesajları	• Ön test • Son test • Soru cevap • Telefon • 3.ay kontrolünde kan değerlerinin, kan basıncının takibi, kilo kontrolü.

Tablo 3-3:Perkütan Koroner Girişim Hastalarının Eğitim ve Takip Sürecinde Öz-Yeterliliği Geliştirici Girişimler

Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı/ Öz Yeterlilik Kaynakları	Perkütan Koroner Girişim Hastalarının Eğitim ve Takip Sürecinde Öz-Yeterliliği Geliştirici Girişimler
Önceki deneyimler	- Hastanın daha önce yaşadığı deneyimleri paylaşmasına fırsat vermek, olumlu deneyimlerine dikkat çekmek. - Eğitim sunumunda sekonder korumanın başarılı ve iyi yönlerine dikkat çekmek. - Eğitim içeriği ve sunumda sekonder koruma başarısını geliştirmeye yönelik öneriler vermek. - Karşılaşılabileceği zorluklara yönelik ileriye dönük rehberlik etmek (Telefon takipleri ve hastane kontrollerinde) - Eğitim sırasında ve telefonla takipte geçmiş ve mevcut başarıları tanımlayarak güçlendirmeye yönelik telkinler yapmak - Eğitim sonrası ulaşılmak istenen kazanımlara yönelik hedefler ve görevler vermek (Bir sonraki kontrolde ... kiloya düşmek vb. sigarayı bırakmak vb.)
Başkalarından gördüğü örnekler	- Öğrenmeyi destekleyici örnek olay/vakalar sunumu. Video gösterimi. - Kişilerarası ilişkilerin önemine dikkat çekmek.
Çevrenin desteği	- Eğitimde ve kontrollerde bireysel yeteneklerini güçlendirici olumlu bildirimler sağlamak. - Aile ve yakınlarından sekonder korumada destekleyici yaklaşım almak için eğitime aile üyelerini dâhil etmek. - Telefon mesajları ve telefon görüşmeleri ile motivasyon ve güdüleme sağlamak. - Eğitim kitapçığı ve diğer bilgilere istediği zaman ulaşabilmesini sağlamak.
Psikolojik durum	- Bireyselleştirilmiş eğitim ile hastanın emosyonel duruma göre eğitimi sürdürmek. - Eğitimde yoksunluk krizi, alışılmış davranışları değiştirmek ile ilgili zaman zaman zor durumlarla karşılaştığında rehberlik etmek. - Telefon mesajları ve telefon görüşmeleri ile motivasyon ve güdüleme sağlamak. - Davranış değişikliği oluşturmada (sigara bırakma, kilo kontrolü vb.) için gerekirse yardım alabileceği yerler konusunda destek olmak. - Video gösterimi ile uygulamalı nefes teknikleri ile stres yönetimi ve emosyonel destek sağlamak.

3.8.2. Hasta Eğitim Kitapçığı

Hasta eğitim kitapçığı güncel literatür taranarak eğitim programındaki içerik doğrultusunda eğitim materyalleri hazırlama ilkeleri göz önüne alınarak girişim öncesi, sırası ve sonrasına yönelik bilgileri kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Hasta ve yakınlarının anlayabileceği basit ve yalın ifadeler kullanılarak, bilinenden başlama ilkesi doğrultusunda basitten karmaşığa, hedef davranışlara uygun nitelikte, dikkat çekici şekilde hazırlanmıştır. Ayrıca eğitim materyalinin bazı bölümlerinde QR kod uygulaması kullanılmıştır. Son yıllara yapılan çalışmalar QR kod gömülü materyalin somut konuları soyutlaştırarak öğrenenin öğrenme sürecine aktif biçimde katıldığını ve olumlu sonuçlar alındığını göstermiştir (Dönmez Usta ve Turan Güntepe 2019) Örneğin QR kodunu okutan hasta işlem yapılacağı laboratuvarın görüntüsünü ya da beslenme düzeni ile ilgili bilgilerin bulunduğu bir web sayfasını görüntüleyebilmesi amaçlanmıştır.

Hasta eğitim kitapçığı “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu” ve DISCERN Ölçeği kullanılarak hekim (1), öğretim üyesi (3) ve alanda çalışan uzman (1) hemşirenin yer aldığı ekibe sunulmuştur (EK 5). Hasta eğitim kitapçığı için alınan uzman görüşü sonuçları yüzde, standart sapma ve puan ortalamalarına bakılarak değerlendirilmiştir. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu doğrultusunda elde edilen görüşlerden alınan en düşük puanın 15, en yüksek puanın 26, toplam puan ortalamasının $24,86 \pm 3,57$ olduğu belirlenmiştir. Toplam puan yüksekliği materyal uygunluğunun da yüksek olduğunu göstermektedir. Formun toplam puan ortalaması $27,00 \pm 0,00$ olması ve uzman görüşleri sonucu elde edilen ortalamanın $24,86 \pm 3,57$ olması kitapçığın uygun bir materyal olduğunu göstermiştir.

Uzmanların “Perkütan Koroner Girişim (Stent) Hasta Eğitim Kitapçığı”na ilişkin DISCERN ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde; ölçek toplam puan ortalamasının $69,80 \pm 2,94$, güvenilirlik puan ortalamasının $35,80 \pm 1,09$, bilgi kalitesi puan ortalamasının $29,40 \pm 1,94$, genel kalite puan ortalamasının $4,60 \pm 0,54$ olduğu belirlenmiştir. DISCERN ölçüm aracı güvenilirlik alt grup puan ortalamasının, bilgi kalitesinin ve genel kalite puan ortalamasının ve DISCERN ölçüm aracının toplam puan ortalamasının her bir alt grup ve toplam için minimum ve maksimum puan ortalamasının üstünde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar yazılı eğitim materyallerinin güvenilir ve bilgi kalitesinin iyi olduğunu göstermiştir (EK 6).



Şekil 3-5: Hasta Eğitim Kitapçığı



Şekil 3-6: Hasta Eğitim Ktacı

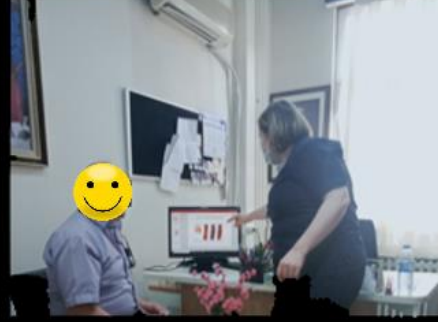
3.8.3. Eğitimin Uygulanması

Araştırma kapsamında girişim grubunda yer alan hastalara araştırmacı tarafından Sosyal Bilişsel Öğrenme kuramına temellendirilen ve hasta eğitim kitapçığı, slayt/video gösterimi, örnek vaka/olay, maket gibi öğretim yöntem, teknik ve materyalleri ile öz yeterlilik kaynaklarını geliştirmeye yönelik 3 oturumda gerçekleştirilmiştir.

1. Oturum; hastalar PTCA randevularını almaya geldikleri ilk gün tanışma ile başlamış hastalık ve işlem hakkında genel bilgi, işlem öncesi hazırlığı ile ortalama 30 dk. süren bir eğitim yapılmıştır.
2. Oturum; hastaların taburcu olacağı gün taburculuk sonrası nelere dikkat edeceğini içeren konulara yönelik şekilde ortalama 20-30 dk. süren bir eğitim yapılmıştır.
3. Oturum; hastaların kontrol randevu için geldikleri 10. günde sekonder korumaya yönelik konuları içeren ortalama 30 dk. süren bir eğitim yapılmıştır. Bu oturumda hastalara cep telefonlarına haftalık mesaj atılarak yapılacak arama ve takipten bahsedilerek kendilerinin araştırmacıya ulaşacağı numara verilmiştir.



Şekil 3-7:Hasta Eğitimi Görseli



Şekil 3-8:Hasta Eğitimi Görseli



Şekil 3-9:Hasta Eğitimi Görseli

Cep Telefonu Mesajları

Taburculuk sonrası girişim grubu hastalarına; 1. 2. ve 3. aylarda her hafta belirlenen günde çalışma saatleri içerisinde bir SMS uzunluğunda en fazla 160 karakterden oluşan, Dünya Sağlık Örgütü, Ulusal ve Uluslararası Kalp Sağlığı Derneklerinin kalp sağlığına yönelik sekonder koruma önerileri dikkate alınarak literatür desteği ile araştırmacı tarafından tedaviye uyuma ve korunmaya yönelik öz yeterlilik inançlarını güdüleyici, moral ve motivasyonu arttırmaya yönelik kısa mesajlar hastaların cep telefonlarına gönderilmiştir (Zhai ve diğ.2020). Hastalara gönderilen kısa mesajlar EK 7 de yer almaktadır. Mesajların hastalara ulaşp ulaşmadığının kontrolü için araştırmacı tarafından geri bildirim sistemi kullanılmış ve hastalar telefonla aranıp kontrol sağlanmıştır.



Şekil 3-10: Hastalara gönderilen kısa mesajlar

3.9. Verilerin Analizi

Araştırmada verilerin istatistiksel analizleri için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel analizler için (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Güvenirlik ve geçerlik analizlerinde Cronbach alfa katsayısı, Kuder Richardson (KR-20) metodu ile Lawshe Tekniği kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında bağımlı gruplar t testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin grup içi karşılaştırmalarında Wilcoxon signed-ranks testi, nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma sürecinin yürütülmesi için öncesinde Etik Kurul'dan 25.01.2021 tarih ve 15632 sayılı onay (EK 8) ve çalışmanın yürütüldüğü kurumdan izin alınmıştır (EK 9). Araştırmada kullanılan ölçekler için kullanım izni mail yoluyla alınmıştır (EK 10, EK 11). Araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK 12).

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

3.11.1. Güçlü Yönleri

- Araştırmanın randomize kontrollü deneysel tipte olması
- Araştırmacının kurum çalışanı olması
- Kardiyoloji biriminde yapılmış olması
- Hasta eğitiminin bir modele temellendirilmesi.

4. BULGULAR

Planlı perkütan koroner girişim uygulanan hastalara verilen eğitiminin öz yeterlilik ve sekonder koruma üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen veriler beş başlık altında sunulmuştur.

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulgular

4.2.Hastaların Bilgi Puanlarına İlişkin Bulgular

4.3.Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililiklerine İlişkin Bulgular

4.4.Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

4.5.Hastaların Kan Değerleri (Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) Antropometrik Ölçüm Değerleri (boy, kilo, BKİ) ve Kan Basıncı Ölçüm Değerlerine İlişkin Bulgular

4.6.Telefonla Gönderilen Mesajlara İlişkin Bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulgular

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4-1’de verilmiştir. Hastaların %23,3’ü (n=28) kadın, %76,7’si (n=92) erkektir. Hastalar 39 ile 82 yaş aralığındadır, yaş ortalamasının $60,85 \pm 9,51$ olduğu saptanmıştır. Hastaların %88,3’ü (n=106) evli, %45’i (n=54) ilkokul mezunudur. Hastaların %45’i (n=54) emekli, %22,5’i (n=27) ev hanımı, %35’i (n=42) çalışmakta, %65’i (n=78) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hastaların %60,8’inin (n=73) eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta, %100’ü (n=120) sosyal güvenceye sahiptir ve %83,3’ü (n=100) gelirlerinin giderlerini karşılamadığını ifade etmiştir. Hastaların %85’inin (n=102) ailesinde kalp hastalığı öyküsü olduğu, %45’inde (n=54) diyabet, %70,8’inde (n=85) hipertansiyon olduğu, %70,8’ine (n=85) daha önce stent işlemi yapılmadığı, %49,2’sinin (n=59) sigara öyküsü olduğu, %94,2’sinin (n=113) hastalığı hakkında bilgi almadığı saptanmıştır.

Tablo 4-1:Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulguların Dağılımı (N=120)

Yaş	<i>Ort±Ss</i>	60,85±9,51
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	61 (39-82)
Cinsiyet	Özellik	n (%)
	Kadın	28 (23,3)
Medeni Durum	Erkek	92 (76,7)
	Evli	106 (88,3)
Eğitim Düzeyi	Bekâr	6 (5,0)
	Diğer	8 (6,7)
İş	Okur-yazar	11 (9,1)
	İlkokul	54 (45,0)
Çalışma Durumu	Ortaokul	26 (21,7)
	Lise	24 (20,0)
Sosyal Güvence	Lisans ve üstü	5 (4,2)
	Emekli	54 (45,0)
Gelir Gider Dengesi	Ev hanımı	27 (22,5)
	Diğer	39 (32,5)
Kiminle Yaşıyor	Çalışıyor	42 (35,0)
	Çalışmıyor	78 (65,0)
Anjiyo-Stent Öyküsü	Var	120 (100)
	Yok	0 (0,0)
Diyabet	Karşılıyor	20 (16,7)
	Karşılamıyor	100 (83,3)
Hipertansiyon	Yalnız	12 (10,0)
	Eş	35 (29,2)
Aile Öyküsü	Eş ve çocuk	73 (60,8)
	Var	35 (29,2)
Hastalık Hakkında Bilgi Alma	Yok	85 (70,8)
	Var	54 (45,0)
Sigara Kullanma	Yok	66 (55,0)
	Var	85 (70,8)
Alkol Kullanma	Yok	35 (29,2)
	Var	102 (85,0)
Üç Aylık Sürede Hastaneye Başvurma	Yok	18 (15,0)
	Evet	7 (5,8)
Üç Aylık Sürede Komplikasyon Gelişme Durumu	Hayır	113 (94,2)
	Evet	1 (0,8)
Sigara Kullanma	Hayır	103 (85,8)
	Var	19 (15,8)
Alkol Kullanma	Yok	97 (80,8)
	Bırakmış	4 (3,3)
Üç Aylık Sürede Hastaneye Başvurma	Var	19 (15,8)
	Yok	97 (80,8)
Üç Aylık Sürede Komplikasyon Gelişme Durumu	Bırakmış	4 (3,3)
	Evet	17 (14,2)
Sigara Kullanma	Hayır	103 (85,8)
	Evet	1 (0,8)
Alkol Kullanma	Hayır	119 (99,2)
	Evet	1 (0,8)

Hastaların girişim ve kontrol gruplarına göre tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasına Tablo 4-2’de verilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gruplararası homojenlik sağlanmıştır.

Tablo 4-2:Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Tanıtıcı Özelliklerin Karşılaştırması

		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Yaş	Ort±Ss	61,36±9,40	60,35±9,67	^e 0,561
	Medyan (Min-Maks)	63 (39-76)	59 (40-82)	
		n(%)	n(%)	
Cinsiyet	Kadın	13 (21,7)	15 (25,0)	^e 0,666
	Erkek	47 (78,3)	45 (75,0)	
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	0 (0,0)	0 (0,0)	^f 0,300
	Sadece okur-yazar	4 (6,7)	7 (11,0)	
	İlkokul	31 (51,7)	23 (38,3)	
	Ortaokul	8 (13,3)	18 (30,0)	
	Lise	12 (20,0)	12 (20,0)	
	Lisans ve üstü	5 (8,3)	0 (0,0)	
Gelir-Gider Dengesi	Karşılıyor	14 (23,3)	6 (10,0)	^e 0,051
	Karşılamıyor	46 (76,7)	54 (90,0)	
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	9 (15,0)	3 (5,0)	^f 0,038
	Eş	21 (35,0)	14 (23,3)	
	Eş ve çocuk	30 (50,0)	43 (71,7)	
Anjiyo-Stent Öyküsü	Var	18 (30,0)	17 (28,3)	^e 0,841
	Yok	42 (70,0)	43 (71,7)	
Hastalık Hakkında Bilgi Alma	Var	2 (3,3)	5 (8,3)	^e 0,243
	Yok	58 (96,7)	55 (91,7)	

^eStudent-T Test

^eChi-Square Test

^fFisher Halton Exact Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

4.2. Hastaların Bilgi Puanlarına İlişkin Bulgular

“H1: Girişim grubunun eğitim sonrası bilgi puanı eğitim öncesi puanından daha yüksektir. H2: Girişim grubunun eğitim sonrası bilgi puanı kontrol grubunun eğitim sonrası bilgi puanından daha yüksektir.” hipotezlerinden hareketle girişim ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi puanları incelenmiştir. Hastaların ön- son test bilgi puanlarının gruplara göre karşılaştırmalarına Tablo 4-3 ve Şekil 4-1’de yer verilmiştir. Hastaların ön test, son test ve son test ile ön test bilgi puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$).

Ön test ve son test arasında girişim grubundaki $58,50\pm17,15$ ’lik artış ve kontrol grubundaki $13,50\pm10,70$ ’lik artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki artış daha yüksektir.

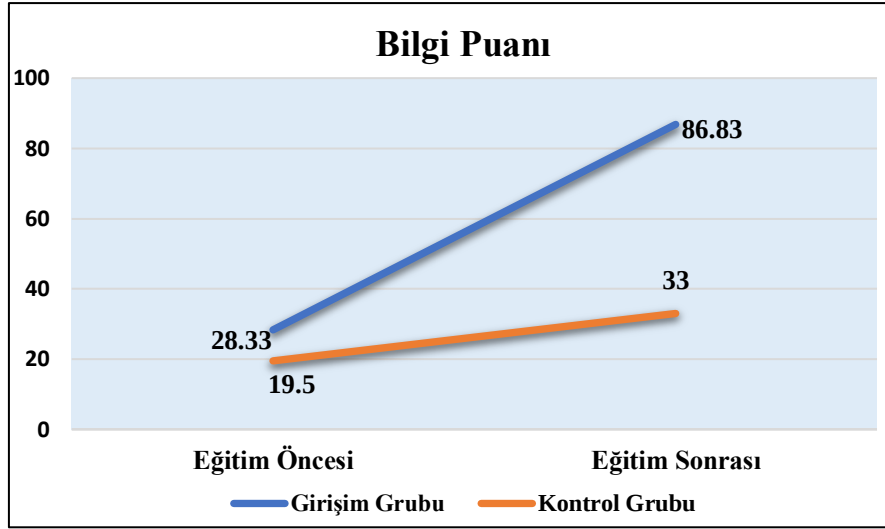
Tablo 4-3: Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Bilgi Puanlarının Karşılaştırması

Bilgi Puanı		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Eğitim	Ort±Ss	28,33±15,85	19,50±11,41	^c 0,001**
Öncesi	Medyan (Min-Maks)	30 (0-70)	20 (0-50)	
Eğitim	Ort±Ss	86,83±12,82	33,00±12,11	^c 0,001**
Sonrası	Medyan (Min-Maks)	90 (30-100)	30 (10-60)	
p		^d 0,001**	^d 0,001**	
Değişim				
Eğitim	Ort±Ss	58,50±17,15	13,50±10,70	^c 0,001**
Öncesi – Eğitim Sonrası	Medyan (Min-Maks)	60 (10-90)	10 (-10-40)	

^cStudent-T Test

^dPaired Samples Test * $p<0,05$

** $p<0,01$



Şekil 4-1: Gruplara Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Puanlarının Dağılımı

4.3. Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililiklerine İlişkin Bulgular

“H3: Girişim grubunun eğitim sonrasında kronik hastalıklarda öz etkililik algı puanı kontrol grubundan daha yüksektir.” hipotezinden hareketle girişim grubu ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3.ay) KHÖÖ puanları incelenmiştir. KHÖÖ alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırmalarına Tablo 4-4’te yer verilmiştir.

Tablo 4-4: Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre KHÖÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Düzenli Spor Yapma	Ort±Ss	3,15±1,43	2,37±1,15	^a 0,002**
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	3 (1-6,30)	2 (1-5)	
Düzenli Spor Yapma	Ort±Ss	4,99±1,45	2,47±1,06	^c 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	5 (1,30-8)	2,65 (1-5)	
Değişim				
	p	^b0,001**	^b0,113	
Düzenli Spor Yapma	Ort±Ss	1,83±1,11	0,10±0,48	^a 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	2 (0-5)	0 (-1-1,30)	
Hastalıkla İlgili Bilgi	Ort±Ss	3,48±1,66	3,56±1,21	^a 0,002**
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	4 (1-7)	4 (1-6)	
Hastalıkla İlgili Bilgi	Ort±Ss	6,30±1,58	3,56±0,98	^a 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	6 (2-10)	3 (2-5)	
Değişim				
	p	^b0,001**	^b1,000	
Hastalıkla İlgili Bilgi	Ort±Ss	2,81±1,46	0,00±0,92	^a 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	3 (0-6)	0 (-2-2)	
Yardım Alma	Ort±Ss	4,16±1,36	4,29±1,12	^c 0,096
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	4,15 (1-6,30)	4 (2-7)	
Yardım Alma	Ort±Ss	5,88±1,32	4,08±0,94	^c 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	6 (2,60-9)	4 (2-6,30)	
Değişim				
	p	^d0,001**	^d0,013**	
Yardım Alma	Ort±Ss	1,71±1,03	-0,21±0,65	^a 0,001**
Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	2 (0-4)	0 (-2-1,30)	
Doktorla İletişim	Ort±Ss	3,37±1,58	2,99±1,23	^c 0,142
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	3 (1-7)	3 (1-6)	
Doktorla İletişim	Ort±Ss	5,39±1,73	2,54±1,05	^a 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	5 (3-10)	2 (1-5)	
Değişim				
	p	^b0,001**	^b0,001**	
Doktorla İletişim	Ort±Ss	2,01±1,03	-0,45±0,85	^c 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	2 (0-4,30)	0 (-2-1,30)	

^aMann-Whitney U Test

^bWilcoxon Signed Rank Test

^cStudent-T Test

^dPaired Samples Test *p<0,05**p<0,01

Tablo 4-4 (devam): Girişim Kontrol Gruplarına Göre KHÖÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Hastalık Yönetimi	<i>Ort±Ss</i>	3,23±1,19	2,87±0,81	^c 0,004**
Eğitim Öncesi	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (1-6)	3 (2-5)	
Hastalık Yönetimi	<i>Ort±Ss</i>	5,02±1,18	2,97±0,80	^c 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5 (3-8)	3 (2-5)	
	p	^d 0,001**	^d 0,054	
Değişim				
Hastalık Yönetimi	<i>Ort±Ss</i>	1,78±1,09	0,10±0,40	^c 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	1,87 (0-5)	0 (-0,75-1,25)	
Ev İşlerini Yapma	<i>Ort±Ss</i>	4,52±1,36	4,21±1,24	^c 0,132
Eğitim Öncesi	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5 (1-7)	4 (1-7)	
Ev İşlerini Yapma	<i>Ort±Ss</i>	6,29±1,24	4,10±1,15	^c 0,001**
Eğitim Sonrası	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	6 (4-10)	4 (1-7)	
	p	^b 0,001**	^b 0,179	
Değişim				
Ev İşlerini Yapma	<i>Ort±Ss</i>	1,76±1,17	0,10±0,69	^c 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	2 (-2-4)	0 (-2-1)	
Sosyal Aktivite	<i>Ort±Ss</i>	3,96±1,36	3,73±1,07	^c 0,167
Eğitim Öncesi	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	4 (1-7)	4 (1-6)	
Sosyal Aktivite	<i>Ort±Ss</i>	5,70±1,26	3,77±1,03	^c 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	6 (3-9)	4 (1-6)	
	p	^d 0,003**	^d 0,633	
Değişim				
Sosyal Aktivite	<i>Ort±Ss</i>	1,73±1,46	0,04±0,67	^c 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	1,75 (-2-5)	0 (-1-2)	
Semptomlarla Baş Etme	<i>Ort±Ss</i>	3,22±1,20	2,70±0,89	^c 0,016*
Eğitim Öncesi	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	3 (1-6,20)	2,60 (1-5)	
Semptomlarla Baş Etme	<i>Ort±Ss</i>	5,10±1,14	3,01±0,93	^c 0,001**
Eğitim Sonrası	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	5 (3-9)	3 (1-5,40)	
	p	^d 0,001**	^d 0,001**	
Değişim				
Semptomlarla Baş Etme	<i>Ort±Ss</i>	1,87±1,17	0,31±0,52	^c 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	1,90 (0-5)	0,10 (-1-2,20)	

