



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA  
PLANLI TABURCULUK EĞİTİMİNİN SAĞLIK BİLGİ VE  
İNANÇLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERAP TUNA

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA - 2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA  
PLANLI TABURCULUK EĞİTİMİNİN SAĞLIK BİLGİ VE  
İNANÇLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERAP TUNA

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ (Danışman)  
Prof. Dr. YASEMİN YILDIRIM (Jüri Üyesi)  
Doç. Dr. EZGİ KARADAĞ (Jüri Üyesi)  
Dr. Öğretim Üyesi AYNUR ÇETİNKAYA (Jüri Üyesi)  
Dr. Öğretim Üyesi ÖZDEN DEDELİ ÇAYDAM (Jüri Üyesi)

MANİSA-2019

## BEYAN

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

SERAP TUNA



## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince danışmanlığımı yürüten, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, enerjisine hayran olduğum değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. **Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e,**

Tezimin tüm aşamalarında yapıcı eleştiri ve değerli görüşleriyle katkı sağlayan Tez İzlem Komitesi Üyesi hocalarım Dr. Öğr. Üyesi **Özden DEDELİ ÇAYDAM** ve Dr. Öğr. Üyesi **Aynur ÇETİNKAYA'** ya,

Tezimin istatistiksel analizlerinin yapılmasında desteğini esirgemeyen emekli Öğr. Üyesi **Saniye ÇİMEN'e,**

Tezime katkı sağlayan tüm **hastalarımıza,** Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi **Kardiyoloji Yoğun Bakım ve Servisinde çalışan ve destek olan tüm meslektaşlarıma,**

Bu tezi yazarken ve hayatımın her döneminde benden manevi desteklerini ve dualarını esirgemeyen canım **aileme,**

En içten teşekkürlerimi sunarım.

**Serap TUNA**  
**Manisa / 2019**

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa No</b>
<b>BEYAN</b>	i
<b>TEŞEKKÜR</b>	ii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	iii
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	vii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	viii
<b>EKLER DİZİNİ</b>	ix
<b>KISALTMALAR</b>	x
<b>1.ÖZET</b>	1
<b>2.ABSTRACT</b>	2
<b>3.GİRİŞ ve AMAÇ</b>	4
3.1. Amaç	5
<b>4.GENEL BİLGİLER</b>	6
4.1.MİYOKARD İNFARKTÜSÜ TANIMI VE ÖNEMİ	6
4.2.MİYOKARD İNFARKTÜSÜNE NEDEN OLAN RİSK FAKTÖRLERİ	7
4.2.1. Yaş	8
4.2.2. Cinsiyet	8
4.2.3. Aile Öyküsü	8
4.2.4. Sigara	8
4.2.5. Hipertansiyon	9
4.2.6. Hiperkolesterolemi	10
4.2.7. Diabetes Mellitus	10
4.2.8. Obezite	12
4.2.9. Beslenme Şekli – Aterojenik Diyet	12
4.2.10. Fiziksel Aktivite Azlığı	13
4.2.11. Stres	14
4.3. MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE TEDAVİ	15
4.4. MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ	21
4.5. MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE TABURCULUK EĞİTİMİ	21
4.6. SAĞLIK İNANÇ MODELİ	22

4.7.SAĞLIK İNANÇ MODELİ'NİN MİYOKARD İNFARKTÜSÜNE UYGULANMASI	24
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>27</b>
5.1. Araştırmanın Tipi	27
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	27
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	27
5.4. Araştırmanın Hipotezleri	28
5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	29
5.6. Veri Toplama Araçları	29
5.6.1.Hasta Bilgi Formu	29
5.6.2.İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	29
5.6.3. Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	30
5.6.4. Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği	31
5.6.5. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi	31
5.7. Veri Toplama Yöntemi	32
5.7.1. Eğitim Kitapçığı ve Danışmanlık	33
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	35
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	35
<b>6. BULGULAR</b>	<b>36</b>
6.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
6.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	38
6.3. Girişim ve Kontrol Grubunun Miyokard İnfarktüsüne İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
6.4. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
6.5. Girişim ve Kontrol Grubunun İlaça Uyum Düzeyinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması	41