^aMann-Whitney U Test

^bWilcoxon Signed Rank Test

^cStudent-T Test

^dPaired Samples Test *p<0,05**p<0,01

Tablo 4-4 (devam): Girişim Kontrol Gruplarına Göre KHÖÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Nefes Darlığı ile Baş Etme Eğitim Öncesi	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	2,90±1,31 3 (1-6)	2,48±1,37 2 (1-6)	^a 0,072
Nefes Darlığı ile Baş Etme Eğitim Sonrası (3.ay)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	5,66±1,29 6 (3-9)	2,53±1,22 2 (1-5)	^c 0,001**
Değişim	p	^b 0,001**	^b 0,754	
Nefes Darlığı ile Baş Etme Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	2,76±1,45 3 (-1-6)	0,05±1,01 0 (-2-3)	^a 0,001**
Depresyon Yönetimi Eğitim Öncesi	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	3,36±1,43 3,30 (1-6,80)	2,75±1,06 3 (1-5)	^c 0,009**
Depresyon Yönetimi Eğitim Sonrası (3. ay)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	4,87±1,35 5 (2-9)	2,67±0,90 3 (1-5)	^a 0,001**
Değişim	p	^b 0,001**	^b 0,444	
Depresyon Yönetimi Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	1,50±1,21 1,50 (-1-5)	-0,07±0,76 0 (-2-5)	^a 0,001**
Öz-Etkililik Toplam Eğitim Öncesi	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	3,42±1,31 3,50 (1,50-6,30)	3,05±0,72 3 (1,90-4,90)	^a 0,044*
Öz-Etkililik Toplam Eğitim Sonrası (3.ay)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	5,30±1,07 5,40 (3,30-7,90)	3,02±0,68 2,95 (1,80-4,50)	^a 0,001**
Değişim	p	^b 0,001**	^b 0,439	
Öz-Etkililik Toplam Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Ort±Ss Medyan (Min-Maks)	1,87±0,90 1,85 (-0,60-3,30)	-0,02±0,37 -0,10 (-1-0,80)	^a 0,001**

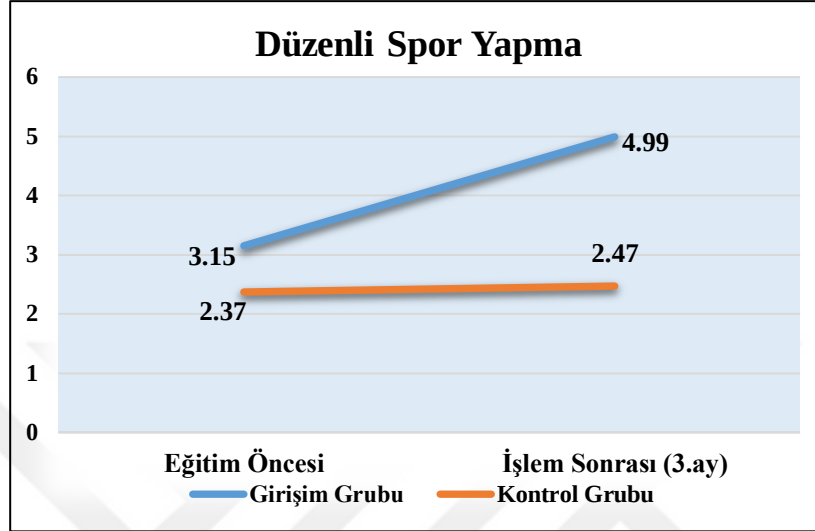
^aMann-Whitney U Test

^bWilcoxon Signed Rank Test

^cStudent-T Test

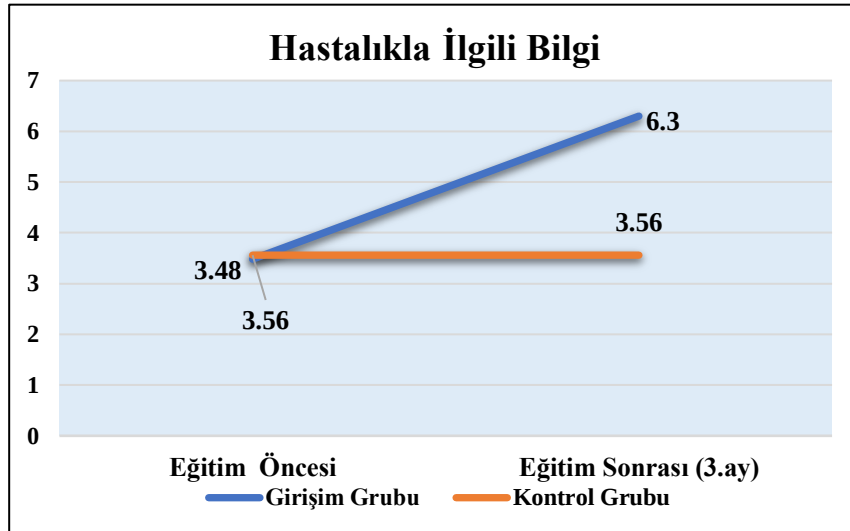
^dPaired Samples Test *p<0,05**p<0,01

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde düzenli spor yapma alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,002$; $p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-2).



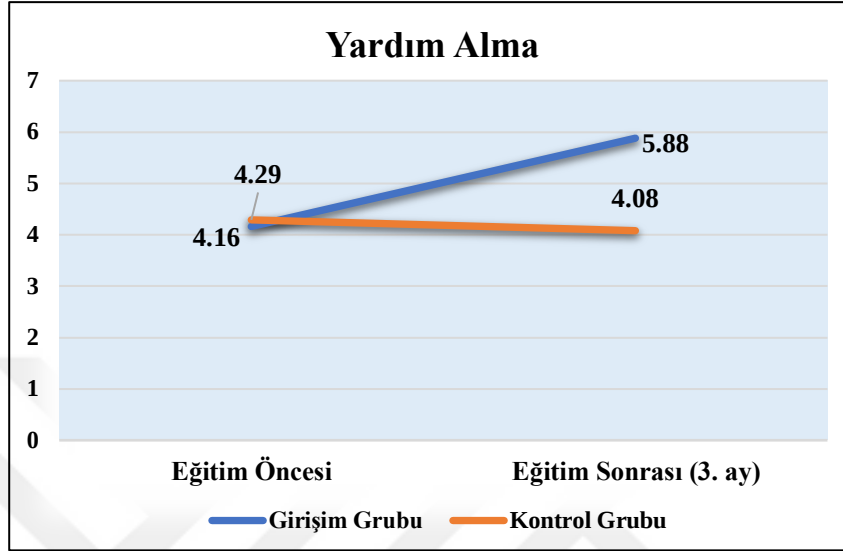
Şekil 4-2: Gruplara Göre Düzenli Spor Yapma Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde hastalıkla ilgili bilgi alma alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-3).



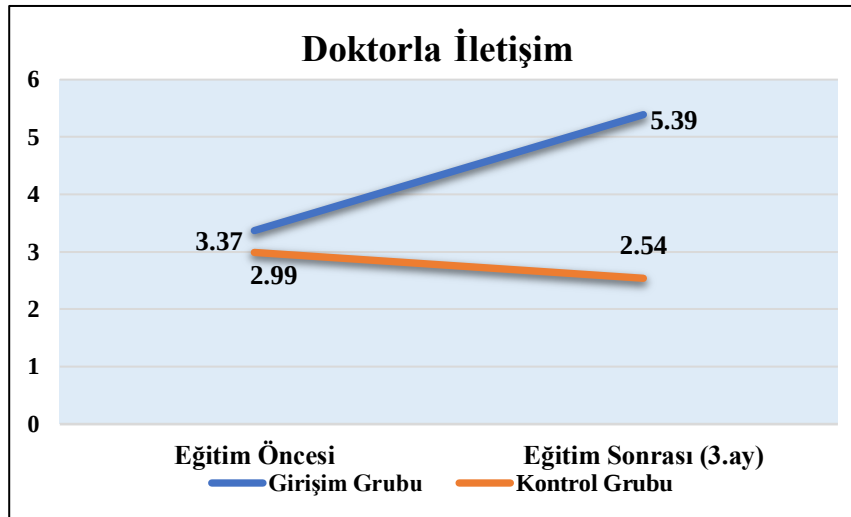
Şekil 4-3: Gruplara Göre Hastalıkla İlgili Bilgi Alma Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde yardım alma alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-4).



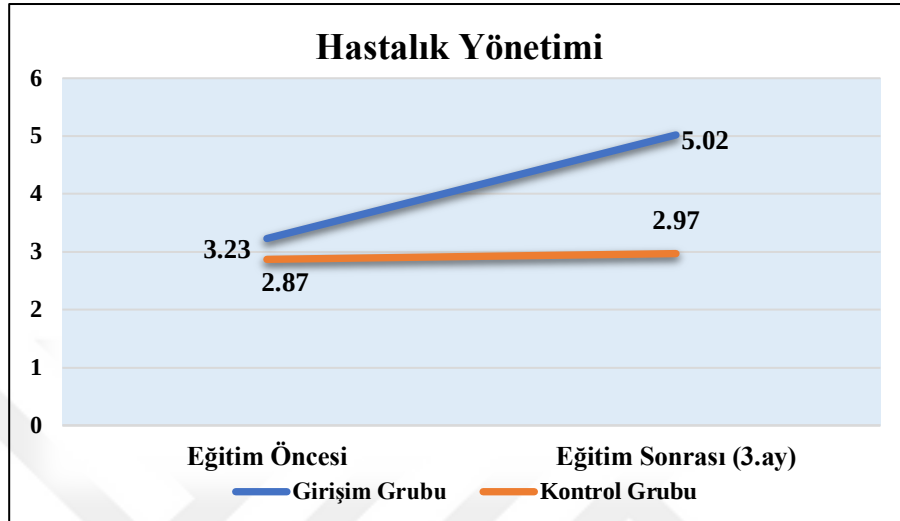
Şekil 4-4: Gruplara Göre Yardım Alma Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde doktorla iletişim alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-5).



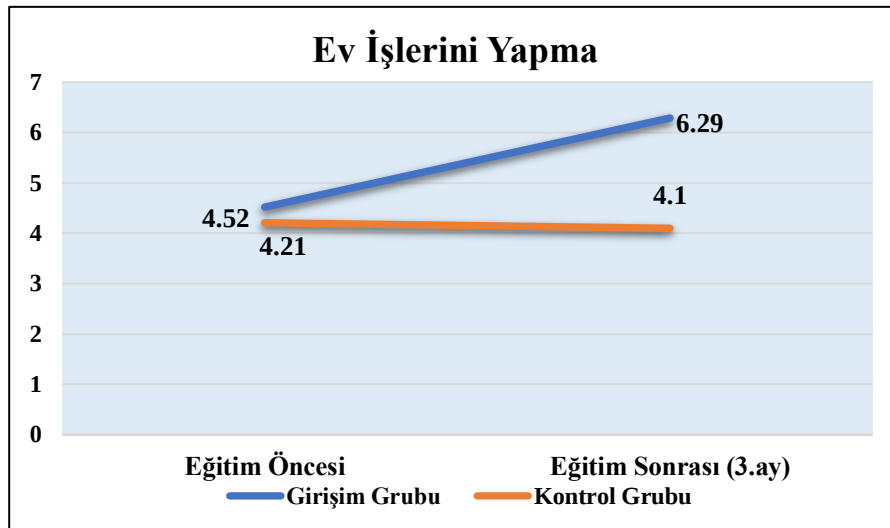
Şekil 4-5: Gruplara Göre Doktorla İletişim Kurma Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde hastalık yönetimi alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-6).



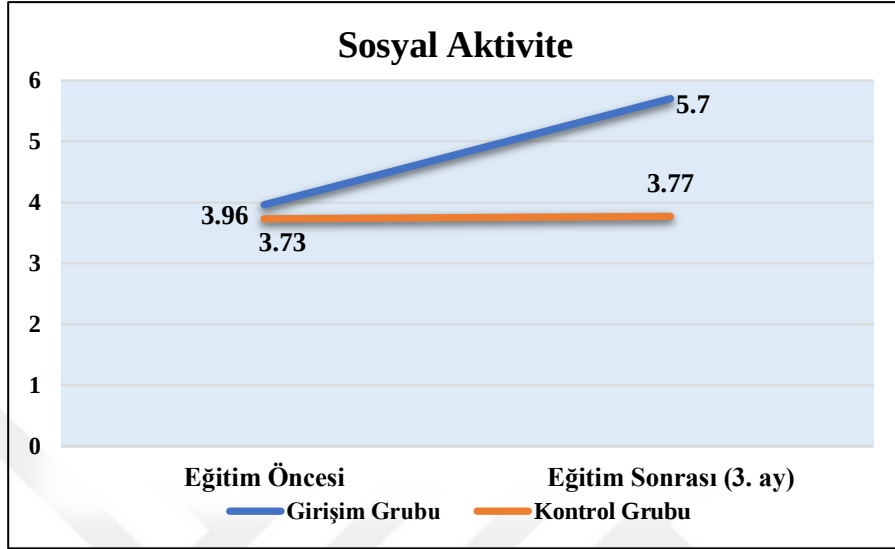
Şekil 4-6: Gruplara Göre Hastalık Yönetimi Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde ev işlerini yapma alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-7).



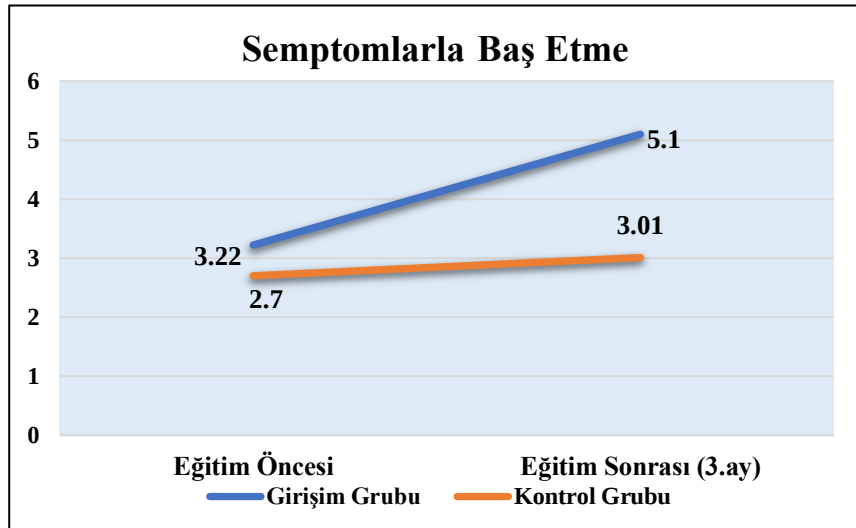
Şekil 4-7: Gruplara Göre Ev İşlerini Yapma Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde sosyal aktivite alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-8).



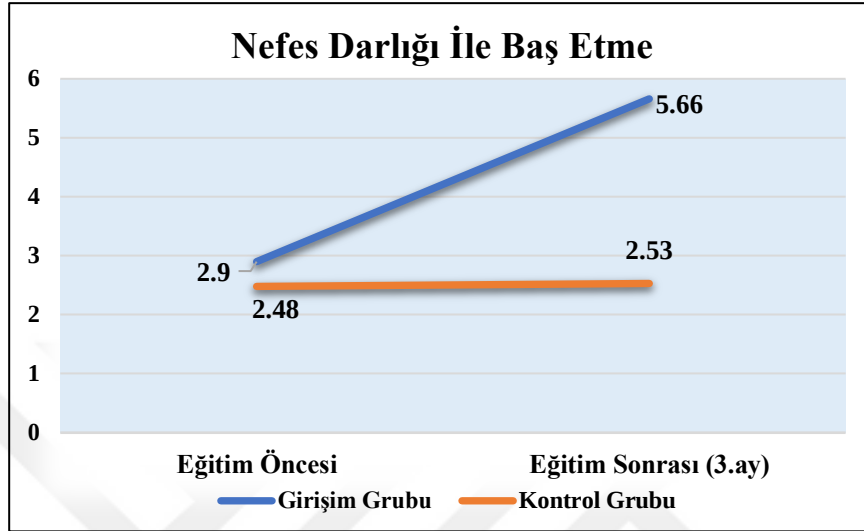
Şekil 4-8: Gruplara Göre Sosyal Aktivite Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde semptomlarla baş etme alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-9).



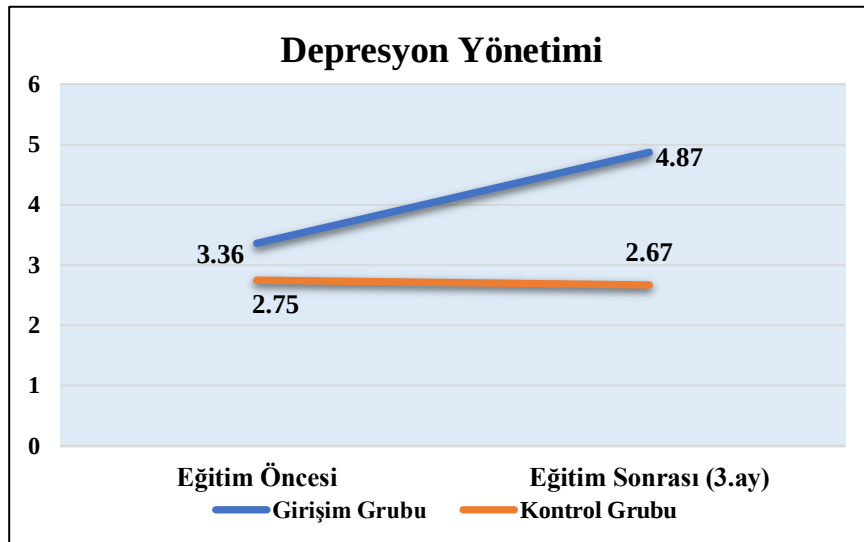
Şekil 4-9: Gruplara Göre Semptomlarla Baş Etme Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde nefes darlığı ile baş etme alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-10).



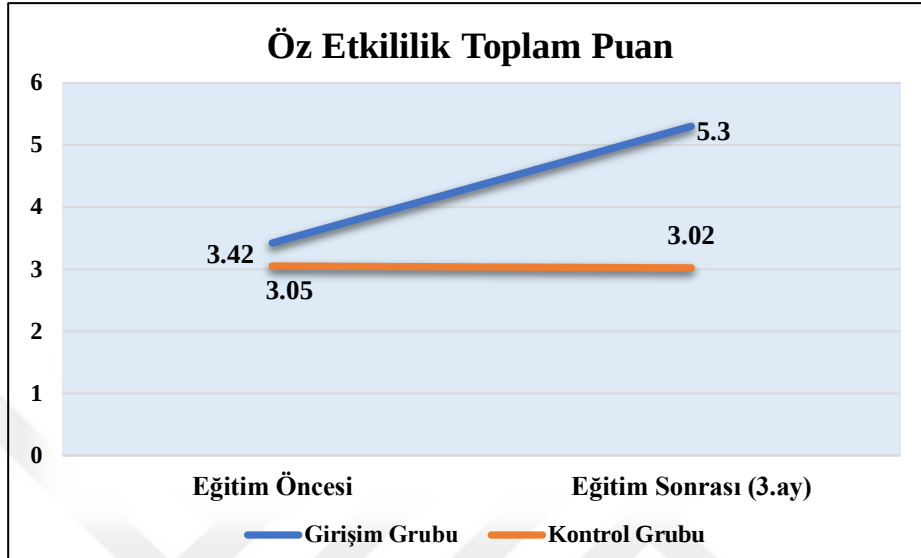
Şekil 4-10: Gruplara Göre Nefes Darlığı İle Baş Etme Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde depresyon yönetimi alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-11).



Şekil 4-11: Gruplara Göre Depresyon Yönetimi Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde öz etkililik puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-4, Şekil 4-12).



Şekil 4-12: Gruplara Göre Öz Etkililik Toplam Puanlarının Dağılımı

4.4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

“H4: Girişim grubunun eğitim sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı kontrol grubundan daha yüksektir.” hipotezinden hareketle girişim grubu ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3.ay) SYBDÖ II puanları incelenmiştir. SYBDÖ II alt boyut puan ortalamalarının gruplara göre karşılaştırmalarına Tablo 4-5’te yer verilmiştir.

Tablo 4-5:Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre SYBDÖII Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Kişilerarası İlişki	Ort±Ss	23,55±3,94	21,68±3,19	^a 0,005**
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	24 (17-31)	21 (15-30)	
Kişilerarası İlişki	Ort±Ss	27,32±2,68	22,00±2,94	^a 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	27,50 (19-34)	21,50 (18-28)	
	p	^b0,001**	^b0,017*	
Değişim				
Kişilerarası İlişki	Ort±Ss	3,77±3,46	0,31±1,11	^a 0,001**
Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	3 (-7-12)	0 (-4-3)	
Beslenme	Ort±Ss	22,30±2,53	20,50±3,29	^a 0,001**
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	23 (16-28)	20,50 (12-29)	
Beslenme	Ort±Ss	28,28±3,35	21,90±3,28	^a 0,001**
Eğitim Sonrası	Medyan (Min-Maks)	28 (22-47)	22 (14-30)	
	p	^b0,001**	^b0,001**	
Değişim				
Beslenme	Ort±Ss	5,98±3,27	1,40±1,44	^a 0,001**
Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	5 (1-23)	1 (-2-6)	
Sağlık Sorumluluğu	Ort±Ss	16,56±3,60	17,35±2,86	^a 0,190
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	17 (10-24)	17 (12-25)	
Sağlık Sorumluluğu	Ort±Ss	24,76±3,13	18,98±2,78	^a 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	25,50 (18-33)	18,50 (12-26)	
	p	^b0,001**	^b0,001**	
Değişim				
Sağlık Sorumluluğu	Ort±Ss	8,20±3,76	1,63±1,98	^a 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	8 (1-16)	1 (-1-7)	
Fiziksel Aktivite	Ort±Ss	11,73±2,70	11,85±2,58	^a 0,711
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	11 (8-18)	12 (8-19)	
Fiziksel Aktivite	Ort±Ss	21,28±3,18	14,33±2,62	^a 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	22 (12-28)	15 (8-20)	
	p	^b0,001**	^b0,001**	
Değişim				
Fiziksel Aktivite	Ort±Ss	9,55±3,52	2,48±1,98	^a 0,001**
Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	10 (-3-16)	2 (-2-6)	

^aMann-Whitney U Test

^bWilcoxon Signed Rank Test

^cStudent-T Test

^dPaired Samples Test *p<0,05

**p<0,01

Tablo 4-5 (devam): Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre SYBDÖII Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

		Girişim (n=60)	Kontrol (n=60)	p
Stres Yönetimi	Ort±Ss	16,08±3,07	16,91±2,81	^c 0,125
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	15 (11-24)	16 (12-24)	
Stres Yönetimi	Ort±Ss	22,65±2,66	17,43±2,63	^a 0,001**
Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	23,50 (16-28)	17 (13-24)	
	p	^b0,001**	^b0,001**	
Değişim				
Stres Yönetimi	Ort±Ss	6,56±3,36	0,51±0,98	^a 0,001**
Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	7 (-3-13)	0 (-1-3)	
Manevi Gelişim	Ort±Ss	23,23±3,96	21,88±3,26	^c 0,033*
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	23,50 (13-31)	21 (17-30)	
Manevi Gelişim	Ort±Ss	27,35±2,52	21,96±3,11	^a 0,001**
Eğitim Sonrası	Medyan (Min-Maks)	27 (21-32)	21 (16-29)	
	p	^b0,001**	^b0,414	
Değişim				
Manevi Gelişim	Ort±Ss	4,11±3,57	0,08±0,96	^c 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3.ay)	Medyan (Min-Maks)	4 (-6-13)	0 (-3-3)	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Toplam	Ort±Ss	113,21±16,78	109,56±14,66	^c 0,200
Eğitim Öncesi	Medyan (Min-Maks)	114 (79-143)	107 (85-142)	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Toplam	Ort±Ss	151,18±24,85	116,73±14,84	^c 0,001**
Eğitim Sonrası	Medyan (Min-Maks)	154,50 (116-188)	114 (92-149)	
	p	^b0,001**	^b0,001**	
Değişim				
Sağlıklı Yaşam Biçimi Toplam	Ort±Ss	37,96±17,90	7,16±5,97	^a 0,001**
Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası (3. ay)	Medyan (Min-Maks)	36,50 (-17-73)	6,50 (-8-26)	

^aMann-Whitney U Test

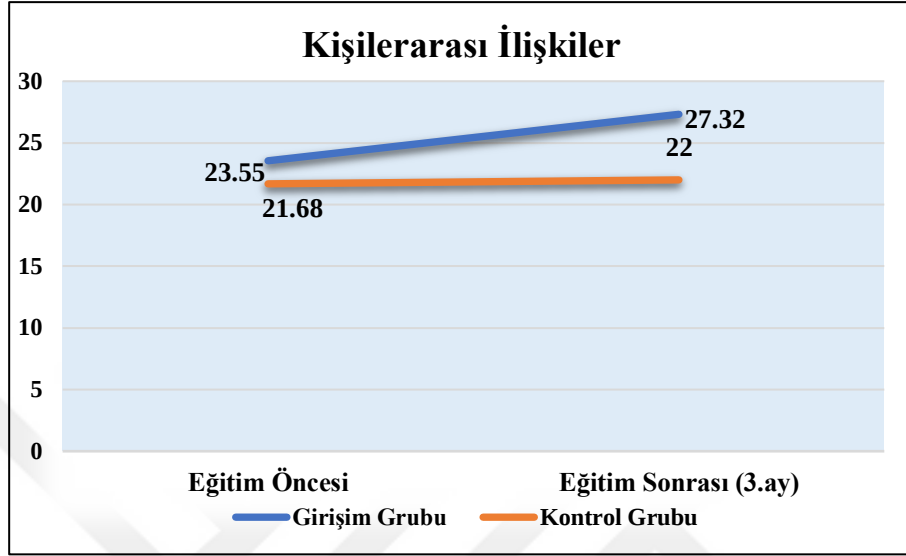
^bWilcoxon Signed Rank Test

^cStudent-T Test

^dPaired Samples Test *p<0,05

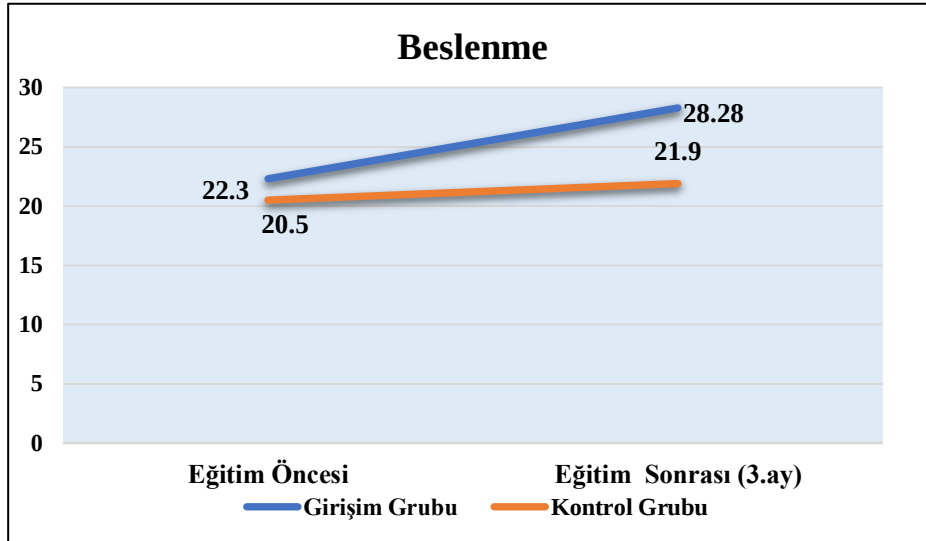
**p<0,01

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde kişiler arası ilişkiler alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-5, Şekil 4-13).



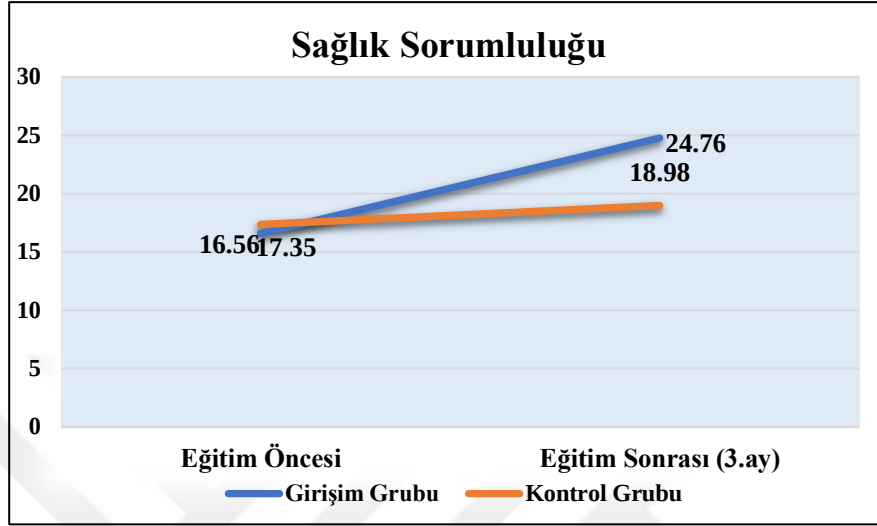
Şekil 4-13: Gruplara Göre Kişilerarası İlişkiler Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3.ay) kontrolünde beslenme alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-5, Şekil 4-14).



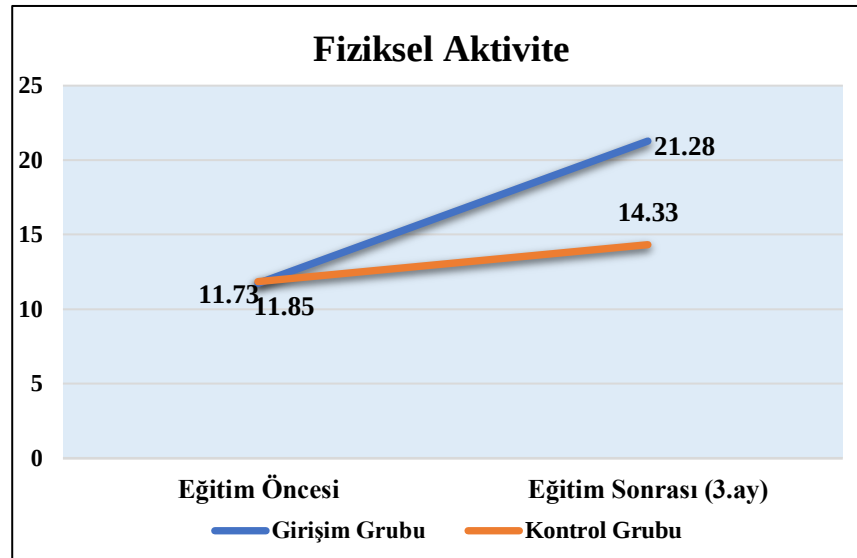
Şekil 4-14: Gruplara Göre Beslenme Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde sağlık sorumluluğu alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-5, Şekil 4-15).



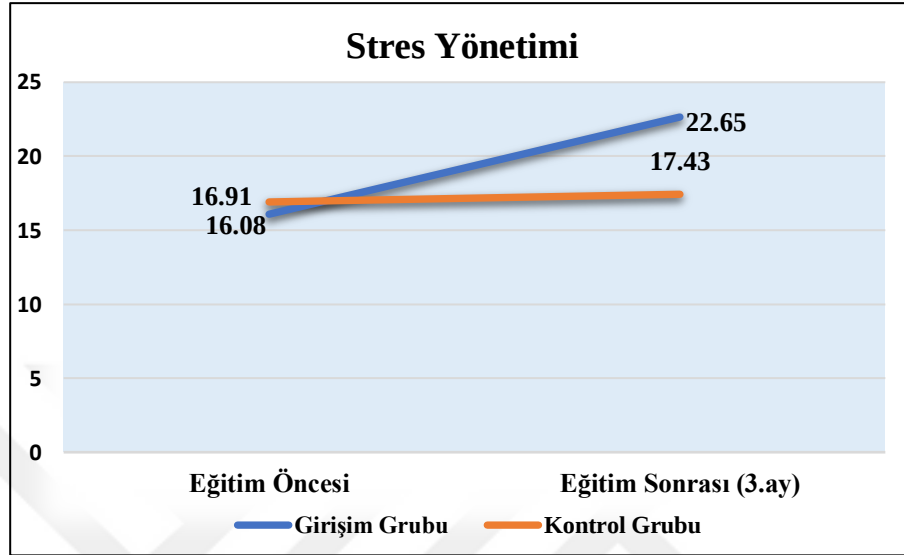
Şekil 4-15: Gruplara Göre Sağlık Sorumluluğu Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde fiziksel aktivite alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-5, Şekil 4-16).



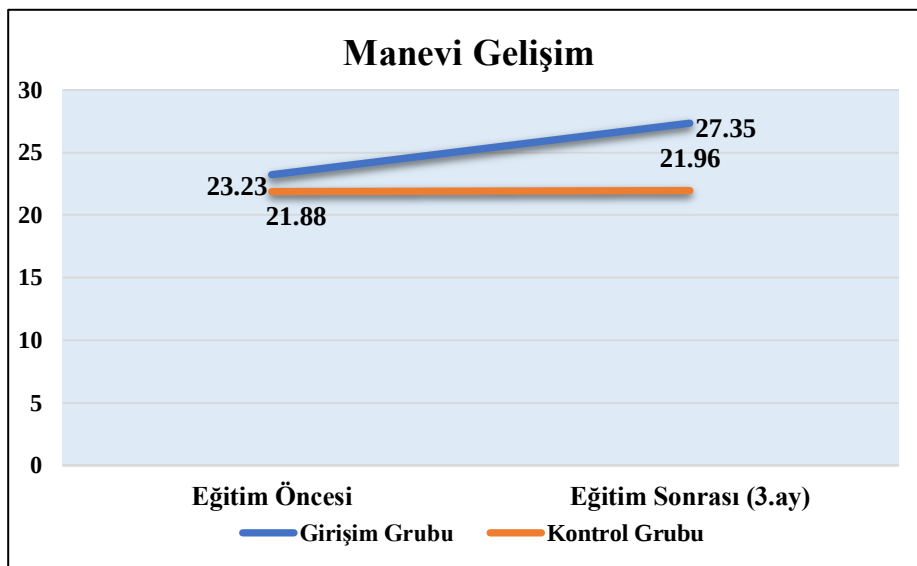
Şekil 4-16: Gruplara Göre Fiziksel Aktivite Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde stres yönetimi alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-5, Şekil 4-17).



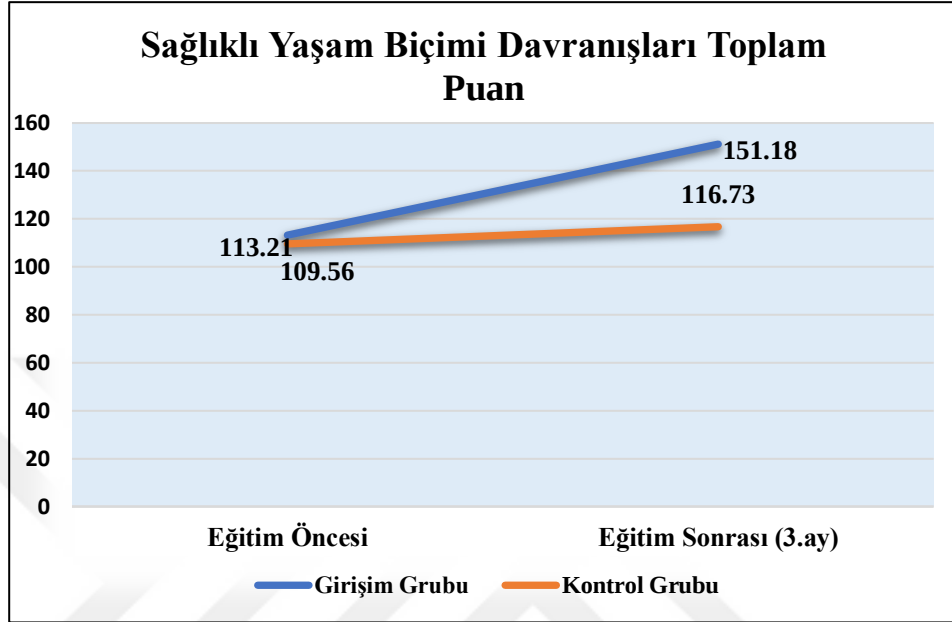
Şekil 4-17: Gruplara Göre Stres Yönetimi Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde manevi gelişim alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-5, Şekil 4-18).



Şekil 4-18: Gruplara Göre Manevi Gelişim Puanının Dağılımı

Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3. ay) kontrolünde sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p=0,001$; $p<0,01$). Girişim grubundaki fark daha yüksektir (Tablo 4-5, Şekil 4-19).



Şekil 4-19: Gruplara Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Toplam Puanların Dağılımı

4.5. Hastaların Kan Değerleri (Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) Antropometrik Ölçüm Değerleri (boy, kilo, BKİ) ve Kan Basıncı Ölçüm Değerlerine İlişkin Bulgular

“H5: Girişim grubunun eğitim sonrasında kolesterol, trigliserid, LDL ve açlık kan şekeri değerleri kontrol grubundan daha düşüktür, HDL değerleri daha yüksektir.”

“H6: Girişim grubunun eğitim sonrasında kilo ve BKİ değerleri kontrol grubundan daha düşüktür, kan basıncı değerleri stabildir.” hipotezlerinden hareketle girişim grubu ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası (3.ay) kan ve antropometrik ölçüm değerlerinin sonuçları incelenmiştir. Gruplara göre hastaların kan değerlerine ilişkin bulgular Tablo 4-6’da, antropometrik ölçüm değerlerine ilişkin bulgulara ise Tablo 4-7’de yer verilmiştir.

Tablo 4-6:Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Hastaların Kan Değerlerinin Karşılaştırması

		Girişim (n:60)	Kontrol (n:60)	p
Total Kolesterol (Eğitim Öncesi)	<i>Ort±Ss</i>	201,78±53,32	204,36±42,02	^c 0,769
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	197 (83-334)	208 (111-289)	
Total Kolesterol (Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	115,50±22,57	162,61±33,77	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	110 (65-70)	171,5 (92-220)	
	p	^b 0,001**	^b 0,001**	
Değişim				
Total Kolesterol (Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	-86,28±51,95	-41,75±29,20	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	-76 (-200 / -8)	-32,50 (-135 / -1)	
Trigliserid (Eğitim Öncesi)	<i>Ort±Ss</i>	203,35±89,05	215,41±105,13	^c 0,499
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	187 (62-606)	196 (72-695)	
Trigliserid (Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	106,55±27,30	169,81±77,16	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	100 (53-210)	146,5 (72-467)	
	p	^b 0,001**	^b 0,001**	
Değişim				
Trigliserid (Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	-96,80±79,52	-45,60±48,59	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	-82 (-7-60)	-34 (-228-49)	
LDL (Eğitim Öncesi)	<i>Ort±Ss</i>	154,76±50,85	149,58±37,31	^c 0,526
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	148 (50-288)	146,5 (66-247)	
LDL (Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	84,30±14,63	119,35±26,98	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	85 (40-116)	120 (54-189)	
	p	^b 0,001**	^b 0,001**	
Değişim				
LDL (Eğitim Öncesi- Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	-70,46±47,47	-30,23±25,76	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	-62 (-200 - -5)	-26,50 (-127-7)	

Tablo 4-6 (devam): Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Hastaların Kan Değerlerinin Karşılaştırması

		Girişim (n:60)	Kontrol (n:60)	<i>p</i>
HDL (Eğitim Öncesi)	<i>Ort±Ss</i>	37,16±8,69	36,10±9,21	^a 0,521
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	36 (24-69)	35 (20-60)	
HDL (Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	46,38±9,15	36,15±7,66	^c 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	45 (29-72)	35 (22-58)	
	<i>p</i>	^b0,001**	^b0,796	
Değişim				
HDL (Eğitim Öncesi - Eğitim Sonrası 3. ay)	<i>Ort±Ss</i>	9,21±7,27	0,05±4,70	^c 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	8,50 (-7-30)	0 (-17-9)	
Açlık Kan Şekeri Düzeyi (Eğitim Öncesi)	<i>Ort±Ss</i>	114,98±34,09	120,93±49,45	^a 0,467
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	105 (71-262)	100 (75-280)	
Açlık Kan Şekeri Düzeyi (Eğitim Sonrası 3.ay)	<i>Ort±Ss</i>	99,98±17,31	113,88±38,34	^a 0,184
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	96 (76-180)	102 (74-230)	
	<i>p</i>	^b0,001**	^b0,015*	
Değişim				
Açlık Kan Şekeri Düzeyi (Eğitim Öncesi - Eğitim Sonrası 3.ay)	<i>Ort±Ss</i>	-15,00±24,64	-7,05±21,95	^a 0,060

^aMann-Whitney U Test

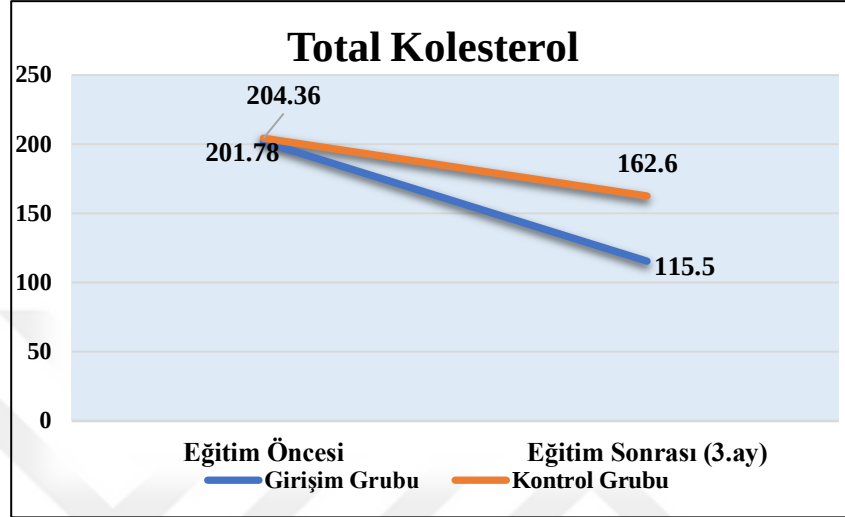
^bWilcoxon Signed Rank Test

^cStudent-T Test

^dPaired Samples Test **p*<0,05

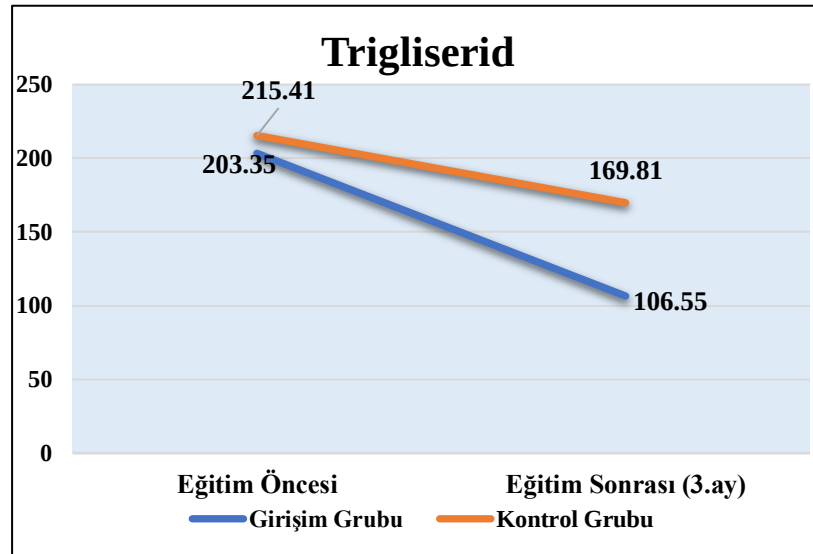
*****p*<0,01**

Hastaların eğitim öncesi total kolesterol değerleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); eğitim sonrası 3.ay total kolesterol değerleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve girişim grubundaki farkın daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4-6, Şekil 4-20).



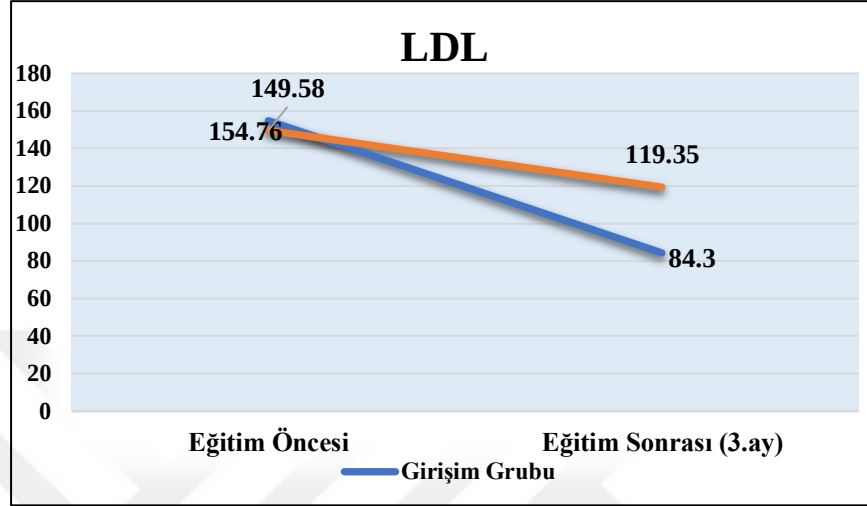
Şekil 4-20: Gruplara Göre Total Kolesterol Değerlerinin Dağılımı

Hastaların eğitim öncesi trigliserid değerleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); eğitim sonrası 3. ay trigliserid değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve girişim grubundaki farkın daha fazla olduğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4-6, Şekil 4-21).



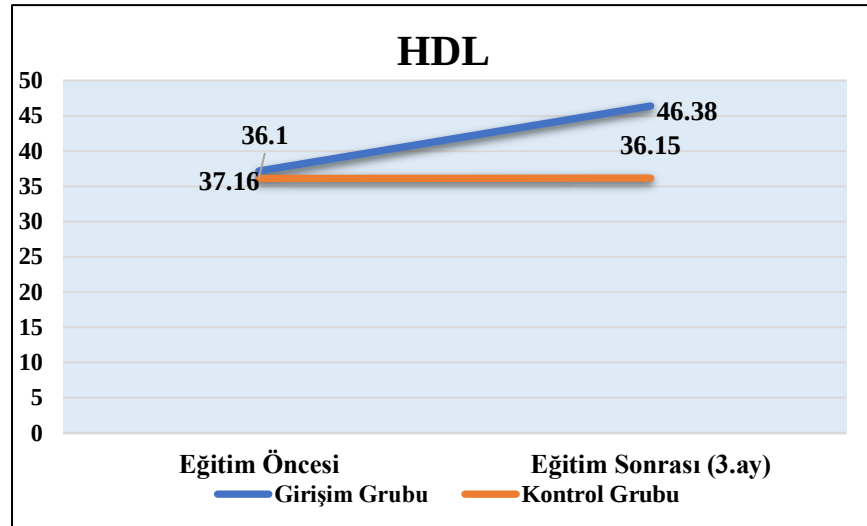
Şekil 4-21: Gruplara Göre Trigliserid Değerlerinin Dağılımı

Hastaların eğitim öncesi LDL değerleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); eğitim sonrası 3. ay LDL değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve girişim grubundaki farkın daha fazla olduğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4-6, Şekil 4-22).



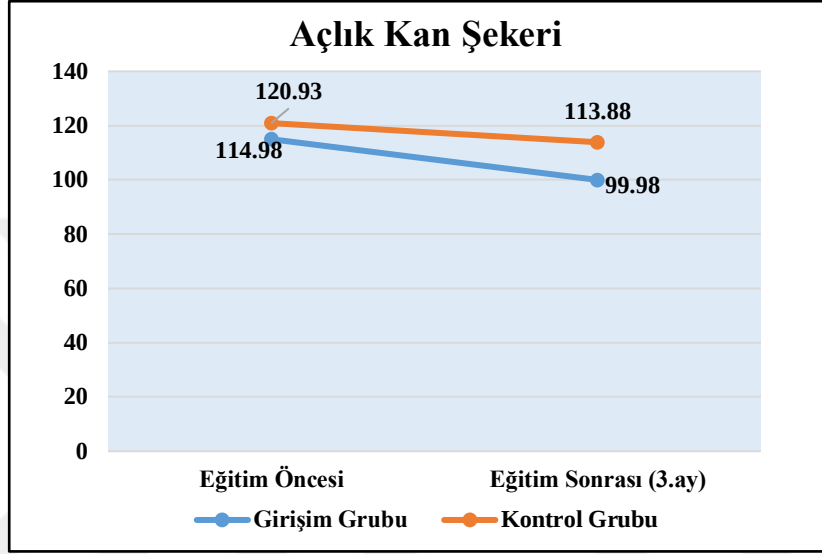
Şekil 4-22: Gruplara Göre LDL Değerlerinin Dağılımı

Hastaların eğitim öncesi HDL değerleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); eğitim sonrası 3. ay HDL değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ve girişim grubundaki farkın daha fazla olduğu olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4-6, Şekil 4-23).