6.6. Girişim ve Kontrol Grubunun Diyete Uyum Düzeyinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması	42
6.7. Girişim ve Kontrol Grubunun Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması	44
6.8. Girişim ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması	46
6.9. Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametreleri (Laboratuvar Değerleri) Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması	48
6.10. Girişim ve Kontrol Grubunun Bel Çevresi Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
<b>7. TARTIŞMA</b>	52
7.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	52
7.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	54
7.3. Girişim ve Kontrol Grubunun Miyokard İnfarktüsüne İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	55
7.4. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	57
7.5. Girişim ve Kontrol Grubunun İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
7.6. Girişim ve Kontrol Grubunun Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
7.7. Girişim ve Kontrol Grubunun Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
7.8. Girişim ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
7.9. Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametrelerinin (Laboratuvar Bulgularının) Karşılaştırılması	64
7.10. Girişim ve Kontrol Grubunun Bel Çevresi Ortalamalarının Karşılaştırılması	64

<b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	66
<b>9. KAYNAKLAR</b>	68
<b>10. EKLER</b>	79
<b>11. DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</b>	90
<b>12.ÖZGEÇMİŞ</b>	91





## ŞEKİLLER DİZİNİ

### Sayfa No

Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli'nin Temel Kavramları ve Tanımlamaları	24
Şekil 2. Araştırma Uygulama Planı	34



## TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 6.1.Girişim ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	36
Tablo 6.2.Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	38
Tablo 6.3.Girişim ve Kontrol Grubunun Miyokard İnfarktüsüne İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	39
Tablo 6.4.Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	40
Tablo 6.5.Girişim ve Kontrol Grubunun İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamasının Karşılaştırılması	41
Tablo 6.6.Girişim ve Kontrol Grubunun Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 6.7.Girişim ve Kontrol Grubunun Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 6.8.Girişim ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 6.9a.Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametreleri (Laboratuvar Değerleri) Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 6.9b.Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametreleri (Laboratuvar Değerleri) Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 6.10. Girişim ve Kontrol Grubunun Bel Çevresi Ortalamalarının Karşılaştırılması	50

## EKLER DİZİNİ

	<b>Sayfa No</b>
Ek.1. Hasta Bilgi Formu	79
Ek.2. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	81
Ek.3. Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği	82
Ek.4. Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği	83
Ek.5. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği	85
Ek.6. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Kararı	86
Ek.7. Araştırmanın Yapıldığı Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Yazılı İzni	87
Ek.8. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği İzni	88
Ek.9. Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeğinin İzni	89
Ek.10. Eğitim Kitapçığı (Zarf içinde sunuldu)	

## **KISALTMALAR**

<b>ACE</b>	:Angiotensin Converting Enzyme (Anjiyotensin dönüştürücü enzim)
<b>AHA</b>	:Amerikan Kalp Cemiyeti
<b>AKS</b>	:Akut Koroner Sendrom
<b>AMI</b>	:Akut Miyokard İnfarktüsü
<b>APSAC</b>	:Asetil Plazminojen Aktivatörü Kompleks
<b>aPTT</b>	:Aktive Parsiyel Tromboplastin Zamanı
<b>AV</b>	:Atriyoventrikül
<b>BGT</b>	:Bozulmuş Glukoz Toleransı
<b>BKİ</b>	:Beden Kütle İndeksi
<b>DM</b>	:Diabetes Mellitus
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKG</b>	:Elektrokardiyografi
<b>HDL</b>	:High Density Lipoprotein (Yüksek dansiteli lipoprotein)
<b>HT</b>	:Hipertansiyon
<b>IDF</b>	: Uluslararası Diyabet Federasyonu (International Diabetes Federation)
<b>KAH</b>	:Koroner Arter Hastalığı
<b>KKH</b>	:Koroner Kalp Hastalığı
<b>LDL</b>	:Low Density Lipoprotein (Düşük dansiteli lipoprotein)
<b>NCEP –ATP</b>	:National Cholesterol Education Program - adult treatment panel
<b>NSTEMI</b>	:ST yükselmesiz MI
<b>PTCA</b>	:Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti
<b>SİM</b>	:Sağlık İnanç Modeli
<b>STEMİ</b>	:ST yükselmeli MI

- t-PA** :Doku Plazminojen Aktivatörü
- TEKHARF** : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
- TURDEP** :Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması
- TÜİK** :Türkiye İstatistik Kurumu
- WHO** :Dünya Sağlık Örgütü



# **Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Planlı Taburculuk Eğitiminin Sağlık Bilgi ve İnançlarına Etkisinin Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin adı:** Serap TUNA

**Danışman:** Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Anabilim Dalı:** Hemşirelik Anabilim Dalı

## **1.ÖZET**

**Amaç:** Bu çalışma, planlı taburculuk eğitimi verilen ve verilmeyen akut miyokard infarktüsü (AMI) geçiren hastalar arasında kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri, ilaç tedavisine uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlar yönünden fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla deneysel randomize kontrollü olarak yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servisinde Eylül 2016 - Aralık 2017 tarihleri arasında yatan, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 100 AMI geçiren hasta oluşturdu. Hastalar rastlantısal örnekleme yöntemi ile girişim (n=50) ve kontrol (n=50) grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Girişim grubuna planlı taburculuk eğitimi yapıldı. Her iki grup ile bir ay ara ile iki görüşme yapıldı. Araştırmanın verileri; Hasta Bilgi Formu, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ), Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHİÖ) ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BİHİÖ) ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği ile toplandı.