Şekil 4-23: Gruplara Göre HDL Değerlerinin Dağılımı

Hastaların eğitim öncesine göre 3.ay kontrol açlık kan şekeri değerleri girişim grubunda $15,00 \pm 24,64$ 'lük düşüş ve kontrol grubunda $7,05 \pm 21,95$ 'lik düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$; $p=0,015$; $p<0,01$; $p<0,05$). Girişim ve kontrol grupları arasında eğitim öncesi ve sonrası 3. ay açlık glikoz değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-6, Şekil 4-24).



Şekil 4-24: Gruplara Göre Açlık Kan Şekeri Değerlerinin Dağılımı

Tablo 4-7:Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Hastaların Antropometrik Değerlerinin Karşılaştırması

		Girişim (n:60)	Kontrol (n:60)	p
Boy (Eğitim Öncesi)	Ort±Ss	170,23±6,44	169,06±6,81	^c 0,337
	Medyan (Min-Maks)	170 (155-187)	170 (155-180)	
Boy (Eğitim Sonrası 3. ay)	Ort±Ss	170,31±6,40	169,23±6,71	^c 0,367
	Medyan (Min-Maks)	170 (155-187)	170 (155-180)	
p		^d 0,167	^d 0,321	
Değişim				
Boy (Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası 3.ay)	Ort±Ss	0,08±0,46	0,16±1,29	^c 0,639
	Medyan (Min-Maks)	0 (0-3)	0 (0-10)	
Kilo (Eğitim Öncesi)	Ort±Ss	80,13±12,44	82,95±9,66	^c 0,169
	Medyan (Min-Maks)	78 (56-130)	85 (60-110)	
Kilo (Eğitim Sonrası 3.ay)	Ort±Ss	78,30±11,28	82,88±9,43	^c 0,017*
	Medyan (Min-Maks)	76 (56-130)	85 (63-107)	
p		^d 0,001**	^d 0,796	
Değişim				
Kilo (Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası 3. ay)	Ort±Ss	-1,83±2,87	-0,06±1,99	^c 0,001**
	Medyan (Min-Maks)	-2 (-8-5)	0 (-6-4)	
BKİ (Eğitim Öncesi)	Ort±Ss	27,79±4,66	29,09±3,58	^c 0,092
	Medyan (Min-Maks)	27 (20,80-50,80)	29,40 (22,20-36,90)	
BKİ (Eğitim Sonrası 3. ay)	Ort±Ss	27,07±4,32	29,10±34,21	^c 0,006**
	Medyan (Min-Maks)	26,05 (20,80-50,80)	29,40 (21,20-36,10)	
p		^d 0,001**	^d 0,890	
Değişim				
BKİ (Eğitim Öncesi-Eğitim Sonrası 3. ay)	Ort±Ss	-0,72±0,97	0,01±0,64	^c 0,001**
	Medyan (Min-Maks)	-0,75 (-2,80-1,60)	0 (-1,10-1,30)	

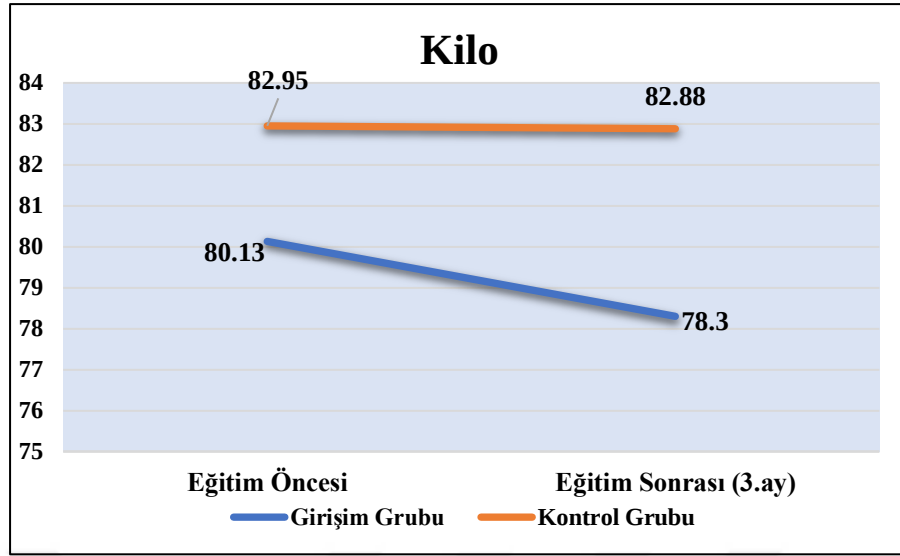
^aMann-Whitney U Test
**p<0,01

^bWilcoxon Signed Rank Test

^cStudent-T Test

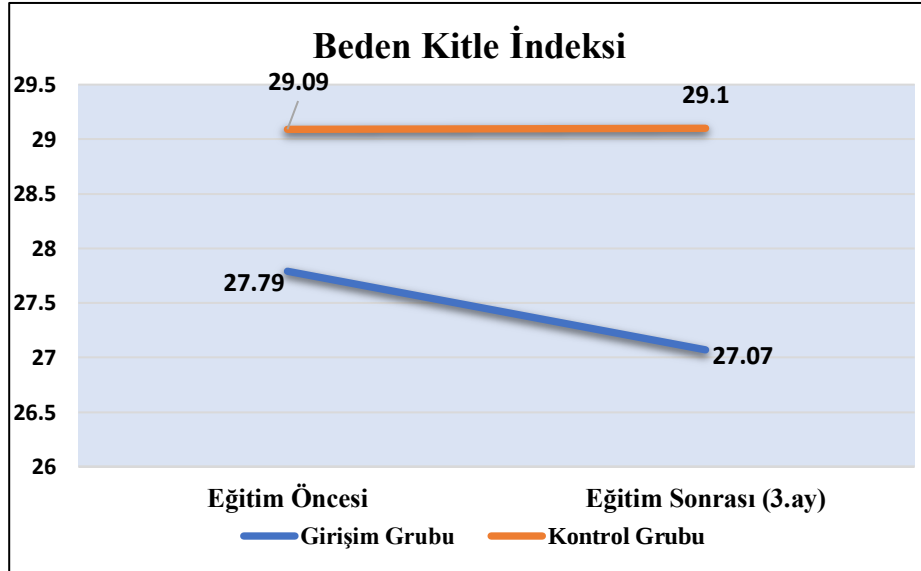
^dPaired Samples Test *p<0,05

Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası 3. ay boy değerleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Hastaların eğitim öncesi kilo değerleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken (p>0,05); eğitim sonrası 3. ay kilo değerlerinin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p=0,017; p<0,05) ve girişim grubundaki farkın 1,83±2,87'lik düşüş ile kontrol grubundan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,001; p<0,01). (Tablo 4-7, Şekil 4-25).



Şekil 4-25: Gruplara Göre Kilo Değerlerinin Dağılımı

Hastaların işlem öncesi BKİ değerleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermezken ($p>0,05$); 3. ay BKİ değerlerinin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p=0,006$; $p=0,001$; $p<0,01$) ve girişim grubundaki farkın $0,72\pm0,97$ 'lik düşüş ile kontrol grubundan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0,001$; $p<0,01$). (Tablo 4-7, Şekil 4-26).



Şekil 4-26: Gruplara Göre BKİ Değerlerinin Dağılımı

Hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası 10. gün ve 3. ay kan basıncı ölçüm değerleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Girişim ve kontrol gruplarında takipler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 4-8, Şekil 4-27).

Tablo 4-8:Girişim ve Kontrol Grubuna Göre Hastaların Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırması

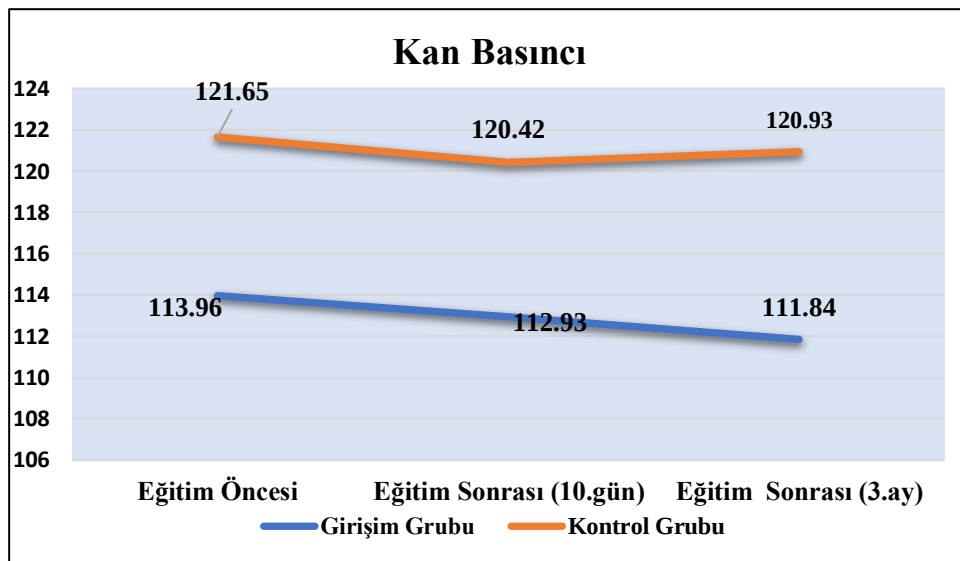
		Girişim	Kontrol	p
Kan Basıncı Eğitim Öncesi	<i>Ort±Ss</i>	113,96±11,10	121,65±12,05	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	113,20 (80,50-113,20)	120,80 (90,60-150,80)	
Kan Basıncı Eğitim Sonrası 10. Gün Kontrol	<i>Ort±Ss</i>	112,93±10,31	120,42±8,65	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	118,10 (90,60-130,90)	120,75 (100,6-140,8)	
Kan Basıncı Eğitim Sonrası 3. Ay Kontrol	<i>Ort±Ss</i>	111,84±9,60	120,93±8,37	^a 0,001**
	<i>Medyan (Min-Maks)</i>	110,75 (90,5-120,85)	120,80 (100,6-140,8)	
p		^e 0,874	^e 0,110	

^aMann-Whitney U Test

^eFriedman's Two-Way Analysis Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$



Şekil 4-27: Gruplara Göre Kan Basıncı Değerlerinin Dağılımı

4.6. Telefonla Gönderilen Mesajlara İlişkin Bulgular

Girişim grubu hastalarına taburculuktan sonra 12 hafta boyunca haftada bir olmak üzere toplam 720 kısa mesaj gönderilmiş ve toplam 620 yanıt alınmıştır. Hastalara gönderilen mesajlar ve yanıtlarına ilişkin bulgular şöyledir:

1. hafta mesajına *“Merhaba sağlıklı günler; Kan sulandırıcı ilaçlarınızı düzenli almanız stentinizin tıkanmasını önlemek adına oldukça önemlidir. Lütfen ilaçlarınızı size tarif edilen şekilde almaya özen gösteriniz. İlaçlarınızı aldıysanız mesajıma evet yazar mısınız?”* hastalardan *“İlacımı içtim”, “Evet içtim.”* yanıtları alınmıştır.
2. hafta mesajına *“Merhaba sağlıklı günler; Kalp damarlarım artık tıkalı değil stentim var tedavim tamamlandı diye düşünüyor olabilirsiniz. Unutmayın! Asıl tedaviniz şimdi başlıyor. Kalbinizin sağlıklı halini korumak sizin elinizde. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bunu basitçe yapabileceğinizi biliyorsunuz. Hadi sıra sizde.”* hastalardan *“Kalbime iyi bakıyorum”, “Damarlarımın tıkanmaması için söylediklerinizi yapıyorum”* yanıtları alınmıştır.
3. hafta mesajına *“Merhaba sağlıklı günler; Stres, öfke, kaygı ve gerginlik duyguları ile aranız nasıl? Kalp damar hastalıkları riskini artıran nedenler arasında önemli bir yere sahip olduklarını unutmadınız sanırım. Bu mesajı okuduysanız eğer şimdi evet tam şimdi derin bir nefes alıp yavaşça verin. Bunu sadece nefesinize odaklanarak birkaç kez tekrarlayın. Deneyin! Farkı göreceksiniz.”* hastalardan *“Nefesimi çalıştırdım”, “Nefesimi tuttum yediye kadar saydım.”* yanıtları alınmıştır.
4. hafta mesajına *“Merhaba sağlıklı günler; Şişmanlık karın ve kalça bölgesinde oluşan yağlanmalar kalp damar sağlığınız için ciddi tehdit oluşturmaktadır. Taburculuk sonrası kilo kontrolünüzü sağlayabildiniz mi? Kilo kontrolünüzü sağlayarak kalp sağlığınızı korumada ciddi bir adım atabilirsiniz.”* hastalardan *“Kilo verdim.”, “Yediklerime dikkat ediyorum.”* yanıtları alınmıştır.

5. hafta mesajına “*Merhaba sağlıklı günler; Kalp damar sağlığınız için günde 6-8 saat ve kaliteli uyuyun. Kaliteli ve düzenli bir uyku tansiyonunuzu düzenler, düzensiz kalp ritmi olasılığını ve kalp krizi riskini azaltır. Her gün aynı saatte yatıp aynı saatte yatmaya gayret ediniz.*” hastalardan “*Tansiyonum düzeldi*”, “*Uykuma dikkat ediyorum.*” yanıtları alınmıştır.
6. hafta mesajına “*Merhaba sağlıklı günler; Sağlıklı beslenmenin hayatımızda ne kadar önemli olduğunu biliyor musunuz? Kalbiniz için bu sabah kahvaltıda poğaça, börek yemek yerine bol yeşillikle ve tahıllı bir ekmekle kahvaltı etmeye ne dersiniz? Sağlıklı bir yaşam için kalbinizin sevdiği yiyecekleri tercih etmeyi unutmayın.*” hastalardan “*Sağlıklı yiyecekler yiyorum.*”, “*Yağlı, tuzlu yiyecek yemiyorum.*” yanıtları alınmıştır.
7. hafta mesajına “*Merhaba sağlıklı günler; Bugün hadi biraz hareket edelim. Sağlıklı bir yaşam için en ucuz ve kolay yaklaşımın egzersiz olduğunu, ölçülü ve uygun egzersizin kalp hastalığından sizi koruduğunu unutmayın. Hadi hareket zamanı! Açık havada biraz yürüyüş hem size hem kalbinize iyi gelecektir.*” hastalardan “*Evet yaptım.*”, “*Yürüyüş yaptım.*” yanıtları alınmıştır.
8. hafta mesajına “*Merhaba sağlıklı günler; Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Aynaya bakıp kendinize gülümseyin. Derin nefes alıp yavaşça verin. Sevdiklerinizi düşünün. Yaşamak, nefes almak çok güzel öyle değil mi? Hele ki sağlığınız yerinde ise. Unutmayın siz sağlıklı yaşamayı tercih ederek çok büyük bir adım attınız. Çok iyi gidiyorsunuz. Bu yolda devam edin.*” hastalardan “*İyi hissediyorum.*”, “*Bugün iyiyim.*” yanıtları alınmıştır.
9. hafta mesajına “*Merhaba sağlıklı günler; Kalp sağlığını korumak adına bazı davranış değişiklikleri girdi yaşamınıza. Belki biraz zorlandığınız zamanlar oluyor. Ama pes etmek yok. Biliyor musunuz bir davranışı 21 gün boyunca hiç ara vermeden tekrar etmek, beynimizdeki bağlantılar sayesinde o davranışın alışkanlık haline gelmesini sağlıyor. Kalp sağlığınıza iyi gelen her şeyi bu sayede hayatınıza çok kolay uyumlayabileceğinizi unutmayın.*” hastalardan “*Bana anlatılanları yapıyorum*”, “*Hemşire hanım bana söylediklerinizi yaptım.*” yanıtları alınmıştır.

10. hafta mesajına *“Merhaba sağlıklı günler; Uzmanlara dünyada ortalama 126,5 milyon insanın kalp hastalığı ile yaşadığını söylüyor. Bunlardan biri de sizsiniz. Birçok insan kalp hastalığını kendi attığı adımlarla yönetebiliyor. Tıpkı sizin gibi. Yapamadıysanız bile bir adım atmak için henüz geç değil.”* hastalardan *“Bana verdiğiniz kitaptakileri yapıyorum.”*, *“Hemşiremin dediklerini yaptım.”* yanıtları alınmıştır.
11. hafta mesajına *“Merhaba sağlıklı günler; Kalp ve damar sağlığınız için öncelikle kendinizi tanıyın. İçinde bulunduğunuz risk faktörlerini yaş, genetik ya da çevre gibi. Bunları bilmek kalp sağlığınızı korumak için atacağınız en önemli adım olacaktır. Riskleri bilir ve yaşantınız buna göre değiştirir, önlemler alırsanız büyük oranda yol almış olursunuz.”* hastalardan *“Kalbimi hasta eden şeyleri öğrendim.”*, *“Hastalığımın tekrar olmaması için dikkat ediyorum.”* yanıtları alınmıştır.
12. hafta mesajına *“Merhaba sağlıklı günler; Artık çabalarınızın karşılığını görme yani kontrol zamanı. Gelin birlikte kalbiniz için yaptıklarınızı değerlendirelim. Lütfen size belirtilen tarihte kontrol randevunuza gelmeyi ihmal etmeyiniz.”* hastalardan *“Haftaya kontrolüme geleceğim.”* *“Kontrol randevuma geleceğim.”* yanıtları alınmıştır.

5. TARTIŞMA

Planlı perkütan koroner girişim uygulanan hastalara verilen eğitiminin öz yeterlilik ve sekonder koruma üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada elde edilen veriler değerlendirilmiş ve literatür ışığında aşağıdaki başlıklar doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Hastaların Bilgi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. Hastaların Kan Değerleri (Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) Antropometrik Ölçüm Değerleri (boy, kilo, BKİ) ve Kan Basıncı Ölçüm Değerlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Hastalığa İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma grubunda yer alan hastaların çoğunluğu erkek ve evlidir, eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Hastaların yaş ortalaması $60,85 \pm 9,51$ 'dir. Hastaların çoğunluğunun ailesinde kalp hastalığı öyküsü vardır ve daha önce hastalığı ile ilgili bilgi almamıştır. Girişim ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Girişim ve kontrol grubu homojen yapıdadır. Akgöz ve Gözüm'ün (2019) Türk aile sağlığı merkezlerinde kardiyovasküler hastalık riskini belirlemeye yönelik çalışmasında hastaların yaş ortalamasının $58,71 \pm 5,12$, %63,6'sının erkek, %90'ının evli olduğu, öğrenim düzeylerinin %29,3 ile ilköğretim, %30'unun emekli, %44'ünün ev hanımı, %50'sinin ailesinde kalp hastalığı öyküsü olduğu bulunmuştur. Erol ve diğ. (2020) Türkiye'de miyokard enfarktüsü hastaları semptom başlangıcından PKG sonrası hastaneden taburcu olana kadar araştırdıkları çalışmalarında kardiyovasküler hastalık nedeniyle yatışı yapılan hastaların %48,8'nin sigara kullandığı ve %37,9'unun diyabeti olduğunu saptamışlardır. Bayrak ve Oğuz (2021) KAH'nın öz bakımlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %73,4'ünün erkek, %48,6'sının 65 yaş ve üstü, %63,1'inin öğreniminin ilköğretim ve ortaokul düzeyinde olduğunu, %80'inin çalışmadığını, %77'sinin aile öyküsü olduğunu bulmuşlardır. Yıldırım ve Oğuz (2022) müzik ve doğa seslerinin PKG hastalarında anksiyete ve vital bulgular

üzerine etkisini inceledikleri çalışma sonuçlarında, %86'sının erkek ve yaş ortalamasını $57,8 \pm 10,3$ olduğu, eğitim düzeylerinin %62 ile ilk ve ortaokul olduğu ve %56'sının hastalık ve işlem hakkında bilgi almadığı sonucuna ulaşmışlardır. Uçar ve Canbolat (2021) KAH sahip bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumunu araştırdıkları çalışmalarında %54,2'sinin erkek, yaş ortalamasının $59,32 \pm 13,89$, %61,5'inin ilköğretim mezunu, %56,3'ünün gelir düzeyinin kısmen yeterli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılı itibarıyla yürütülen ve Türk toplumunun kalp sağlığını inceleyen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) taramasının sonuçlarında; KAH olan bireylerin yaş ortalamasının %88 ile 60-69, %68 ile 50-59 arasında olduğu, çoğunluğun erkek ve ilköğretim mezunu olduğu ile gelir düzeyinin yeterli olmadığı ve ailesinde kalp hastalığı öyküsü olduğu belirtilmiştir. Araştırmada hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma grubunun Türk toplumunda KAH olan bireylerin özelliklerini yansıtır nitelikte olduğu söylenebilir.

5.2. Hastaların Bilgi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanlarında grup içinde ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastaların eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanında oluşan değişimde anlamlı fark olduğu ve farkın girişim grubunda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Liu ve diğ. (2022) tarafından yapılan PKG hastalarında WeChat üzerinden verilen kardiyak rehabilitasyona yönelik eğitimin etkisini araştırdıkları çalışmada eğitim alan grubun eğitimden sonra bilgi puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alwardi ve Khuder'in (2022) PKG uygulanan hastalara taburculuk sonrasına yönelik verdikleri eğitim programının etkililiğini değerlendikleri çalışmada girişim grubundaki hastalarının eğitim sonrası bilgi puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuştur. Pederson ve diğ. (2022) tarafından kardiyak rehabilitasyon programı kapsamında hastalıkla başa çıkma stratejilerine yönelik eğitimin etkilerini araştırdıkları çalışmada; eğitim alan grubun bilgi puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Shi YJ ve diğ. (2022) tarafından yapılan PKG sonrası multidisipliner egzersiz yönetiminin hastalar üzerindeki etkilerini araştırdıkları çalışmada eğitim alan girişim grubu hastalarının bilgi puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Williamson ve diğ. (2021) tarafından yürütülen KAH hastalarına yönelik eğitimin bilgi, inanç ve tutum ile kardiyak rehabilitasyon üzerine etkisini araştırdıkları çalışmada eğitim alan hasta grubunun bilgi puanlarının almayan gruba göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Feng ve diğ. (2021) tarafından yapılan KAH olan bireylere hastalıkla ilgili bilgi, sağlık davranışları ve sağlık sonuçlarına yönelik verilen eğitimin etkisini sistematik inceleme ve meta-analiz yöntemi ile araştırdıkları çalışmada eğitim alan grupların hastalık ile ilgili bilgi puanlarının eğitim öncesine göre ve eğitim almayan gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kim ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada PKG sonrası kardiyak rehabilitasyon eğitim programına katılan hastaların hastalık ile ilgili bilgi puanlarının katılmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Goudarzi Rad ve diğ. (2021) tarafından yapılan KAH olan bireylere öz yeterlilik ve öz bakımı arttırmaya yönelik bireysel hasta eğitimi verdikleri çalışmada, girişim grubunun eğitim sonrası bilgi puanının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Rochelle (2020) çalışmasında KAH olan bireylere hemşireler tarafından verilen eğitimin hastalık bilgisi ve risk faktörleri üzerine etkisini araştırmış, eğitim alan grubun bilgi puanının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Shan ve diğ.’nin (2020) KAH olan yaşlı bireylerde eğitiminin etkisini araştırdıkları çalışmada eğitim alan hasta grubunun bilgi puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Darsin Singh ve diğ.’nin (2018) KAH olan bireylerde bilgi, tutum ve inançlarına yönelik verdikleri eğitimin etkisini araştırdıkları çalışmada, eğitim alan grubun bilgi puanlarının almayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Zhang ve diğ.’nin (2017) KAH olan bireylere Pender’in sağlığı geliştirme modeline temellenen ve hemşire tarafından verilen eğitimin etkisini araştırdıkları çalışmada eğitim uygulanan hastaların bilgi puanlarının eğitim öncesinden ve eğitim yapılmayan gruptan daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaların sonuçlarının araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Araştırma sonuçları girişim grubundaki hastalara verilen eğitimin etkili olduğunu göstermiştir. Kontrol grubundaki hastaların bilgi puanındaki artış ise araştırma sürecinde uygulanan bilgi testinin uyarıcı etkisine bağlanabilir. Araştırmanın; **“H1: Girişim grubunun eğitim sonrası bilgi puanı eğitim öncesi puanından daha yüksektir. H2: Girişim grubunun eğitim sonrası bilgi puanı kontrol grubunun eğitim sonrası bilgi puanından daha yüksektir.”** hipotezleri doğrulanmıştır.

5.3. Hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Etkililiklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası (3.ay) KHÖÖ düzenli spor yapma alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu kontrol grubunda anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrasında düzenli spor yapma algısı olumlu yönde artmıştır. Shi YJ ve diğ. (2022) tarafından PKG sonrası multidisipliner egzersiz yönetiminin hastalar üzerindeki etkisini araştırıldığı çalışmada, PKG sonrası mobil tabanlı egzersiz yönetimi uyguladıkları girişim grubu hastalarının öz etkililiklerinin arttığı buna paralel egzersiz yönetiminde daha başarılı oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Karthiye ve Cheng (2022) tarafından yapılan çalışmada, KAH olan bireylere motivasyonu arttırmaya yönelik 12 haftalık yüzyüze eğitim ile birlikte telefonla takibi uygulanmış, hastaların öz etkililiklerinin arttığı ve buna bağlı egzersiz, spor yapma ve fiziksel aktivite üzerine olumlu etkisi olduğu sonucu bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada girişim grubuna her hafta gönderilen egzersize yönelik mesajlara hastalar (*.....Sağlıklı bir yaşam için en ucuz ve kolay yaklaşımın egzersiz olduğunu, ölçülü ve uygun egzersizin kalp hastalığından sizi koruduğunu unutmayın.....*) “ *Evet yaptım.*”, *Yürüyüş yaptım*” şeklinde olumlu yanıtlar vermiştir. Bununla birlikte grubu hastalarının 3. Ay sonunda HDL değerlerinde artış saptanmıştır. HDL değerlerindeki artış hastaların fiziksel aktivite, spor yapma öz etkililik algısının artmasına paralel bu durumu davranışa dönüştürdüğü bir göstergesi olarak yorumlanmıştır. Bu sonuçlar girişim grubuna verilen eğitimin hastalarının düzenli bir şekilde spor ve fiziksel aktivitelerinde etkili olduğunu göstermiştir.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası (3.ay) KHÖÖ hastalıkla ilgili bilgi alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu, kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunda eğitim sonrası hastalıkla ilgili bilgi alt boyutunda anlamlı artış olmuştur. Jiang ve diğ.’nin (2020a) çalışmasında KAH hastalığı olan bireylere hemşireler tarafından verilen bireyselleştirilmiş eğitimin ve telefon ile yapılan takiplerin bireylerde öz yeterlilik inancı ile hastalık bilgisini artırarak olumlu etki oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaların sonuçları araştırmanın sonuçlarıyla benzerdir. Bu sonuç, araştırmanın girişim grubunda eğitim sonrası bilgi puanlarında artış olduğu bulgusuyla birlikte değerlendirildiğinde eğitimin hastalıkla ilgili bilgi kazanımında etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların eğitim öncesi KHÖÖ yardım alma alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, eğitim sonrası anlamlı fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası yardım alma alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu, kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Yardım alma alt boyutunda girişim grubunun eğitim sonrası yardım alma algısı olumlu yönde artmıştır. Bandura öz yeterlilik algı ve inancının oluşmasında bireyin çevresi tarafından bir davranışı başarı ile yerine getirebilme ile ilgili desteklenmesi, kişinin başarıya ulaşmasında ne kadar çaba harcayacağı konusunda güçlü bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedir (Bandura 1998; 2000). Bu yaklaşımla araştırmada girişim grubuna verilen eğitimde çevre desteği ile ilgili uygulanan girişimlerin (Tablo: 3-3) yardım alma davranışında etkili olduğunu düşündürmüştür.

Hastaların eğitim öncesi KHÖÖ doktorla iletişim alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, eğitim sonrası anlamlı fark oluşmuştur. Eğitim sonrası doktorla iletişim alt boyutunda hem girişim grubunda hem de kontrol grubunda anlamlı fark olduğu ancak, girişim grubundaki farkın daha fazla olduğu dikkat çekmiştir. Aelbrecht ve diğ.'nin (2019) doktor hasta iletişiminin belirleyicileri üzerine yaptıkları çalışmalarında hastalara verilen eğitimin iletişimi güçlendirdiği sonuçları bildirilmiştir. Araştırmada kontrol grubundaki artışın hastaların işlem sonrası takip için klinikte doktor ile iletişime geçmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Araştırmacı araştırma sürecinde girişim grubu hastalarla sözel ya da mesajla iletişim kurmuş ve bazı sorunlarının çözümüne destek olmuştur. Bu gruptaki hastalar hastalıklarına yönelik onları takip eden bir hemşire ile telefon ya da hastanede iletişim kurabilmelerinin kendilerini iyi hissetmelerini sağladığını *“Size ulaştınca doktorumda daha kolay ulaşabileceğimi biliyorum.”* şeklinde ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar birlikte ele alındığında girişim grubundaki artışın daha fazla olmasının hastalara verilen eğitimin ve yapılan takibin doktorla iletişime geçme konusunda etkili olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası KHÖÖ hastalık yönetimi alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim sonrası hastalık yönetimi alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Eğitim sonrası girişim grubunun hastalık yönetimi algısı olumlu yönde artmıştır. Shi W. ve diğ.'nin (2022) KAH hastalarında hasta eğitiminin sekonder korumada etkisinin sistematik analiz ile inceledikleri çalışmada hasta eğitiminin sekonder korumada olumlu etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Al Ganmi ve diğ. (2020) tarafından KAH olan bireylerin hastalık yönetiminde öz yeterliliğin etkisini araştırdıkları çalışmada, öz yeterlilik inancının hastalık yönetiminde önemli bir faktör olduğu ve öz yeterlilik arttıkça hastalık yönetiminin de arttığı saptanmıştır.

Turan Kavradım'ın (2018) miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla takibinin yaşam kalitesi, öz yeterlilik ve uyum düzeylerine etkisini araştırdığı çalışmada, hasta eğitiminin hastalık yönetiminde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Zhou ve diğ. (2018) tarafından yapılan KAH olan bireylerin öz yeterliliklerini arttırmaya yönelik hemşire tarafından verilen eğitim ile telefon takiplerinin etkisinin araştırıldığı çalışmada eğitim alan grubun hastalık yönetimine yönelik öz yeterliliklerinin kontrol grubuna göre daha fazla olduğu sonucu bildirilmiştir. Araştırmanın sonuçları diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermiştir. Bu sonuçlar girişim grubu hastalarına verilen eğitimin hastalık yönetiminde etkili olduğunu göstermiştir.

Hastaların eğitim öncesi KHÖÖ ev işlerini yapma alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, işlem sonrası anlamlı fark oluşmuştur. Eğitim sonrası ev işlerini yapma alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Eğitim sonrası girişim grubunun ev işlerini yapma algısı olumlu yönde artmıştır. Bu sonuç, girişim grubundaki hastaların hastalık yönetimi algısının arttığı bulgusuyla birlikte değerlendirildiğinde eğitimin hastaların günlük yaşamını sürdürme konusunda olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir.

Hastaların eğitim öncesi KHÖÖ sosyal aktivite alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, işlem sonrası anlamlı fark olduğu bulunmuştur. İşlem öncesi ve sonrası sosyal aktivite alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası sosyal aktivite algısı olumlu yönde artmıştır. Pushekarev ve diğ. (2019) tarafından yapılan çalışmada PKG sonrası ilk bir yılda sosyal desteğin etkisi araştırılmış ve sosyal desteğin hastalık prognozu ile risk faktörlerinin yönetiminde ve hastaların sosyal yaşantısında etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hu ve diğ. (2022) tarafından yapılan çalışma sonuçlarında PKG sonrası hemşireler tarafından verilen hasta eğitiminin ve sonrası takibin hastaların özyeterliliklerini arttırarak sosyal destek duygusuna katkı sağladığı bildirilmiştir. Araştırmada girişim grubundaki hastalar telefon mesajlarının kendileri için bir sosyal destek olduğunu “.....Sizden mesaj geldiğinde ve aradığınızda kendimi dışarı çıkmak, bana iyi hissettiren şeyleri yapmak konusunda motive olmuş hissediyorum.” şeklinde ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar, eğitimin hastaların sosyal aktivitelerinde etkili olduğunu göstermiştir.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası KHÖÖ semptomlarla baş etme alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. İşlem öncesi ve sonrası semptomlarla baş etme alt boyutunda hem girişim hem de kontrol grubunda anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Eğitim sonrası semptomlarla baş etme alt boyutundaki değişimin girişim grubunda daha yüksek olduğu saptanmıştır, girişim grubunun eğitim sonrası semptomlarla baş etme algısı olumlu yönde artmıştır. Köhler ve diğ. (2020) tarafından yapılan KAH olan bireylere probleme dayalı öğrenmeye temellendirilen hasta eğitimi uyguladıkları çalışmada hastaların öz yeterlilik algılarının daha yüksek olduğu ve semptom yönetiminde daha başarılı olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmada girişim ve kontrol grubu hastalarının üç aylık sürede hastaneye başvuru durumları değerlendirildiğinde (Tablo 4-1) başvuru yapan hastaların tamamının kontrol grubundan olması ve başvuru sebeplerinin işlem bölgesindeki ağrı ve ekimoz ile atipik göğüs ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye başvuran sadece bir hastada işlem bölgesinde hematom komplikasyonu olmuş diğer hastaların semptomlarının müdahale gerektirmediği gözlemlenmiştir. Bu durum eğitim alan girişim grubu hastalarının semptom yönetimlerini daha iyi yapabildiği şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların eğitim öncesi KHÖÖ nefes darlığı ile baş etme alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, eğitim sonrası anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası nefes darlığı ile baş etme alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası nefes darlığı ile baş etme algısı olumlu yönde artmıştır. Raymond ve diğ.'nin (2019) nefes darlığının yönetiminde eğitimin etkisini araştırdıkları sistematik incelemede, eğitimin nefes darlığı ile baş etmede etkisi olduğu sonucunu bildirmiştir. Girişim grubu hastalar eğitimde öğretilen ve haftalık mesajlarda da hatırlatılan nefes egzersizini (*Merhaba sağlıklı günler; Bu mesajı okuduysanız eğer şimdi evet tam şimdi derin bir nefes alıp yavaşça verin. Bunu sadece nefesinize odaklanarak birkaç kez tekrarlayın. Deneyin! Farkı göreceksiniz.*) uyguladıklarını ve nefes darlığı ile baş edebildiklerini ve kendilerini iyi hissettiklerini belirtmiştir. Bu sonuçlar eğitimin hastaların nefes darlığı ile baş etme algılarını olumlu etkilendiğini göstermiştir.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası KHÖÖ depresyon yönetimi alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. İşlem öncesi ve sonrası depresyon yönetimi alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu, kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası depresyon yönetimi algısı olumlu yönde artmıştır. Liu ve diğ. (2018) tarafından yapılan PKG sonrası öz yeterlilik algısının psikolojik dayanıklılık üzerindeki

etkisini araştırdıkları çalışmada, PKG uygulanan hastaların öz yeterlilik algısı arttıkça psikolojik dayanıklılığının arttığı ve yüksek öz yeterliliğin depresyon yönetiminde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir. Sosyal Bilişsel Kurama göre psikolojik durum öz yeterlilik algısı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Bandura 1989; 2000). Araştırmada girişim grubuna verilen eğitimin hastaların psikolojik durumlarına ve buna paralel depresyon yönetimi ile ilgili algılarına olumlu etkisinin olduğu düşünülmüştür.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası toplam öz etkililik algılarında gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası öz etkililik algısında girişim grubunda anlamlı fark olduğu kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası öz etkililik algısı olumlu yönde artmıştır. Madadkar Dehkordi ve diğ. (2021) tarafından yürütülen çalışmada miyokard enfarktüsü sonrası eğitim ve telefon takibi ile uyguladıkları hastaların öz yeterlilik algılarının arttığı sonucunu bildirmişlerdir. Su ve Yu'nun (2021) çalışmasında KAH olan bireylere hemşireler tarafından yapılan Sosyal Bilişsel Kuram'a dayalı bir eğitimin ve 12 haftalık WeChat takip ve mesajlaşmasının öz yeterlilik algısını arttırdığı bildirilmiştir. Woods ve diğ. (2019) tarafından yürütülen taburculuk sonrası hemşire tarafından telefon takibi girişiminin hasta sonuçlarına etkisinin araştırıldığı sistematik incelemede telefon takiplerinin öz yeterliliği artırarak hasta sonuçlarını iyileştirdiği saptanmıştır. Bagheri ve diğ. (2022) tarafından yapılan KAH hastalarına hemşireler tarafından verilen eğitim ve öz yeterlilik danışmanlığı ile telefon takipleri yapılan çalışmada, hastaların öz yeterlilik algılarının arttığı bildirilmiştir. Turan Kavrıdım ve Canlı Özer (2020) miyokard enfarktüsü sonrası taburcu olan hastalara Roy Adaptasyon Modeline dayalı eğitim ve telefon takibi uyguladıkları hastaların öz yeterlilik algılarının kontrol grubu hastalarına göre daha yüksek seviyede olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bandura öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin, bir eylemi başlatabileceğine ve bir sonuç elde edilene kadar bunu yaşamı üzerinde etkili olabilecek bir şekilde sürdürebileceğini açıklamış, bu içsel durumun bireylerin bilişsel algı ve davranışları üzerinde ve eyleme geçme motivasyonunu arttırmasında etkili olduğunu savunmuştur (Bandura 1989; 2000). Araştırmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermiştir. Girişim grubuna verilen eğitimin hastaların kronik hastalıklarda öz etkililik algısını olumlu yönde arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Araştırmanın **“H3: Girişim grubunun eğitim sonrasında kronik hastalıklarda öz etkililik algı puanı kontrol grubundan daha yüksektir.”** hipotezi doğrulanmıştır.

5.4. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖII kişilerarası ilişki alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. İşlem öncesi ve sonrası kişilerarası ilişki alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Bayülgen ve Altıok (2017) çalışmasında PKG sonrası eğitim alan hastaların SYBDÖII kişilerarası ilişki alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmada eğitim sonrası girişim grubunun kişilerarası ilişkiye yönelik davranışları olumlu yönde artmıştır. Bu sonucun oluşmasında girişim grubu hastalarına verilen eğitimde öz yeterliliği geliştirici girişimler (Tablo 3-3) kapsamında kişilerarası ilişkilerin olumlu yönlerine vurgu yapılmış, benzer hastalığa sahip bireylerle paylaşımlar sağlanmıştır. Girişim grubunda akupunktur yöntemi ile sigarayı bırakan bir hastanın bu başarısı sigarayı bırakma konusunda zorluk yaşayan başka bir hastayla paylaşılmış, iki hastanın birbiri ile iletişim kurması sağlanmıştır. Girişim grubunda uygulanan bu girişimlerin eğitimi destekleyerek etkisini artırdığı düşünülmüştür.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖII beslenme alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur. İşlem öncesi ve sonrası beslenme alt boyutunda hem girişim grubunda hem de kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Chow ve diğ. (2022) tarafından yapılan KAH olan bireylere sekonder korumaya yönelik hasta eğitimi ile kısa mesaj ve telefon takipleri uyguladıkları çalışmada, girişim yapılan hastaların sağlıklı beslenme davranışlarının kontrol grubu hastalarına göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Chen S. ve diğ.'nin (2018) çalışmasında 12 hafta boyunca sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik gönderdikleri metin mesajlarının KAH olan bireylerin sebze-meye ağırlıklı beslenme, tuz kısıtlaması sağlama davranışlarını olumlu etkilediği bildirilmiştir. Greiner ve diğ. (2019) tarafından yapılan KAH olan bireylere verilen Sosyal Bilişsel Kuram'a dayalı hasta eğitimi ve beslenme danışmanlığının hastaların sağlıklı beslenme davranışlarına olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Khani Jeihooni ve diğ. (2021) tarafından yapılan ve Planlı Davranış Teorisine dayalı bir eğitimin kadınlarda KVH ile ilgili beslenme davranışlarına etkisini araştırdıkları çalışmada eğitim alan grubun sağlıklı beslenme davranışlarının eğitim almayan gruba göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Arantes ve diğ. (2018) tarafından KAH olan bireylere verilen taburculuk sonrası eğitimin ve telefonla takibin etkisini araştırdıkları çalışmada, bir yılın sonunda eğitim alan ve takip edilen hasta grubunun sağlıklı beslenme davranışlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Girişim grubu hastalar kontrollerde

eğitim sırasında kendilerine verilen kalp dostu yemek tariflerini ve beslenme önerilerini uyguladıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca girişim grubu hastalarının işlem sonrası 3.ay kontrollerinde kilo ve BKİ değerlerinin istenen değerlere daha yakın olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermiş, girişim grubunun eğitim sonrası sağlıklı beslenmeye yönelik davranışları olumlu yönde artmıştır. Bu sonuçlar eğitimin sağlıklı beslenme davranışında etkili olduğunu düşündürmüştür.

Hastaların eğitim öncesi SYBDÖII sağlık sorumluluğu alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, işlem sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası sağlık sorumluluğu alt boyutunda girişim ve kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Thakkar ve diğ. (2018) tarafından yapılan ve sağlık hizmeti kaynak kullanımında kısa mesajların etkisini inceledikleri araştırmada, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmaya yönelik kısa mesaj destek programı verilen KAH olan bireylerin sağlık sorumluluğunun olumlu yönde arttığı ve risk faktörlerinin yönetiminde daha başarılı oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Sağlık sorumluluğu sağlıklı ilgili davranışların bireylerin sorumluluğunda olmasını ifade etmektedir. Araştırmada girişim grubunun eğitim sonrası sağlık sorumluluğu olumlu yönde artmıştır. Bu sonuçlar eğitimin hastaların sağlıklarında sorumluluk almalarını olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların eğitim öncesi SYBDÖII fiziksel aktivite alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, işlem sonrası fark oluşmuştur. İşlem öncesi ve sonrası fiziksel aktivite alt boyutunda hem girişim grubunda hem de kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası fiziksel aktivite davranışlarının kontrol grubundandan daha fazla olumlu yönde artmıştır. Manzoor ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada eğitim ve danışmanlık verdikleri ve 12 hafta boyunca metin mesajları ile takip ettikleri KAH olan bireylerin fiziksel aktivite davranışlarının olumlu yönde etkilendiği bildirilmiştir. Legler ve diğ. (2020) tarafından yapılan çalışmada KAH olan bireylerde fiziksel aktiviteye teşvik etmeye yönelik kısa metin mesajları gönderilen girişim grubu hastalarının kontrol grubuna göre çok daha yüksek oranda fiziksel aktivitede bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Arantes ve diğ. (2018) tarafından KAH olan bireylere verilen taburculuk sonrası eğitimin ve telefonla takibin etkisini araştırdıkları çalışmada, bir yılın sonunda eğitim alan ve takip edilen hasta grubunun fiziksel aktivite davranışlarının olumlu yönde etkilendiği bildirilmiştir. Xiao ve diğ. (2018) tarafından yapılan PKG sonrası sağlığı geliştirici

davranışların durumunu belirlemek ve hangi faktörlerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını etkilediğini öğrenmek amacıyla yürüttükleri çalışmada hastaların fiziksel aktivite durumlarının düşük olduğu bu sebeple sağlık çalışanları tarafından eğitim, takip ile desteklenmeleri önerilmiştir. Herring ve diğ. (2018) tarafından yapılan KAH olan bireylere yönelik fiziksel aktiviteyi artırmak için tasarlanmış, metin mesajı destekli eğitim programının etkisini araştırdıkları çalışmada hastaların fiziksel aktivite davranışlarında artış olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Araştırma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca KHÖÖ spor yapma alt boyutunda da benzer şekilde girişim grubunun lehine bir değişim bulunmuştur. Girişim grubu hastalar egzersize yönelik mesajlara “*evet yaptım*”, “*yürüyüş yaptım*” şeklinde olumlu yanıt vermiştir. Girişim grubu hastalarının 3. ay sonunda HDL değerlerindeki artışında fiziksel aktivitenin arttırılmasına yönelik önemli bir kanıt olarak yorumlanmıştır. Bu sonuçlar girişim grubu hastalarının fiziksel aktivite davranışlarında eğitimin etkili olduğunu göstermiştir.

Hastaların eğitim öncesi SYBDÖII stres yönetimi alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark yokken, eğitim sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası stres yönetimi alt boyutunda girişim ve kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası stres yönetimi davranışları olumlu yönde artmıştır. Xiao ve diğ. (2018) tarafından yapılan PKG sonrası sağlıklı geliştirici davranışların durumunu belirlemek ve hangi faktörlerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını etkilediğini öğrenmek amacıyla yürüttükleri çalışmada hastaların stres yönetimlerinin düşük olduğu bu sebeple sağlık çalışanları tarafından eğitim, takip ile desteklenmeleri önerilmiştir. Carrillo ve diğ. (2021) tarafından yapılan, KAH olan bireylere iyi olma halini ve sağlık davranışına bağlılığı desteklemeye yönelik metin mesajı gönderdikleri çalışmada stres yönetimi davranışlarının olumlu yönde arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmada bildirildiği üzere katılımcıların tamamına yakını mesajların kendilerini stres yönetimine teşvik etmede çok başarılı etkisi olduğunu ifade etmiştir. Girişim grubu hastalar öğretilen ve haftalık mesajlarda da hatırlatılan nefes egzerisini (*Merhaba sağlıklı günler; Bu mesajı okuduysanız eğer şimdi evet tam şimdi derin bir nefes alıp yavaşça verin. Bunu sadece nefesinize odaklanarak birkaç kez tekrarlayın. Deneyin! Farkı göreceksiniz.*) stresle baş etmeye yönelik uyguladıklarını ve kendilerini iyi hissetmelerini sağladığını belirtmiştir. Araştırmanın sonuçları literatür ile uyumlu olup, girişim grubuna uygulanan eğitimin ve gönderilen mesajların stres yönetimini olumlu etkilediği söylenebilir.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası SYBDÖII manevi gelişim alt boyutunda gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. İşlem öncesi ve sonrası manevi gelişim alt boyutunda girişim grubunda anlamlı fark olduğu, kontrol grubunda fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası manevi gelişim davranışları olumlu yönde artmıştır. Persil Özkan ve diğ.(2019) tarafından yapılan KVH tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesinin yapıldığı çalışmada, sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmiş olan hastaların manevi gelişime yönelik davranışlarının daha iyi olduğu sonucu bildirilmiştir. Araştırmada hasta eğitiminde öz yeterliliği arttırmaya yönelik psikolojik durum girişimlerin (Tablo 3-3) manevi gelişime etki ettiği düşünülmüştür. Eğitimin hastalığı ve hastalık yönetimi hakkında öz yeterlilik algısının artmasını sağlarken buna paralel manevi gelişim davranışlarında artırdığı şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların eğitim öncesi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında gruplar arasında anlamlı fark yokken, işlem sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında girişim ve kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışları olumlu yönde artmıştır. Kilimis ve diğ. (2021) tarafından KVH'ların önlenmesinde yaşam tarzı değişikliğine yönelik kısa mesajların etkisinin araştırıldığı çalışmada mesajların davranış değişikliğine teşvik ettiği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmada olumlu etkisi olduğu sonucu bildirilmiştir. Saragih ve diğ. (2022) tarafından KVH'ların sekonder korumasında tele-sağlık uygulamalarının etkilerini araştırdıkları sistematik meta-analiz çalışmasında telefon destekli sağlık girişimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmada olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hisam ve diğ.'nin (2021) KAH olan bireylere taburculuk sonrası eğitim vererek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik kısa mesajlar ile hastalarla iletişimi sürdürdükleri çalışmada, girişim grubu hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Jiang ve diğ. (2020b) tarafından yapılan PKG sonrası hemşirelerin verdiği bireyselleştirilmiş hasta eğitiminin etkisini inceledikleri çalışmada, girişim grubundaki hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde arttığı sonucunu bildirmişlerdir. Akdeniz ve Canlı Özer (2021) tarafından kalp yetersizliği hastalarına Orem'in öz bakım eksikliği teorisine dayalı planlı hasta eğitimi yapılan çalışmada eğitim alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının olumlu yönde geliştiği kontrol grubuna göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Anderson ve diğ. (2017) tarafından yapılan KAH olan bireylere yönelik hasta eğitiminin etkisinin sistematik analizine yönelik çalışmada eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilediği

sonucuna ulaşmışlardır. Manzoor ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada eğitim ve danışmanlık verdikleri ve 12 hafta boyunca metin mesajları ile takip ettikleri KAH olan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının girişim yapılmayan gruptan daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubu hastalarında 3.ay sonunda oluşan minimal düzeydeki artışın klinik rutini ya da televizyon, sosyal medya gibi kaynaklardan hastalığa ve sağlıklarını iyileştirmeye yönelik kazanım sağladıkları bilgilerin davranışa etki etmiş olma olasılığı şeklinde yorumlanmıştır. Araştırmanın sonuçları literatür ile uyumlu olup, girişim grubuna uygulanan eğitimin ve gönderilen mesajların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik olumlu etkisi olduğu söylenebilir. **“H4: Girişim grubunun eğitim sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı kontrol grubundan daha yüksektir.”** hipotezi doğrulanmıştır.