**Bulgular:** Birinci görüşmede girişim ve kontrol grubunda İUHİÖ, DUHİÖ, BİHİÖ yarar ve engel alt boyut puanları ile KARRİF-BD benzer bulundu. İkinci görüşmede; kontrol grubuna göre girişim grubunda İUHİÖ yarar alt boyut puanlarının arttığı, engel alt boyut puanlarının ise azaldığı, DUHİÖ yarar alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu, BİHİÖ yarar alt boyut puanlarının artarken engel alt boyut puanlarının azaldığı ve KARRİF-BD arttığı belirlendi.

**Sonuçlar:** Buna göre; AMI geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitimi kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini, ilaç tedavisine uyumu, diyetle uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançları olumlu yönde etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut miyokard infarktüsü, taburculuk eğitimi, ilaca uyum, diyetle uyum, KARRİF-BD.

## **Evaluation of the Effect of Planned Discharge Training on Health Knowledge and Beliefs in Patients with Acute Myocardial Infarction.**

**Student name:** Serap TUNA

**Supervisor:** Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Department:** Nursing Department

### **2. ABSTRACT**

**Aims:** The aim of this study was to evaluate whether there is a difference in knowledge of risk factors for cardiovascular disease, compliance with drug therapy, dietary compliance and beliefs about individual follow-up among patients with acute myocardial infarction (AMI) with and without planned discharge training as experimentally randomized controlled.

**Material and Methods:** The study sample consisted of 100 patients who underwent coronary intensive care unit and cardiology service between September 2016 and December 2017 who met the sample selection criteria and volunteered to participate in the study. The patients were divided into two groups according to random sampling method: interventions (n=50) and control (n=50) groups. Planned discharge training was given to the intervention group. In both groups, two interviews were conducted one month apart. The data were collected by using the Patient Information Form, The Beliefs about Compliance to Drug Scale (BACDS), Beliefs about Diet Compliance Scale (BADCS) and Beliefs on Individual Follow-Up Scale (BIFS) and Cardiovascular Diseases Risk Factors Knowledge Level (CARRIF-NL) Scale.

**Results:** In the first interview; BACDS, BADCS, BIFS benefit and disability subscale scores and CARRIF-BD were similar in the intervention and control groups. In the second interview; in the intervention group, according to the control group, it was found that BACDS's utility sub-dimension scores increased while the obstacle sub-dimension scores decreased, the BADCS's utility sub-dimension scores were higher, the BIFS's utility sub-dimension scores increased while the obstacle sub-dimension scores decreased and KARRIF-BD increased.

**Conclusions:** According to this; the planned discharge training given to patients with AMI positively affects the level of knowledge of cardiovascular diseases risk factors, compliance with drug treatment, diet compliance and beliefs about individual follow-up.

**Key Words:** Acute myocardial infarction, discharge training, compliance to drug, compliance to diet, KARRIF-BD.





### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar günümüzde hemen hemen her toplumda en önde gelen mortalite nedenlerinden biridir. Koroner arter hastalığı (KAH), özellikle dünyada tüm ölümlerin birinci nedeni sayılmaktadır (WHO 2017). 2017 yılında tüm dünyada görülen ölümlerin %31'i (17,7 milyon) kalp ve damar hastalıkları nedeniyle olmuştur. Kalp ve damar hastalıklarının %80'i akut miyokard infarktüsü (AMİ)'ne bağlıdır. Kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan kayıpların 2030 yılında 23,6 milyona ulaşacağı düşünülmektedir (www.who.int/nmh, 2017). Ülkemizde de kalp hastalıklarına bağlı kayıplarda artış görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'e göre 2017 yılında yaşanan tüm ölüm vakalarının %39,7'si dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmıştır. İskemik kalp hastalıkları, bu ölümlerin %39,7'sini oluşturup, ilk sırada yer almaktadır (www.tuik.gov.tr, Erişim tarihi: 04.03.2018).