5.5. Hastaların Kan Değerleri (Kolesterol, Trigliserid, LDL, HDL, Açlık Kan Şekeri) Antropometrik Ölçüm Değerleri (boy, kilo, BKİ) ve Kan Basıncı Ölçüm Değerlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların eğitim öncesi total kolesterol değerlerinde gruplararası anlamlı fark yokken, işlem sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası total kolesterol değerlerinde girişim ve kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası total kolesterol değerleri kontrol grubundan daha fazla olumlu yönde değişim göstermiştir. Zhang ve diğ. (2022) PKG sonrası eğitim verdikleri ve telefon mesajları ile takip ettikleri çalışmada girişim grubu hastalarının total kolesterol değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Arjunan ve Trichur'un (2020) kalp yetmezliği hastalarına hemşire tarafından verilen eğitimin etkisini inceledikleri çalışmada; eğitim alan hastalarının total kolesterol değerlerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığı ve eğitimin olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir. Huang ve diğ. (2017) tarafından yapılan KAH olan bireylere yönelik hemşire tarafından verilen eğitimin ve telefon takibinin 12 haftalık sonuçlarında hastaların total kolesterol değerlerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Nurmeksela ve diğ. (2021) tarafından yapılan hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlığın kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, girişim yapılan grubun total kolesterol değerlerinde kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Podvorica ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada KAH olan bireylere verilen hasta eğitimi sonrası 30. 60. ve 90.gün

takiplerinde girişim yapılan grubun total kolesterol değerlerinde düşüş olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Hastaların eğitim öncesi trigliserid değerlerinde gruplararası anlamlı fark yokken, eğitim sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası trigliserid değerlerinde girişim ve kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası trigliserid değerleri kontrol grubundan daha fazla olumlu yönde değişim göstermiştir. Podvorica ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada KAH olan bireylere verilen hasta eğitimi sonrası 30. 60. ve 90.gün takiplerinde girişim yapılan grubun trigliserid değerlerinde düşüş olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Hastaların eğitim öncesi LDL değerlerinde gruplararası anlamlı fark yokken, eğitim sonrası fark oluşmuştur. İşlem öncesi ve sonrası LDL değerlerinde girişim ve kontrol grubunda anlamlı fark olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası LDL değerleri kontrol grubundan daha fazla olumlu yönde değişim göstermiştir. Zhang ve diğ. (2022) PKG sonrası eğitim verdikleri ve telefon mesajları ile takip ettikleri çalışmada girişim grubu hastalarının LDL değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir. Arjunan ve Trichur'un (2020) Kalp Yetersizliği hastalarına hemşire tarafından verilen eğitimin etkisini inceledikleri çalışmada; eğitim alan girişim grubu hastalarının total LDL değerlerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığını ve eğitimin olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir. Huang ve diğ. (2017) tarafından yapılan KAH olan bireylere yönelik hemşire tarafından verilen eğitimin ve telefon takibinin 12 haftalık sonuçlarında hastaların LDL değerlerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Nurmeksela ve diğ. (2021) tarafından yapılan hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlığın kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, girişim yapılan grubun LDL değerlerinde kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Podvorica ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada KAH olan bireylere verilen hasta eğitimi sonrası 30. 60. ve 90.gün takiplerinde girişim yapılan grubun LDL değerlerinde düşüş olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Hastaların eğitim öncesi HDL değerlerinde gruplararası anlamlı fark yokken, eğitim sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası HDL değerlerinde girişim grubunda anlamlı fark olduğu, kontrol grubunda ise fark olmadığı bulunmuştur. Girişim grubunun eğitim sonrası HDL değerleri olumlu yönde değişim göstermiştir. Podvorica ve diğ. (2021) tarafından yapılan

çalışmada KAH olan bireylere verilen hasta eğitimi sonrası 30. 60. ve 90.gün takiplerinde girişim yapılan grubun HDL değerlerinde artış olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Hastaların eğitim öncesi ve sonrası açlık kan şekeri değerlerinde gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda eğitim sonrası açlık kan şekeri değerinde anlamlı bir değişim bulunmuştur. Ancak bu değişim gruplar arasında anlamlı bir fark oluşturmamıştır.

PKG sonrası sekonder korumada kolesterol değiştirilebilir risk faktörleri arasında olup hedef seviyede tutulması önemlidir (Tablo 2-1, Piepoli ve diğ. 2016). Girişim grubu hastalarında kolesterol değerlerinde oluşan olumlu sonuçların hastalara verilen eğitimin öz yeterlilik algısını arttırması, buna paralel sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayata geçirmesiyle beklenen bir durum olarak düşünülmüştür.

Hastaların eğitim öncesi kilo değerlerinde gruplar arasında anlamlı fark yokken, eğitimin sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası girişim grubundaki farkın kontrol grubundan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Girişim grubunun eğitim sonrası kilo değerleri olumlu yönde değişim göstermiştir.

Hastaların eğitim öncesi BKİ değerlerinde gruplar arasında anlamlı fark yokken, eğitim sonrası fark oluşmuştur. Eğitim öncesi ve sonrası girişim grubundaki farkın kontrol grubundan daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Girişim grubunun eğitim sonrası BKİ değerleri olumlu yönde değişim göstermiştir. Arjunan ve Trichur'un (2020) Kalp Yetersizliği hastalarına hemşire tarafından verilen eğitimin etkisini inceledikleri çalışmada; eğitim alan girişim grubu hastalarının BKİ değerlerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığını ve eğitimin kilo kontrolü üzerinde olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir. Huang ve diğ. (2017) tarafından yapılan KAH olan bireylere yönelik hemşire tarafından verilen eğitimin ve telefon takibinin 12 haftalık sonuçlarında hastaların BKİ değerlerinin kontrol grubuna göre daha fazla azaldığı sonucuna ulaşmışlardır. Nurmeksela ve diğ. (2021) tarafından yapılan hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlığın kardiyovasküler risk faktörleri üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmada, girişim yapılan grubun BKİ değerlerinde kontrol grubuna göre daha fazla düşüş olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Podvorica ve diğ. (2021) tarafından yapılan çalışmada KAH olan bireylere verilen hasta eğitimi sonrası 30. 60. ve 90.gün takiplerinde girişim yapılan grubun BKİ değerlerinde azalma olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Literatürdeki çalışmaların sonuçlarının da benzer olduğu görülmüş, çalışmada girişim grubuna verilen eğitimin bireylerin

sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlık davranışlarını etkileyerek kolesterol, BKİ gibi değerlerinde olumlu etkisi olduğu şeklinde yorumlanmıştır.

Hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası kan basıncı ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Girişim ve kontrol gruplarının kan basıncı takip sonuçları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Delevar ve diğ. (2020) tarafından hipertansiyonu olan hastalara öz yönetim, öz yeterlilik ve ilaca uyuma yönelik eğitim verilen çalışmada girişim grubu hastalarının ilaç uyumunun daha iyi olduğu ve kan basıncı ortalama ölçümlerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Jafari ve diğ. (2020) tarafından hipertansiyonu olan hastalara sağlıklı yaşam biçimi oluşturmaya yönelik eğitim verilen çalışmada eğitim alan grubun kan basıncı ölçüm sonuçlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Shariful İslam (2019) çalışmasında cep telefonu metin mesajlarının KVH'ları önlemedeki etkisinin sistematik incelemesini yaptıkları çalışmalarında, metin mesajı müdahalelerinin kan basıncı üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna ulaşmıştır. Indraratna ve diğ. (2020) tarafından yapılan çalışmada KAH olan bireylerin hipertansiyon yönetiminde cep telefonu mesajları ve takibin etkilerini inceledikleri sistematik meta analiz çalışmasında, cep telefonu mesajları ile takiplerinin cep kan basıncını olumlu etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmada hastaların işlem sonrası kan basıncı ölçümlerinin sekonder korumada hedeflenen düzeyde olduğu (Tablo 2-1) bulunmuştur. Kan basıncı ölçüm sonuçlarının istenilen değerlerde olmasının hastalara verilen eğitimin birçok parametreye olumlu etkisinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Eğitim ve takiplerin etkisine bağlı sağlıklı beslenme davranışları, fiziksel aktivite durumu artan ve stres yönetimi yapabilen girişim grubu hastalarının kan basıncı kontrolünde olumlu etkilenmiştir şeklinde yorumlanmıştır.

Araştırma sonuçları girişim grubuna verilen eğitimin kan ve antropometrik değerlerinin üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermiştir. **“H5: Girişim grubunun eğitim sonrasında kolesterol, trigliserid, LDL ve açlık kan şekeri değerleri kontrol grubundan daha düşüktür, HDL değerleri daha yüksektir.” “H6: Girişim grubunun eğitim sonrasında kilo ve BKİ değerleri kontrol grubundan daha düşüktür, kan basıncı değerleri stabildir.”** hipotezleri doğrulanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Planlı perkütan koroner girişim uygulanan hastalara verilen eğitimin öz yeterlilik ve sekonder koruma üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada eğitimin bilgi puanı, öz etkililik algısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları oluşturmada etkisi olduğu bulunmuştur. Araştırmanın sonuçları bir kurama/modelle dayalı eğitim girişiminin, kısa mesaj ve telefon takibi güçlendirilmesinin hastanın davranışlarında olumlu etkisi olduğunu göstermiştir.

Sonuç olarak;

- Eğitim sonrası hem kontrol hem girişim grubu hastalarının bilgi testi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu, girişim grubundaki değişimin daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Eğitim sonrası girişim grubunun KHÖÖ toplam algı puanı ve tüm alt boyut puanlarının kontrol grubuna istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.
- Eğitim sonrası girişim grubunun SYBDÖ II toplam puanı ve tüm alt boyut puanlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.
- Eğitim sonrası girişim grubunun total kolesterol, trigliserid, LDL, HDL kan değerlerindeki değişimin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.
- Eğitim sonrası girişim grubunun kilo ve BKİ değerlerindeki değişimin kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.
- Araştırmanın tüm hipotezleri kabul edilmiştir.

- Öz yeterliliği geliştirmeye yönelik hasta eğitiminin öz yeterlilik ve davranış değişikliği oluşturmada önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Hasta eğitimi işlem öncesinden başlamalıdır.
- Hasta eğitimlerinde kuram temelli yaklaşımlardan yararlanılmalıdır.
- Hasta eğitimi bütüncül yaklaşımla tüm öğrenme alanlarına yönelik (bilgi, tutum ve davranış) ele alınmalıdır.
- Hasta eğitimleri süreç doğrultusunda gerçekleştirilmeli, değerlendirilmeli ve pekiştirme eğitimleri yapılmalıdır.
- Hasta eğitimlerinde gelişen teknolojilerden yararlanılmalıdır (QR kod, cep telefonu mesajları gibi).
- Cep telefonu ve motivasyonel mesajların kullanımını yaygınlaştırılmalıdır.
- Hasta eğitimleri kurumsallaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Akdeniz Ş., Canlı Özer Z., 2021, Orem'in Öz Bakım Eksikliği Teorisine Dayalı Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Semptom Yönetimi, Öz Bakım Gücü ve Sağlık Davranışlarına Planlı Hasta Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*,12(28),100-109.
- Aelbrecht K, Hanssens L, Detollenaere J, Willems S, Deveugele M, Pype P., 2019, Determinants of physician-patient communication: The role of language, education and ethnicity, *Patient Educ Couns.*,102(4), 776-781.
- Akgöz A., Gözüm S., 2019, Cardiovascular disease risk in Turkish family health centers, *Journal of Vascular Nursing*, 37,117-124.
- Akpınar N.B., Ceran M. A., 2019, Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 140-152.
- Al-Ganmi AHA, Alotaibi A., Gholizadeh L., Perry L., 2020, Medication adherence and predictive factors in patients with cardiovascular disease: A cross-sectional study, *Nurs Health Sci.*, 22(2), 454-463.
- Alwardi H.F.A., Khuder K.M., 2022, Effectiveness of an Instructional program on patients' knowledge about exercises to prevent coronary artery disease progression after percutaneous coronary intervention (PCI), *Mosul Journal Of Nursing*,10(3),199-205.
- Anderson L., Brown J.P.R., Clark A.M., Dalal H., Rossau H.K.K., Bridges C., Taylor RS., 2017, Patient education in the management of coronary heart disease (Review), *Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(6)6.
- Annaç S., 2018, *Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Anekwe, T. D., Rahkovsky, I., 2018, Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions, *American Journal of Public Health*, 108, 430–436.
- Amin A.P., D. Pinto, J A. House ve diğ., 2018, Association of Same-Day Discharge After Elective Percutaneous Coronary Intervention in the United States With Costs and Outcomes, *JAMA Cardiology*, 3(11),1041-1049.
- Arantes E.C., Dessotte C.A.M., Dantas R.A.S., Rossi L.A., Furuya R.K., 2018, Educational program for coronary artery disease patients: results after one year, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6).

Arjunan P., Trichur RV., 2020, The Impact of Nurse-Led Cardiac Rehabilitation on Quality of Life and Biophysiological Parameters in Patients With Heart Failure: A Randomized Clinical Trial. *J Nurs Res.*,8,29(1).

Arseven A., 2016, Öz Yeterlilik Bir Kavram Analizi, *International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 11(19),63-80.

Aydın F., Akşit E., Turgay Yıldırım Ö., Hüseyinoğlu Aydın A., Samsa M., 2021, Assessment of secondary prevention awareness among patients with coronary artery disease: a survey including patients from 3 centers, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 49,556-68.

Bae J. W., Woo S.I, Lee J. ve diğ., 2021, mHealth Interventions for Lifestyle and Risk Factor Modification in Coronary Heart Disease: Randomized Controlled Trial, *JMIR Mhealth and Uhealth*, 9,9.

Bagheri H., Shakeri S., Nazari A.M., Goli S. ve diğ., 2021, Effectiveness of nurse-led counselling and education on self-efficacy of patients with acute coronary syndrome: A randomized controlled trial, *Nursing Open*, 9,775-784.

Bahar Z. Beser A., Gördes N., Ersin F., Kıssal A., 2008, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *C.Ü.Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12,1-13.

Balbay Y., Gagnon-Arpin I., Malhan S. ve diğ. 2018, Modeling the burden of cardiovascular disease in Turkey, *Anatol J Cardiol*, 20(4), 235-240.

Bandura A., 1977, Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychol Rev*, 84 (2),191-215.

Bandura A.,1986, Social foundations of thought and action: A social cognitive theory, *National Inst of Mental Health*.

Bandura A., 1989, Regulation of cognitive processes through perceived self efficacy, *Developmental psychology*, 25(5),729.

Bandura A., 1998, Health promotion from the perspective of social cognitive theory, *Psychology and Health*, 13(4),623-649.

Bandura A., 2000, Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In: Norman PAC, Conner M, eds. Understanding and Changing Health Behaviour: From Health Beliefs to Self-Regulation, Amsterdam, the Netherlands: *Harwood Academic*, 299-339.

Bandura A.,2002,Social cognitive theory in cultural context, *Applied Psychology*, 51(2),269-290.

Bandura A., Barbaranelli C., Caprara G.V., Pastorelli C., 2002, Self efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories, *Child Development*, 72(1), 187-206.

Bandura A., 2004, Health promotion by social cognitive means, *Health Education & Behavior*, 31(2),143-164.

Bakan G., 2016, Perkütan Koroner Girişimlerde Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları, *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 26-34.

Bayrak B.Oğuz S., 2021, Validity and reliability of the Turkish version of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory, *International Journal Of Nursing Practice*,27(1).

Bayülgen Y.M., Altıok M., 2017, Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastaların Sağlıklı Yaşam Şekli Davranışları ve Etkileyen Faktörler, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(16),45-54.

Benjamin EJ., Muntner P., Alonso A., 2019, Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association, *Circulation* Jan 31.

Berndt N., Bolman C., Froelicher E.S., Mudde A., Candel M., de Vries H, ve diğ., 2014, Effectiveness of a telephone delivered and a face-to-face delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease: A 6-month follow-up, *J. Behav. Med*, 37,709-24.

Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri 2030, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> [Ziyaret tarihi:16.11.22].

Boroumand S., Moeini M., 2016, The effect of a text message and telephone follow-up program on cardiac self-efficacy of patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial, *Iran Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(2),171-6.

Bhatt L.D., 2018, Percutaneous Coronary Intervention in 2018, *Journal of American Medical Association*, 319 (20), 2127-2128.

Carrillo A., Huffman J.F.,Kim S. ve diğ., 2021, An Adaptive Text Message Intervention to Promote Well-Being and Health Behavior Adherence for Patients With Cardiovascular Disease: Intervention Design and Preliminary Results, *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*, 62(6) 617-624.

Ceyhan Y. Ş., Ünsal A., 2017, The validity and reliability study of self-efficacy scale on the people with chronic diseases, *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 19, 1-13.

Civek S., Akman M., 2022, Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi, *The Journal Of Turkish Family Physician*, 13(1)21-28.

Cutler S., Crawford P., Engleking R., 2018, Effectiveness of group self-management interventions for persons with chronic conditions: A systematic review, *Med/Surg Nursing*, 27(6),359–367.

Chen Y., Marshall A.P., Lin F., 2016, Implementation Strategies for Same Day Discharge Post Percutaneous Coronary Intervention: An Integrative Review, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(5), 371–379.

Chen Y., Marshall A.P., Lin F., 2019, Lessons learnt from the implementation of same-day discharge after percutaneous coronary intervention, *Aust Crit Care*, 32(6),458–464.

Chen S., Gong E., Kazi D.S., Gates A. ve diğ., 2018, Using Mobile Health Intervention to Improve Secondary Prevention of Coronary Heart Diseases in China: Mixed-Methods Feasibility Study, *JMIR Mhealth Uhealth*, 6(1).

Chen Y., Lin F., Marshall A.P., 2021, Patient and family perceptions and experiences of same-day discharge following percutaneous coronary intervention and those kept overnight, *Intensive Crit Care Nurs*, 62,102947.

Choi M., Raeside R., Hyun K., Partridge S. T., Thiagalingam A., Redfern J., 2021, Understanding Preferences for Lifestyle-Focused Visual Text Messages in Patients With Cardiovascular and Chronic Respiratory Disease: Discrete Choice Experiment, *Journal of Medical Internet Research*, 23(9).

Chow C.K., Redfern J., Hillis G.S., Thakkar J., Santo K., Hackett M.L., Jan S., Graves N., de Keizer L., Barry T., Bompont S., Stepien S., Whittaker R., Rodgers A., Thiagalingam A. ,2015, Effect of Lifestyle-Focused Text Messaging on Risk Factor Modification in Patients With Coronary Heart Disease: A Randomized Clinical Trial, *JAMA*, 314,1255–1263.

Chow C.K., Klimis H., Thiagalingam A. Redfern J. ve diğ., 2022, Text Messages to Improve Medication Adherence and Secondary Prevention After Acute Coronary Syndrome: The TEXTMEDS Randomized Clinical Trial, *Circulation*,145(19),1443-1455.

Choudhry A.J., Younis M., M.D. Ray-Zack ve diğ., 2019, Enhanced readability of discharge summaries decreases provider telephone calls and patient readmissions in the posthospital setting, *Surgery*, 165,789–79.

Çürük G.N., Korkut Bayındır S., Oğuzhan A., 2018, Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 40-41.

Darsin Singh SK., Ahmad A., Rahmat N., Hmwe NTT., 2018, Nurse-led intervention on knowledge, attitude and beliefs towards acute coronary syndrome, *Nurs Crit Care*, 23(4),186-191.

Delevar F., Pashaeypoor S., Negarandeh R., 2020, The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial, *Patient Education and Counseling*, 103(2),336-342.

Dogu Kılıç İ. , Karaçöp E., Akdemir R. , Göktekin Ö., 2017, Turkey: Coronary And Structural Heart Interventions From 2010 To 2015, *Turkish Society of Cardiology*, 13, Z80-Z82.

Dönmez Usta, N., Turan Güntepe, E., 2019, Öğrenme ortamında QR kod destekli materyallerin kullanımı, *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19 (3), 923-935.

Duggan J.P., Peters A.S., Trachiotis G.D., Antevil J. L., 2022, Epidemiology of Coronary Artery Disease, *Surgical Clinics of North America*, 102(3),499-516.

Dülek H., Tuzcular Vural EZ., Gönenç I., 2018, Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri, *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(2),53-58.

Dhruva S.S., Parzynski C.S., Gamble G.M., Curtis J.P., Desai N.R., Yeh R.W., Masoudi F.A., Kuntz R., Shaw R.E., Marinac-Dabic D., Sedrakyan A., Normand S.L.T, Krumholz H.M. Ross.J.S., 2020, Attribution of Adverse Events Following Coronary Stent Placement Identified Using Administrative Claims Data, *Journal of the American Heart Association*, 9(4).

Eng J.A., Hunter C.J., Handley M.A., Boscardin C.K., Gonzales R., Ackerman S.L., 2014, Patient attitudes about specialty follow-up care by telephone, *Am J Manag Care*, 20,164-7.

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

Erol M.K., Kayıkçıoğlu M., Kılıçkap M., Arın C.B., Kurt I.H., Aktaş I, ve diğ., 2020, Baseline clinical characteristics and patient profile of the Turkmi registry: results of a nation-wide acute myocardial infarction registry in Turkey, *Anatol J Cardiol*, 24 (1),43-53.

Farley H., 2020, Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review, *Nursing Open*, 7,30–41

Farzianpour F., Hosseini S., 2014, Accreditation of patient family education (PFE) in the teaching Hospitals of Tehran University of Medical Sciences from the nurses view, *Pensee Journal*. 76(6),182-93.

Faroughi F., Shahriari M., Keshvari M , Shirani F., 2021, The Effect of an Educational Intervention based on Pender's Health Promotion Model on Treatment Adherence in the Patients with Coronary Artery Disease, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(3),216-222.

Fereidouni Z., Sabet Sarvestani R., Hariri G., Kuhpaye S.A., Amirkhani M., Najafi Kalyani M., 2019, Moving Into Action: The Master Key to Patient Education, *The Journal of Nursing Research*, 27(1),1-8.

Feng YY, Chaves GSS, Shi W, Pakosh M, Zhang L, Gallagher R, Oh P, Ghisi GLM., 2021, Education interventions in Chinese cardiac patients on health behaviours, disease-related knowledge, and health outcomes: A systematic review and meta-analysis, *Patient Educ Couns*., 104(5),1018-1029.

Fors A., Ulin K., Cliffordson C., Ekman I., Brink E., 2015, The Cardiac self-efficacy scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care, *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14,536-543.

Fors A., Blanck, E., Ali, L., Ekberg-Jansson, A., Fu, M., Lindstrom Kjellberg, I., Ekman, I., 2018, Effects of a person-centered telephone-support in patients with chronic obstructive pulmonary disease and/or chronic heart failure – A randomized controlled trial, *Plos ONE* 13(8).

Gandhi S., Chen S., Hong L., Sun K. ve diğ., 2017, Effect of Mobile Health Interventions on the Secondary Prevention of Cardiovascular Disease: Systematic Review and Meta-analysis, *Canadian Journal of Cardiology*, 33,219-231.

Gomar F. S., Quilis C.P., Leischik R., Lucia A., 2016, Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome, *Ann Transl Med*, 4(13),256.

Goodarzi M., Ebrahimzadeh I., 2014, Impact of distance education via short message service of mobile phone on metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus in Karaj-Iran, *Horizon Med Sci*, 19,224-34.

Goudarzi Rad M., Ghanbari Afra L., Hoseini M.H.M., ve diğ., 2021, Effectiveness of self-care program on the quality of life in patients with coronary artery disease undergoing cardiac rehabilitation: A Randomized clinical trial, *Journal of Education and Health Promotion*,10, 375. |

Güneş F., Deveci T., 2022, *Yetişkin Eğitimi ve Hayat Boyu Öğrenme*. 9. Baskı, Ankara: Pegem Akademi, 38-39.

Gür G., Sunal N., 2019, Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2) 209-219.

Greiner B, Wheeler D, Croff J, Miller B., 2019, Prior Knowledge of the Mediterranean Diet Is Associated With Dietary Adherence in Cardiac Patients, *J Am Osteopath Assoc*, 1,119(3):183-188.

Habibzadeh H., Bagherzadi A., Didarloo A., Khalkhali H., 2021, The effect of patient education based on health belief model on hospital readmission preventive behaviors and readmission rate in patients with a primary diagnosis of acute coronary syndrome: a quasi-experimental study, *BMC Cardiovasc Disord*, 21(1),595.

Haider R., Hyun K., Cheung N.W., Redfern J. ve diğ., 2019, Effect of lifestyle focused text messaging on risk factor modification in patients with diabetes and coronary heart disease: A sub-analysis of the TEXT ME study, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 153,184-190.

Halldorsdottir H., Thoroddsen A., Ingadottir B., 2020, Impact of technology-based patient education on modifiable cardiovascular risk factors of people with coronary heart disease: A systematic review, *Patient Education and Counseling*, 103, 2018–2028

Herring LY, Dallosso H, Chatterjee S, Bodicoat D, Schreder S, Khunti K, Yates T, Seidu S, Hudson I, Davies MJ., 2018, Physical Activity after Cardiac EventS (PACES - a group education programme with subsequent text-message support designed to increase physical activity in individuals with diagnosed coronary heart disease: study protocol for a randomised controlled trial, *Trials*, 4,19(1):537.

Hisam A, Zia-Ul-Haq, Khan Z, Doherty P, Pell J., 2021, Mobile Health Augmented Cardiac Rehabilitation (MCard) In Post-Acute Coronary Syndrome Patients: A randomised controlled trial protocol, *Pak J Med Sci*, 37(3),890-896.

Hu H, Zhao Y, Ma J., 2022, Effect of long-term nursing intervention on quality of life and social support of patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention, *J Card Surg*, 37(12),4495-4499.

Huang Y.J. Parry M. Zeng Y.ve diğ., 2017, Examination of a Nurse-led Community-based Education and Coaching Intervention for Coronary Heart Disease High-risk Individuals in China, *Asian Nursing Research*, 11(3),187-193.

Huber D., Henriksson R., Jakobsson S., Moee T., 2017, 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).

Indraratna P., Tardo D., Yu J., Delbaere K. ve diğ., 2020, Mobile Phone Technologies in the Management of Ischemic Heart Disease, Heart Failure, and Hypertension: Systematic Review and Meta-Analysis, *JMIR Mhealth Uhealth*, 8(7),18-28.

Ingle MP., Lammons W., Guigli R., Kini V., Matlock D.D., Brereton E., Scherer L.D., 2021, Patient Perspectives on the Benefits and Risks of Percutaneous Coronary Interventions: A Qualitative Study, *Patient Prefer Adherence*, 12(15),721-728.

Işık B., Şenyuva E., 2009, Öğrenme Kuramları ve Hemşirelik Eğitime Yansımaları, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 17(2), 144-150.

Jafari, F., Shahriari, M., Sabouhi, F., Khosravi-Farsani, A., Eghbali-Babadi, M., 2020, The effect of a lifestyle management educational program on blood pressure, heart rate, and body mass index in patients with hypertension, *ARYA Atherosclerosis*, 16 (1), 7–15.

Jiang W. Zhang Y. Yan F. Liu H. Gao R., 2020a, Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: A randomized controlled trial, *Patient Education and Counseling*, 103,854-863.

Jiang W., Feng M., Gao C., Li J., Gao R., Wang W., 2020b, Effect of a nurse-led individualized self-management program for Chinese patients with acute myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(4),320-329.

Kalyoncuoğlu M., Öztürk S., Durmuş G., Keskin B., Can M.M., 2017, Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım, *Med Bull Haseki*, 55,85–100.

Kansu A.F., Hızlı Sayar G., 2018, Öz Yeterlik, Yaşam Anlamı ve Yaşam Bağlılığı Kavramları Üzerine Bir İnceleme, *Üsküdar Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 1(1),78-89.

Karabulut İ, Gün M., 2019, Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21), 8-16.

Karagöz Y., 2014, *SPSS 21.1 uygulama, Biyoistatistik*; Nobel Akademik Yayıncılık; 1.basım; sf:698.

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

Karataş T., Polat Ü., 2021, Effect of nurse-led program on the exercise behavior of coronary artery patients: Pender's Health Promotion Model, *Patient Education and Counseling*, 104,1183-1192.

Karimanasseri C., 2021, Design Considerations for Coronary Stents and their Efficacy: A Review, *Crit. Rev. Biomed. Eng.*,49(4),15-28.

Karthiyejan K., Cheng H.Y., 2022, Effectiveness of a motivated, action-based intervention on improving physical activity level, exercise self-efficacy and cardiovascular risk factors of patients with coronary heart disease in Sri Lanka: A randomized controlled trial protocol, *PLoS ONE*, 17(7).

Kaya H., 2009, Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 1(1).

Kaynar Şimşek A., Ecevit Alpar Ş., 2020, Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Kazandırılması, *Türk J Cardiovasc Nurs*,11(24),31–36.

Kılınç E., Kartal A., 2019, Akut Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Genç Erişkin Bireye Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli Temelli Hemşirelik Bakımı, *Türkiye Klinikleri J. Nurs. Sci.*,11(2),219-30.

Kim JS, Kim GS, Kang SM, Chu SH., 2021, Symptom experience as a predictor of cardiac rehabilitation education programme attendance after percutaneous coronary intervention: A prospective questionnaire survey, *Eur J Cardiovasc Nurs.*,1,20(3),183–191.

Kolkailah A.A., Alreshq R.S., Muhammed A.M., Zahran M.E., Anas El-Wegoud M, Nabhan AF., 2018, Transradial versus transfemoral approach for diagnostic coronary angiography and percutaneous coronary intervention in people with coronary artery disease, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.

Koç Z., Keskin Kızıltepe S., Çınarlı T., Şener A., 2017, Hemşirelik Uygulamalarında, Araştırmalarında, Yönetiminde ve Eğitiminde Kuramların Kullanımı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (1),62-72.

Köhler A.K., Jaarsma T., Tingström P., Nilsson S., 2020, The effect of problem-based learning after coronary heart disease – a randomised study in primary health care (COR-PRIM), *BM Cardiovascular Disorders*, 20(1),370.

Köroğlu, N., 2018, *Psikoloji Öğrencilerinde Depresyonun Yordayıcısı Olarak Öz Yeterlik ve Beden Algısı*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Khan M, Hashim M, Mustafa H., ve diğ., 2020, Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study, *Cureus* 12(7).

Khani Jeihooni A, Jormand H, Saadat N, Hatami M, Abdul Manaf R, Afzali Harsini P.,2021, The application of the theory of planned behavior to nutritional behaviors related to cardiovascular disease among the women. *BMC Cardiovasc Disord.* 7,21(1),589.

Klimis H., Thiagalingam A, McIntyre D.ve diğ., 2021, Text messages for primary prevention of cardiovascular disease: The TextMe2 randomized clinical trial, *Am Heart J.*,242,33-44.

Lawton J.S., Jacqueline E.Holland T.ve diğ., 2022, ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines, *Circulation*, 145(3), 18-114.

Lee MJ., Jung D., 2019, Development and effects of a self-management efficacy promotion program for adult patients with congenital heart disease, *Eur J Cardiovasc Nurs*, 18,140-148.

Legler S., Celano C.M., Beale E.ve diğ.,2020, Use of text messages to increase positive affect and promote physical activity in patients with heart disease: The Promoting Activity in Cardiac Patients via Text Messages (PACT) pilot study, *Current Psychology*, 39, 648-655.

Liu X., Grace S.L., Ghisi G.L.M., Shi W., Shen C., Oh. P. Zhang Y., 2022, Controlled pilot test of a translated cardiac rehabilitation education curriculum in percutaneous coronary intervention patients in a middle-income country delivered using WeChat: acceptability, engagement, satisfaction and preliminary outcomes, *Health Education Research*, 37(5),314-332.

Liu N, Liu S, Yu N, Peng Y, Wen Y, Tang J, Kong L., 2018, Correlations among Psychological Resilience, Self-Efficacy, and Negative Emotion in Acute Myocardial Infarction Patients after Percutaneous Coronary Intervention, *Front Psychiatry*, 23,9,1.

Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., González, V., Laurent, D., Lynch, J., 1996, Outcome measures for health education and other health care interventions, Thousand Oaks, CA: *Sage Publications*, 24-25, 41-45.

Madadkar Dehkordi S., Okhovat F., Karimiankakolaki Z., 2021, Designing a Clinical Trial Protocol about the Impact of Family-Based Multimedia Education Based on Telephone Tracking (Tele Nursing) to Improve the Quality of Life and Self-Efficacy in Patients with Myocardial Infarction, *International Journal of Surgery Protocols*,25(1),92-97.

Malakar A. Kr., Choudhury D.,Halder B., Paul P.,Uddin A., Chakraborty S., 2019, A review on coronary artery disease, its risk factors, and therapeutics, *J.Cell.Physiol.*,234(10),16812-16823.

Manzoor S., Aliya Hisam A., Aziz S., Mashhadi S.F., Ul Haq Z., 2021, Effectiveness of Mobile Health Augmented Cardiac Rehabilitation on Behavioural Outcomes among Post-acute Coronary Syndrome Patients: A Randomised Controlled Trial, *J Coll Physicians Surg Pak*,31(10),1148-1153.

Mert Boğa S., 2016, *Perkütan Koroner Girişim Sonrası Uygulanan Pozisyon Değişikliğinin Sırt Ağrısı, Yaşam Bulguları ve Damarsal Komplikasyonlar Üzerine Etkisi*, Doktora Tezi İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Mols R. E., Hald M., Sonderby Vistisen H., Lomborg K. Maeng M., 2019, Nurse-led Motivational Telephone Follow-up After Same-day Percutaneous Coronary Intervention Reduces Readmission and Contacts to General Practice, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 34(3),222–230.

Nolan MT, McKee G., 2016, Is Knowledge Level of Coronary Heart Disease and Risk Factors Among Post-Percutaneous Coronary Intervention Patients Adequate?, *J Cardiovasc Nurs*. 31(3).

Nouhi E., Dahesh T., Shojaefar F., 2021, Effect of media messages on health-promoting lifestyle of acute coronary syndrome patients: A randomized clinical trial, *Journal of Education and Health Promotion*, 10:448.

Ni Y. Wen Y. Bao Y., Xu Y. Chen Z., Yang X., He J., and You G., 2022, Nurses' perspectives on the barriers to and facilitators of the implementation of secondary prevention for people with coronary heart disease: a qualitative descriptive study, *BMJ Open*, 12(9).

Nurmeksela A. Pihlainen V. Kettunen N. ve diğ. 2021, Nurse-led counseling for coronary artery disease patients: A 1-year follow-up study, *Nursing Health Sciences*, 23(3),678-687.

Onat A, Çakır H, Karadeniz Y, Dönmez İ, Karagöz A, Yüksel M, Can G., 2014, TEKHARF 2013 taraması ve diyabet prevalansında hızlı artış, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 42(6), 511-516.

Onat A, Can G, Kaya Ays, Muhammet Keskin, İ. Mert Hayıroğlu, Yüksel H., 2017, Algorithm to predicting CHD death risk in Turkish adults: conventional factors contribute moderately, *Anatol J Cardiol*, 17.

Oyetunde MO, Akinmeye AJ., 2015, Factors influencing practice of patient education among nurses at the University College Hospital, Ibadan, *Open Journal of Nursing*, 5(5),500-7.

Orgun F., Paylan Akkoç C., 2020, Hasta Eğitim Materyallerinin Değerlendirilmesi: Okunabilirlik Formülleri ve Materyal Değerlendirme Araçları, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(3), 412-8.

Pedersen CG, Nielsen CV, Lynggaard V, Zwisler AD, Maribo T., 2022, The patient education strategy "learning and coping" improves adherence to cardiac rehabilitation in primary healthcare settings: a pragmatic cluster-controlled trial, *BMC Cardiovasc Disord*, 8, 22(1) 364.

Persil Özkan ve diğ., 2019, Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi, *Mersin Üniv. Sağ. Bil. Dergisi*, 12(1)22-31.

Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, ve diğ., 2016a, 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR), *Atherosclerosis*, 252, 207–274.

Piepoli MF., Hoes AW., Agewal S., Albus. Brotons C., Catapano AL., Cooney MT., Corra V., Cosyns B., Deaton C., 2016b, Showwmore, Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, *Euorepean Heart Journal*, 37 (29).

Pitta N.C., Furuya R.K., Freitas N.D. ve diğ., 2022, Effect of an educational program on physical activity in individuals undergoing their first percutaneous coronary intervention: A randomized clinical trial, *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11:25.

Podvorica E. Bekteshi T., Oruqi M., Kalo I., 2021, Education of the Patients Living with Heart Disease, *Mater Sociomed*, 33(1),10-15.

Pushkarev G, Kuznetsov V, Yaroslavskaya E, Bessonov I., 2019, Social support for patients with coronary artery disease after percutaneous coronary intervention, *J Psychosom Res.*,119,74-78.

Raymond B., Luckett T., Johnson M., Hutchinson A., Lovell M., Philips J., 2019, Low-intensity educational interventions supporting self-management to improve outcomes related to chronic breathlessness: a systematic review, *Npj primary care respiratory medicine*, 29(41).

Rochelle A. D., 2020, *Effect of an Educational Intervention on Coronary Artery Disease Knowledge in Men and Women at Risk for Coronary Artery Disease*. Doctor of Nursing Practice Projects Andrews University School of Health Professions.

Ronghua F., D. Xuexue, 2018, Electronic messaging intervention for management of cardiovascular risk factors in type 2 diabetes mellitus: A randomised controlled trial, *J Clin Nurs*, 27, 612-620.

Rose S.,2023 Lewis's Medical-Surgical Nursing, Twelfth Edition, by Elsevier Inc. All rights reserved.

Şahin G, Buldak C İ, Kaya V, Güvenç G, İyigün E., 2020, Türkiye’de hemşirelikte model kullanılarak yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi: sistematik derleme, *HEAD* 17(2),170-9.

Saragih I D. Schorr E. Porta C. M. Ve diğ., 2022, Effects of telehealth- assisted interventions for secondary prevention of cardiovascular disease: A systematic review and meta- analysis, *Journal of Clinical Nursing*, 1-17.

Senemoğlu N., 2005, *Gelişim ve öğrenme*. Ankara: Gazi Kitabevi.

Sevinç S., 2016, Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Yaşam Şekli Değişikliği: Pender’ in Sağlığı Geliştirme Modeli, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14),147-152.

Sim V. Galbraith K., 2020, Effectiveness of multimedia interventions in the provision of patient education on anticoagulation therapy: A review, *Patient Education and Counseling*, 103:2009–2017.

Su J.J., Yu D.S., 2021, Effects of a nurse-led eHealth cardiac rehabilitation programme on health outcomes of patients with coronary heart disease: A randomised controlled trial, *International Journal of Nursing Studies*, 122,104040

Suksomboon N, Poolsup N, Nge YL., 2014, Impact of phone call intervention on glycemic control in diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials, *PLoS One*, 9:e89207.

Schulz, K.F., Altman, D.G. ve Moher, D., 2010, For the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. CONSORT Statement 2010 Flow Diagram. *BMJ* 2010; 340, c332. <http://www.consortstatement.org/consort-statement/flow-diagram>. [Ziyaret tarihi: 22.10.2022]

Shan Z, Huang H, Tang S., 2020, Effect of diversified and staged health education on the compliance of elderly patients with coronary heart disease, *Ann Palliat Med*, 9(6),4074-4080.

Shariful Islam S.M., Farmer A.J., Bobrow K., Maddison R. Whittaker R. ve diğ., 2019, Mobile phone text-messaging interventions aimed to prevent cardiovascular diseases (Text2PreventCVD): systematic review and individual patient data meta-analysis, *Open Heart*,6(2).

Sharma P., Ghai S., Kumar Rohit M., Dutta M., 2018, Effectiveness of “percutaneous coronary intervention care program” on selected variables among patients undergoing percutaneous coronary intervention, *International Journal of Noncommunicable Diseases*, 3(4),126-133.

Sharma A., Mentz RJ., Granger BB., Heitner JF., Cooper LB., Banerjee D., Green CL., Majumdar MD., Eapen Z., Hudson L. ve diğ., 2019, Utilizing mobile technologies to improve physical activity and medication adherence in patients with heart failure and diabetes mellitus: rationale and design of the TARGET-HF-DM trial, *American Heart Journal*, 211, 22–33.

Shen Q., He P., Wen M., Yu J., Chen Y., Li J., Ouyang X., 2021, Secondary prevention of coronary heart disease: The effect of a nursing intervention using Cox's interaction model of client health behaviour, *J Adv Nurs*, 77(10), 4104-4119.

Shi W., Ghisi GLM., Zhang L., Hyun K., Pakosh M., Gallagher R., 2022, A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of patient education for secondary prevention in patients with coronary heart disease: impact on psychological outcomes, *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14, 21(7),643-654.

Shi YJ., Liu Y., Jiang TT., Zhang HR., Shi TY., 2022, Effects of multidisciplinary exercise management on patients after percutaneous coronary intervention: A randomized controlled study, *Int J Nurs Sci*, 21, 9(3), 286-294.

Şenyuva E., Taşocak G., 2007, Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci, *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 15(59),100-106.

Tan C., Schatz R.A., 2016, The History of Coronary Stenting *Interventional Cardiology Clinics*, 5(3), 271-280.

Taşocak G., 2003, *Hasta Eğitimi*, İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 3-93.

Tokgözoğlu L, Kayıkçıoğlu M, Altay S, Aydoğdu S, ve diğ., 2017, EUROASPIRE-IV: Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin koroner arter hastalarında yaşam tarzı, risk faktörleri ve tedavi yaklaşımı üzerine çalışması: Türkiye verileri, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(2), 134-144

Tokgözoğlu L., Kayıkcioglu M., Ekinci B., 2021, The landscape of preventive cardiology in Turkey: challenges and successes, *Am J Prev Cardiol*, 6,100184

Tomberli B., Mattesini A., Baldereschi G., Di Mario C., 2018, A Brief History of Coronary Artery Stents, *Rev. Esp. Cardiol*, 71 (5), 312-319.

Tuna S. 2019, *Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Planlı Taburculuk Eğitiminin Sağlık Bilgi ve İnançlarına Etkisinin Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi.

Turan Kavradım S., Özer Z., 2018, Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlilik, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3),334-345.

Turan Kavradım S., 2018, *Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan roy uyum modeline temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz-yeterlilik ve uyum düzeylerine etkisi*, Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Turan Kavradım S., Yangöz Ş.F., Canli Özer C., Boz İ., 2020, Instruments to assess self-efficacy among people with cardiovascular disease: A COSMIN systematic review, *The International Journal of Clinical Practice*, 74,1-15.

Turan Kavradım S., Canli Özer C., 2020, The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomised controlled trial, *Scand J Caring Sci*, 34(1),247-260.

Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı (2021-2026) Ankara <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi-2021-2026.html> [Ziyaret tarihi:12.10.2022].

TÜİK <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> [Ziyaret tarihi:12.10.2022].

Thakkar J., Redfern J., Khan E. Atkins E. ve diğ., 2018, Healthcare resource utilisation by patients with coronary heart disease receiving a lifestyle-focused text message support program: an analysis from the TEXT ME study, *Australian Journal of Primary Health*, 24(3)256-262.

Uçar A. Canbolat Ö., 2021, Kardiyovasküler Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 12(29),155-162.

Uysal A., 2019, *Perkütan Koroner Girişim Sonrası Mobil Destekli İzlem ve Sürekli Hasta Eğitiminin Hastalık Yönetimine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Xiao L., Wang P., Fang Q., Zhao Q., 2018, Health-promoting Lifestyle in Patients after Percutaneous Coronary Intervention, *Korean Circ J.*, 48(6), 507-515.

Vatansever Ö., Ünsar S., 2014, Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8),66-74.

Vaughan Johnston, T. I., Jacobson, J. A., 2020, Self-efficacy theory. The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Models and Theories, (1st ed., 1, pp. 375–379). Hoboken, NJ, USA: Wiley.

Virani S. S., Smith S.C., Stone N. J., Grundy S.M., 2020, Secondary Prevention for Atherosclerotic Cardiovascular Disease. Comparing Recent US and European Guidelines on Dyslipidemia, *Circulation*, 141(14) 1121-1123.

Yalçın H., Canbaz Tosun F., 2018, Koroner Arter Hastalığı Tanı ve Yönetiminde Nükleer Kardiyoloji, *Nucl Med Semin*, 4,80-95.

Yan J., You L.M., Yang Q. ve diğ., 2014, Translation and validation of a Chinese version of the 8-item Morisky medication adherence scale in myo-cardial infarction patients, *J Eval Clin Pract*, 20,311-317.

Yıldırım G., Oğuz S., 2022, The Effect of Music and Nature Sounds on Vital Findings and Anxiety Levels in Patients with Percutaneous Coronary Intervention, *Eurasian Journal of Health Sciences*, 5(1),32-41.

Yu H., Zhang P., Wang X., Wang, Y., Zhang B., 2019, Effect of health education based on behavioral change theories on self-efficacy and self-management behaviors in patients with chronic heart failure, *Iran J Public Health*, 48, 421-428.

Yuan L, Yuan L., 2021, Effectiveness of nursing Intervention on anxiety, psychology and self-efficacy among elderly patients with acute coronary syndrome after percutaneous coronary intervention: an observational cohort study, *Medicine*, 100:33

Zengin F., 2019, *Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ile Kardiyovasküler Hastalık Riski Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Zuhur Ş., Özpancar N., 2017, Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2),57-74.

Zhai P., Hayat K., Ji W, Li Q, Shi L., Atif N., Xu S., Li P., Du Q., Fang Y., 2020, Efficacy of Text Messaging and Personal Consultation by Pharmacy Students Among Adults With Hypertension: Randomized Controlled Trial *J Med Internet Res*, 22(5).

Zhang T., Qi X., 2021, Greater Nursing Role for Enhanced Post-Percutaneous Coronary Intervention Management, *International Journal of General Medicine*, 14,7115-7120.

Zhang L., Tian Y., Ren H., Zhu A., Dong L., Wang X., Han X., 2022, Effect of PCI Standardized Telephone Follow-Up Service Mode on Out-of-Hospital Complications, Rehospitalization Rate, and Quality of Life of Discharged Patients with Acute Coronary Syndrome after PCI, *Comput Math Methods Med*,21.

Zhang P., Hu YD., Xing FM., Li CZ., Lan WF., Zhang XL., 2017, Effects of a nurse-led transitional care program on clinical outcomes, health-related knowledge, physical and mental health status among Chinese patients with coronary artery disease: A randomized controlled trial, *Int J Nurs Stud*. 74:34-43.

Zheng X., Spatz E.S., Bai X. ve diğ., 2019, Effect of Text Messaging on Risk Factor Management in Patients With Coronary Heart Disease The CHAT Randomized Clinical Trial Circulation, *Cardiovascular Quality and Outcomes* 12:4.

Zhou Y., Liao J., Feng F., Ji M., Zhao C., Wang X., 2018, Effects of a Nurse-Led Phone Follow-up Education Program Based on the Self-efficacy Among Patients With Cardiovascular Disease, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(1),15-23.

Walker SN., Hill-Polerecky DM., 1996, Psychometric Evaluation of The Health Promoting Lifestyle Profile II Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center.

Walker SN., Sechrist KR., Pender NJ., 1987, The Health Promoting Lifestyle Profile Development And Psychometric Characteristics, *Nursing Research* 36,76-80.

Williamson TM., Rouleau CR., Aggarwal SG., Arena R., Hauer T., Campbell TS., 2021, The impact of patient education on knowledge, attitudes, and cardiac rehabilitation attendance among patients with coronary artery disease, *Patient Educ Couns.* 104(12), 2969-2978.

Willis, E., 2016, Patients' self-efficacy within online health communities: Facilitating chronic disease self-management behaviors through peer education, *Health Communication*, 31(3), 299–307.

Windecker S., Kolh P., Alfonso F., Collet F-P., Cremer J., Falk V., ve diğ., 2014, ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization, *Eur Heart J*.35,2541-2619.

World Health Organization, 2021 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)) [Ziyaret tarihi:12.10.2022].

Woods C.E., Jones R., O'Shea E., Grist E., Wiggers J., Usher K., 2019, Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review, *Journal of Clinical Nursing*, 28, 3386-3399.

Wu, S. V., Hsieh, N., Lin, L., Tsai, J., 2016, Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator, *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2609–2618.

White LL., Cohen MZ., Berger AM., Kupzyk KA., Bierman PJ., 2019, Self-efficacy for management of symptoms and symptom distress in adults with cancer: an integrative review, *Oncol Nurs Forum*, 46, 113-128.

https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/35664/0/stratejik-plan-2010-2014pdf.pdf?_tag1=645253105A84728F7DFD78DA38BD15E44B061D86[Ziyaret tarihi:20.12.22].

<https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> 2015-2020 [Ziyaret tarihi:20.12.22].

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi-2021-2026.html> [Ziyaret tarihi:20.12.22]

EKLER

EK 1 BİLGİ FORMU

EK 2 BİLGİ TESTİ

EK 3 KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

EK 4 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

EK 5 GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR

EK 6 HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

EK 7 CEP TELEFONUNA HAFTALIK GÖNDERİLEN KISA MESAJLAR

EK 8 ETİK KURUL ONAYI

EK 9 KURUM İZNİ

EK 10 KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZNİ

EK 11 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II KULLANIM İZNİ

EK 12 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORM

BİLGİ FORMU

Ad Soyadı:

Tarih:

Protokol No:

Telefon Numarası:

1. Bölüm Sosyo-demografik Özellikler

1.Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()

2.Yaşınız

3.Medeni Durumunuz: Evli () Bekar () Diğer ()

4.Öğrenim Durumunuz: Okuryazar değil () Sadece Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise ()
Lisans ve Lisansüstü ()

5. Mesleğiniz :

6.Çalışma durumunuz: Çalışıyor () Çalışmıyor () Diğer

7. Sosyal Güvenceniz: Var () Yok ()

8. Gelirinizin giderinizi karşılama durumu: () Karşılamıyor () Karşılıyor

9.Kimle(lerle) yaşıyorsunuz:

2. Bölüm Hastalık Öyküsü

1. Daha önce koroner anjiyografi, balon, stent yapılma durumu: Hayır () Evet ()
2. İşlemden ya da işlem sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişti mi?
(Allerji, kanama, hematom vb.)
3. Diyabetes Mellitus (DM) varlığı: () Hayır () Evet DM tanısı konulma zamanı: Gün/Ay/Yıl
4. Hipertansiyon (HT) varlığı: () Hayır () Evet HT tanısı konulma zamanı: Gün/Ay/Yıl
5. Ailenizde kalp hastalığı öyküsü var mı?: () Hayır () Evet ()
6. Hastalık hakkında daha önce bilgi alma durumu: () Hayır () Evet
7. Sigara kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet paket/gün () Bıraktım... gün / ay / yıl
8. Alkol kullanıyor musunuz? () Hayır () Evet kadeh/ gün () Bıraktım...gün / ay / yıl

3. Bölüm

Hastanın Laboratuvar Sonuçları ve Ölçümleri

	Yatış Sırasında	10. gün Kontrol Randevusunda	3. ay Kontrol Randevusunda
Total Kolesterol			
<u>Trigliserid</u>			
LDL			
HDL			
Açlık Kan Glikoz Düzeyi			
BUN			
<u>Kreatin</u>			
<u>Hematokrit(Hct)</u>			
<u>Hemoglobin (Hgb)</u>			
Boy			
Kilo			
Beden Kitle İndeksi			
Kan Basıncı			

1. Üç ay içerisinde rutin kontroller dışında hastaneye başvurdunuz mu?
Başvurmadım () Başvurdum () Açıklayınız.....
2. Üç ay içerisinde herhangi bir komplikasyon yaşadınız mı?
Hayır () Evet () Açıklayınız.....

EK 2: BİLGİ TESTİ

ÖN SON TEST

YÖNERGE: Sayın katılımcı,

İÜC Lisansüstü Eğitim Enstitüsü doktora programı kapsamında tez çalışması amacıyla hazırlanan aşağıdaki sorulara size uygun cevabı işaretleyerek yanıt vermeniz beklenmektedir.

Soru1) Koroner kalp hastalığının nedeni nedir?

- A. Kalbin beslenmesini sağlayan damarların tıkanması.
- B. Kalpten akciğere giden damarların tıkanması.
- C. Kalpten böbreklere giden damarların tıkanması.
- D. Kalpten beyne giden damarların tıkanması.
- E. Kalpten tüm vücuda giden damarların tıkanması.

Soru 2) Kalbi besleyen damarlardaki darlıkları veya tıkanıklıkları açmak için damara yerleştirilen ince tüpe ne denir?

- A. Kateter
- B. Kanül
- C. Stent
- D. Balon
- E. Tüp

Soru 3) Stent işleminden önce hangisini yapmalısınız?

- A. Kahvaltı yapmalıyım.
- B. Kasık bölgesini tüylerden temizlemeliyim.
- C. Bol su içmeliyim.
- D. Sürekli kullandığım ilaçları içmeliyim.
- E. Sakinleştirici ilaç içmeliyim.

Soru4) Stent işleminden sonra neden fazla su (yaklaşık iki litre kadar) içmek gerekir?

- A. Radyolojik maddeyi böbreklerden atmak için.
- B. Tansiyon düşmesini engellemek için.
- C. Stent'in tıkanmasını önlemek için.
- D. Kalbin pompalama gücünü arttırmak için.
- E. Böbreğin hızlı çalışması için.

Soru 5) Aşağıdakilerden hangisini taburculuk sonrasında yapmamalısınız?

- A. İşlem bölgesindeki pansumanı çıkarıp ayakta ılık duş almak.
- B. Öksürür ya da aksırırken işlem bölgesini desteklemek.
- C. İşlem bölgesini ışıık açısından kontrol etmek.
- D. İşlem bölgesine pansuman yapmak.
- E. İşlem bölgesini az hareket ettirmek.

Soru 6) Kalp ilaçlarınızı eksik ya da düzensiz kullanırsanız hangi sorunu yaşayabilirsiniz?

- A. Halsizlik-yorgunluk
- B. Nefes darlığı
- C. Göğüs ağrısı-çarpıntı
- D. Bulantı-kusma
- E. Baş dönmesi

Soru 7) Aşağıdakilerden hangisinde hastaneye başvurmalsınız?

- A. İşlem bölgesinde hafif ağrı olduğunda
- B. İşlem bölgesinde hafif morluk olduğunda
- C. İşlem bölgesinde kızamıklik olduğunda
- D. İşlem bölgesinde uyuşma his kaybı olduğunda
- E. İşlem bölgesinde fındık büyüklüğünde şişlik olduğunda

Soru 8) Taburculuk sonrası hekim ve hemşirenizin kalp sağlığını ile ilgili yönlendirmelerine neden uymalsınız?

- A. Koroner damarlarının tekrar tıkanmasını önlemek için.
- B. Kullandığım ilaçları kısa sürede bırakmak için
- C. Bağışıklık sistemimi güçlendirmek için.
- D. Kalbin çalışma yükünü azaltmak için.
- E. Hastane kontrolüne gitmeyi önlemek için.

Soru 9) Kalp sağlığını korumak için aşağıdakilerden hangisini yaparsınız?

- A. Fazla kilolarımdan hızlıca kurtulurum.
- B. Zayıflama ilaçları kullanırım.
- C. Yemeğime tuz eklerim.
- D. Yağlı yemekler tüketirim.
- E. Sebze ve meyve ağırlıklı beslenirim.

Soru 10) Düzenli fiziksel aktivite ve egzersiz yapmak kalp sağlığını nasıl etkiler?

- A. Kalbin çalışma hızını artırır.
- B. İyi huylu kolesterolü (HDL) artırır.
- C. Kalp kasını güçlendirir.
- D. Solunumu hızlandırır
- E. Akciğerleri iyi çalıştırır.

EK 3 : KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

ÖZ-YÖNETİM DAVRANIŞLARINI GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİN ÖZ-ETKİLİLİK

Düzenli Bir Şekilde Spor Yapma

1. Aktif-pasif egzersiz, ağırlık kullanma gibi hafif bir şekilde kas güçlendirme veya esnetme çalışmalarını haftada 3 ya da 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
2. Yürüme, yüzmeye veya bisiklete binme gibi aerobik egzersizlerini haftada 3 veya 4 kez yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
3. Semptomları daha kötü hale getirmeden, egzersiz yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var

Hastalık Hakkında Bilgi Alma

4. Hastalığınız hakkında toplum kaynaklarından bilgi almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
--	-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

Toplum, Aile ve Arkadaşlardan Yardım Alma

5. Alışveriş yapma, yemek pişirme ve ulaşım gibi günlük ihtiyaç duyduğunuz işlerinde aile ve arkadaşlarınızdan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
6. Birinin size dinlemesi ya da sorunlarınız üzerine konuşmada aile ve arkadaşlarınızdan duygusal destek almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
7. Bahçe işleri, yemek hazırlama veya kişisel temizlik gibi günlük işlerinize ilişkin ihtiyaç duyduğunuzda aileniz veya arkadaşlarınız dışındaki kaynaklardan yardım almada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var

Doktorla İletişim

8. Hastalığınız hakkında doktora bir şeyler sormada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
9. Hastalığınızla ilgili olabilecek kişisel bir sıkıntınızı açık bir şekilde doktorunuzla paylaşmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var
10. Hastalığınızın seyrinde farklılıklar yaşadığınızda bunları doktorunuzla çözümlemekte kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	tamamen güvenim var

GENEL ÖZ-ETKİLİLİK

Genel Hastalık Yönetimi

11. Hasta olma, genellikle hastalığı yönetmek için farklı görev ve aktiviteleri yapmak anlamına gelir. Hastalığınızı düzenli bir şekilde yönetmek için ihtiyac duyduğunuz tüm şeyleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var
12. Sağlık durumunuzu yönetmek adına bir doktora muayene olma ihtiyacınızı azaltmak için gereksinim duyduğunuz farklı görev ve aktiviteleri yapabilmeye kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var
13. Günlük yaşamınızı etkilememesi için sağlık durumunuzdan kaynaklı duygusal gerginliğinizi azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var
14. Hastalığınızın günlük yaşamınızı etkileme düzeyini azaltmak için sadece ilaç almanın dışında bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var

SONUÇLARA ULAŞMAK İÇİN ÖZ-ETKİLİLİK

Ev İşlerini Yapma

15. Sağlık sorunlarınıza rağmen getir götür işlerinizi yaptırma kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var
16. Sağlık sorunlarınıza rağmen alışverişinizi yaptırma kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var

Sosyal/Eğlence Aktiviteleri

17. İleri alanlarınız ve sizi eğlendiren etkinlikleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var
18. Sosyal ziyaretler ve eğlence gibi arkadaşlarınız ve ailenizle birlikte yapmayı sevdiğiniz aktiviteleri sürdürmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var

Semptomlarla Başa Çıkma

19. Fiziksel rahatsızlığınızı veya ağrınızı azaltmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var
20. Hastalığınızdan kaynaklı yorgunluğunuzun yapmak istediğiniz şeylerden sizi alıkoymasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var
21. Hastalığınızdan kaynaklanan fiziksel rahatsızlığınızın veya ağrınızın yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok	1	2	3	4	5	6	7	tamamen güvenim var

22. Hastalığınızdan kaynaklı herhangi bir başka belirtinin veya sağlık sorununun yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
23. Herhangi bir belirtinin veya sağlık sorununun yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını kontrol edebilmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
Nefes Darlığı İle Başa Çıkma		
24. Nefes darlığınızın yapmak istediğiniz şeyleri gerçekleştirmenize engel olmasını önlemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
Depresyonu Yönetme/Kontrol		
25. Yaptığınız herhangi bir şeyin herhangi bir farklılık yaratmadığını gördüğünüzde cesaretinizin kırılmasını engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
26. Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
27. Kendinizi yalnız hissetmenizi engellemede kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
28. Yalnız hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
29. Cesaretiniz kırılmış hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10
30. Üzgün veya moral yönünden çökmüş hissettiğinizde kendinizi daha iyi hissettirecek bir şeyler yapmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	hiç güvenim yok 1 2 3 4 5 6 7	tamamen güvenim var 8 9 10

EK 4: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.					
		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
	SAĞLIK SORUMLULUĞU				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
9	Televizyonda sağlık geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için sorular sorarım.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
51	Gereksinim duyduğunda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
	FİZİKSEL AKTİVİTE				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (Hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi).				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm.				
22	Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binmeye gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım.				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim).				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
	BESLENME				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
8	Şekerli ve tatluyu kısıyorum.				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
50	Kahvaltı yaparım.				
	MANEVİ GELİŞİM				
6	Ohumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

	KİŞİLERARASI İLİŞKİLER				
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
	STRES YÖNETİMİ				
5	Yeterince uyurum.				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				



EK 5: GÖRÜŞÜNE BAŞVURULAN UZMANLAR

Prof Dr. Vesile ÜNVER- Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Ahmet YILDIZ-İ.Ü. Cerrahpaşa Kardiyoloji Enstitüsü Kardiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Emine ŞENYUVA- İ.Ü. Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Hilal UYSAL- Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Uzm. Hemşire Gülistan KARAGÖZ- İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu

EK 6: HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM (STENT) HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI



EK 7: CEP TELEFONUNA HAFTALIK GÖNDERİLEN KISA MESAJLAR

HAFTALAR	MESAJ İÇERİKLERİ	Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı /Öz yeterlilik Basamakları
1.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Kan sulandırıcı ilaçlarınızı düzenli almanız stentinizin tıkanmasını önlemek adına oldukça önemlidir. Lütfen ilaçlarınızı size tarif edilen şekilde almaya özen gösteriniz. İlaçlarınızı aldıysanız mesajıma evet yazar mısınız?	Sözel ikna – Güdüleme- Davranış oluşturma süreci
2.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Kalp damarlarım artık tıkalı değil stentim var tedavim tamamlandı diye düşünüyor olabilirsiniz. Unutmayın! Asıl tedaviniz şimdi başlıyor. Kalbinizin sağlıklı halini korumak sizin elinizde. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile bunu basitçe yapabileceğinizi biliyorsunuz. Hadi sıra sizde.	Hatırd tutma- Güdüleme süreci
3.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Stres, öfke, kaygı ve gerginlik duyguları ile aranız nasıl? Kalp damar hastalıkları riskini artıran nedenler arasında önemli bir yere sahip olduklarını unutmadınız sanırım. Bu mesajı okuduysanız eğer şimdi evet tam şimdi derin bir nefes alıp yavaşça verin. Bunu sadece nefesinize odaklanarak birkaç kez tekrarlayın. Deneyin! Farkı göreceksiniz.	Duygusal durum
4. HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Şişmanlık karın ve kalça bölgesinde oluşan yağlanmalar kalp damar sağlığınız için ciddi tehdit oluşturmaktadır. Taburculuk sonrası kilo kontrolünüzü sağlayabildiniz mi? Kilo kontrolünüzü sağlayarak kalp sağlığınızı korumada ciddi bir adım atabilirsiniz.	Sözel ikna –Güdüleme- Davranış oluşturma süreci
5.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Kalp damar sağlığınız için günde 6-8 saat ve kaliteli uyuyun. Kaliteli ve düzenli bir uyku tansiyonunuzu düzenler, düzensiz kalp ritmi olasılığını ve kalp krizi riskini azaltır. Her gün aynı saatte yatıp aynı saatte yatmaya gayret ediniz.	Sözel ikna –Güdüleme- Davranış oluşturma süreci
6. HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Sağlıklı beslenmenin hayatımızda ne kadar önemli olduğunu biliyor musunuz? Kalbiniz için bu sabah kahvaltıda poğaç, börek yemek yerine bol yeşillikle ve tahıllı bir ekmekle kahvaltı etmeye ne dersiniz? Sağlıklı bir yaşam için kalbinizin sevdiği yiyecekleri tercih etmeyi unutmayın.	Sözel ikna-Güdüleme- Davranış oluşturma süreci
7. HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Bugün hadi biraz hareket edelim. Sağlıklı bir yaşam için en ucuz ve kolay yaklaşımın egzersiz olduğunu, ölçülü ve uygun egzersizin kalp hastalığından sizi koruduğunu unutmayın. Hadi hareket zamanı! Açık havada biraz yürüyüş hem size hem kalbinize iyi gelecektir.	Sözel ikna-Güdüleme- Davranış oluşturma süreci

8.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Bugün kendinizi nasıl hissediyorsunuz? Aynaya bakıp kendinize gülümseyin. Derin nefes alıp yavaşça verin. Sevdiklerinizi düşünün. Yaşamak, nefes almak çok güzel öyle değil mi? Hele ki sağlığınız yerinde ise. Unutmayın siz sağlıklı yaşamayı tercih ederek çok büyük bir adım attınız. Çok iyi gidiyorsunuz. Bu yolda devam edin.	Duygusal durum
9.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Kalp sağlığını korumak adına bazı davranış değişiklikleri girdi yaşamınıza. Belki biraz zorlandığınız zamanlar oluyor. Ama pes etmek yok. Biliyor musunuz bir davranışı 21 gün boyunca hiç ara vermeden tekrar etmek, beynimizdeki bağlantılar sayesinde o davranışın alışkanlık haline gelmesini sağlıyor. Kalp sağlığınıza iyi gelen her şeyi bu sayede hayatınıza çok kolay uyumlayabileceğinizi unutmayın.	Dikkat etme-hatırd tutma
10.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Uzmanlara dünyada ortalama 126,5 milyon insanın kalp hastalığı ile yaşadığını söylüyor. Bunlardan biri de sizsiniz. Birçok insan kalp hastalığını kendi attığı adımlarla yönetebiliyor. Tıpkı sizin gibi. Yapamadıysanız bile bir adım atmak için henüz geç değil.	Başkalarının Deneyimleri
11.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Kalp ve damar sağlığınıza için öncelikle kendinizi tanıyın. İçinde bulunduğunuz risk faktörlerini yaş, genetik ya da çevre gibi. Bunları bilmek kalp sağlığınıza korumak için atacağınız en önemli adım olacaktır. Riskleri bilir ve yaşantınız buna göre değiştirir, önlemler alırsanız büyük oranda yol almış olursunuz.	Dikkat etme –Hatırd tutma süreci
12.HAFTA	Merhaba sağlıklı günler; Artık çabalarınızın karşılığını görme yani kontrol zamanı. Gelin birlikte kalbiniz için yaptıklarınızı değerlendirelim. Lütfen size belirtilen tarihte kontrol randevunuza gelmeyi ihmal etmeyiniz.	Performans Başarısı

EK 8: ETİK KURUL ONAYI

İÜC Tarih ve Sayı: 25.01.2021-15632



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Kurulu
Başkanlığı



Sayı :E-74555795-050.01.04-15632
Konu :2020-52 sayılı Etik Kurul Onayı

Sayın Senem KUŞELİ DOST
İÜC Kardiyoloji Enstitüsü
Kardiyoloji Anabilim Dalı
Doktora Öğrencisi

İlgi : 16.12.2020 tarihli proje başvurunuz.

Yürütücülüğünü üstlendiğiniz "*Planlı Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Öz Yeterlilik ve Sekonder Koruma Üzerine Etkisi*" başlıklı "Doktora Tezi" başvurunuz etik kurulunuz tarafından 06.01.2021 tarihli toplantıda değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

ÖNEMLİ ACIKLAMA

COVID-19 salgının nedeniyle, kurumunuz toplantısını on-line platformda gerçekleştirilmiş olup toplantısında yapılan değerlendirmeler sonucunda; elektronik belge sistemi (EBYS) ile uygunluğu bildirilen yazının ve eki formun ilgili makamlarca "Etik Kurul Onayı" belge olarak değerlendirilmesi hususunda;

Gereği için bilgilerinizi rica ederim

Doç. Dr. Ayşem KAYA
Başkan

 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA	ON-LINE PLATFORMDA DÜZENLENEN ONAY FORMU
--	---

BAŞVURU BİLGİLERİ	Proje Başlığı	“Planlı Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Öz Yeterlilik ve Sekonder Koruma Üzerine Etkisi.” başlıklı “Doktora Tezi”	
	Proje Yürütücüsünün Ünvanı/Adı – Soyadı	Doktora Öğrencisi Senem KUŞELİ DOST	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Tarihi	06.01.2021	
	Karar No	2020/52	
ETİK KURUL ÜYELERİ	UNVANI / ADI / SOYADI	KURUMU	KATILIM DURUMU
	Doç. Dr. Ayşem KAYA (Başkan)	İÜC Kardiyoloji Enstitüsü	Katıldı.
	Prof. Dr. Nurten KAYA (Başkan Yardımcısı)	İÜC Sağlık Bilimleri Fakültesi	Katıldı.
	Prof. Dr. Sibel ÖZYAZGAN	İÜC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	Katıldı.
	Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ	İÜC Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	Katıldı.
	Doç. Dr. Günay CAN	İÜC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	Katıldı.
	Doç. Dr. İlker YÜCESİR	İÜC Spor Bilimleri Fakültesi	Katıldı.
	Doç. Dr. Okay ABACI	İÜC Kardiyoloji Enstitüsü	Katıldı.
	Seren ÇİÇEK (Sivil Üye)	Avukat (Sivil Üye)	Katılmadı.
	Şenel ÜRESİN	Emekli Lab. Teknikeri (Sivil Üye)	Katıldı.

EK 9: KURUM İZNİ

İÜC Tarih ve Sayı: 19.01.2021-10840



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Kardiyoloji Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-69291215-900-10840
Konu : Tez Çalışması

Sayın Senem KUŞELİ DOST

Planlı Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalara Verilen Eğitimin Öz Yeterlilik ve Sekonder Koruma Üzerine Etkisi başlıklı tez çalışmanızı Enstitümüz Kardiyoloji Anabilim Dalında yapma isteğiniz adı geçen anabilim dalının 18.01.2021 tarihli yazısı ile uygun görülmüştür. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Sait Mesut DOĞAN
Enstitü Müdürü

EK 10: KRONİK HASTALIKLARDA ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Doktora Tez Çalışması İçin Önemli!!!

Gelen Kutusu x



SENEM KUŞELİ DOST

20 Şubat Per 10:20



Sayın Hocam; Ben Senem KUŞELİ DOST. İÜC Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim AnaBilim Dalı Doktora öğrencisiyim. Prof. Dr. Hülya KAYA t



Yasemin Ceyhan

20 Şubat Per 13:21



Alıcı: ben ▼

Merhabalar,

Öncelikle planlanan çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Geçerliğini yaptığımız ölçek, genel kronik hastalıklarda kullanılabildiği için çalışmanızda size yardımcı olacaktır diye düşünüyorum.

Hemar G dergisinden çalışma içeriğine ulaşabilirsiniz. Ayrıca sormak istediğiniz noktalarda size yardımcı olabilirim.

Ölçeği kullanmanız bilim adına bizi mutlu edecektir. Ek olarak ölçek formunu gönderiyorum.

Başarılar dilerim...

EK 11: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Ölçek Kullanım İzni!!!

Gelen Kutusu x



SENEM KUŞELİ DOST

10 Mart Sal 10:44 (2 gün önce)



Sayın Hocam; Ben Senem KUŞELİ DOST. İÜC Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Eğitim AnaBilim Dalı Doktora öğrencisiyim. Prof. Dr. Hülya KAYA t



Ayşe Beşer

10 Mart Sal 11:13 (2 gün önce)



Alıcı: ben ▼

Sevgili Senem çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim

Lütfen bu e-postayı yazdırmadan önce çevreye olan etkisini dikkate alınız. Unutmayınız ki; dünyadaki kağıt tüketiminin yarısı kazanılırsa, her yıl 8 milyon hektar orman alanı (Ege Bölgesi büyüklüğünde) yok olmaktan kurtulacaktır.

Please take into account the impact on the environment before printing this e-mail. Do not forget that if we reduce our paper consumption by half, every year 8 million hectares of forest (an area the size of Aegean Region in Turkey) will be saved from vanishing.

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

PLANLI PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARA VERİLEN EĞİTİMİN ÖZ YETERLİLİK ve SEKONDER KORUMA ÜZERİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 17	% 15	% 4	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 3
3	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University Öğrenci Ödevi	% 1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	tamamlayiciterapiler.meetinghand.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.tdhd.org İnternet Kaynağı	<% 1
8	www.tandfonline.com İnternet Kaynağı	<% 1