Miyokard infarktüsü uzamış iskemi sonucu oluşan irreversibl kalp kası nekrozudur. Akut koroner sendromlar (AKS) içinde yer almaktadır. Miyokard infarktüsü geçirenlerde ölüm oranının ilk yıllarda %10, ilerleyen yıllarda %5 olduğu belirlenmiştir (Sebregts et al.2000).

Akut miyokard infarktüsünün oluşumunda etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu hastalıktan korunmada risk oluşturan bu faktörlerin bilinmesi önem taşımaktadır. Risk faktörlerinin bazıları değiştirilebilir bazıları ise değiştirilmesi olanaksız faktörleri kapsamaktadır. Değiştirilemeyen risk faktörleri; cinsiyet, yaş, aile öyküsü, özgeçmişte AKS varlığı, biyokimyasal veya fizyolojik özellikler gibi değiştirilmeleri olanaksız bireysel özelliklerini içermektedir. Bunun yanında değiştirilebilen risk faktörleri; obezite, düşük HDL-kolesterol seviyesi, yüksek kan basıncı, trombojenik faktörler, hiperglisemi/ diabetes mellitus, yüksek plazma kolesterol, yüksek plazma trigliserit seviyesi, stres, kolesterolden zengin ve kalorisi yüksek gıdalarla beslenme alışkanlığı, sigara tüketmek, fazla alkol kullanmak ve

sedanter yaşamı içermektedir (Yarış ve Özgür 2002; Camm et al 2007; Abacı 2011; <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıklardan korunmada hemşirelerin en önemli rollerinden biri de hastanın eğitimidir. Hemşirelerin akut miyokard infarktüsü geçiren bireylere yönelik sunması gereken bakım hizmetleri içerisinde, hastanın hastalığına, diyet ve tedavi planına ilişkin temel bilgileri kazanması, taburculuk sonrası yapması gereken uygulama ve davranışlara yönelik sağlık eğitimi yer almaktadır.

### **3.1. AMAÇ**

Bu çalışmada amaç; planlı taburculuk eğitimi verilen ve verilmeyen akut miyokard infarktüsü geçiren hastalar arasında kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri, ilaç tedavisine uyum, diyete uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlar yönünden fark olup olmadığını değerlendirmektir.

Bu alışma sonucunda, koroner yoğun bakım ve kardiyoloji servislerinde tedavi alan akut miyokard infarktüsü geçirmiş hastalara planlı taburculuk eğitimi yapılmasının sağlanması, planlı taburculuk eğitimini sunacak hemşireler için bir rehber ve kanıta dayalı bilimsel verilerin sunulması öngörülmektedir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. MİYOKARD İNFARKTÜSÜ TANIMI VE ÖNEMİ

Koroner arterlerin tıkanması ya da ileri derecede daralması sonucu kan akımının azalmasına bağlı olarak miyokardın bir bölümünde meydana gelen geri dönüşümsüz kalp kası nekrozudur (Durusoy ve ark 2010). Miyokard infarktüsü (Mİ), beklenen elektrokardiyografik değişiklikler, kardiyak biyokimyasal belirteçlerde (biyobelirteçler) yükselme ve/veya düşmenin görülmesi ve görüntüleme yöntemleri ile klinik özellikler tanınabilir veya patolojik olarak tanımlanabilir. Ölüm ve iş göremezliğin dünyada ilk nedenlerinden biridir. Mİ bilinen hastalığı olanlarda tekrarlayabilir ya da koroner arter hastalığının ilk belirtisi olarak görülebilir (Thygesen et al 2013).

Acil tedavi stratejilerinden biri olan reperfüzyon tedavisinin erken uygulanabilmesi için, göğüste huzursuzluk, uzayan iskemik ağrı ya da eşdeğeri bulgular ve elektrokardiyografi (EKG)'de iki komşu derivasyonda ST elevasyonu gelişen Mİ hastaları “ST yükselmeli Mİ” (STEMİ) tanısı almaktadırlar. EKG'de ST elevasyonu görülmeyen hastalar “ST yükselmez Mİ” (NSTEMİ), Miyokard infarktüsü geçiren hastaların EKG'sinde Q dalgası gelişirse (Q dalgalı Mİ), EKG'de Q dalgası gelişmez ise (Q dalgası olmayan Mİ) olarak adlandırılmaktadır. Kararsız angina tanısı ise, kardiyak biyokimyasal biyobelirteç değerleri yüksek olmayan hastalara konulmaktadır (Thygesen et al 2013; Türen ve Efil 2014).

Hastalar şikayetleri başladıktan sonraki ilk bir saatte, yaklaşık 1/3 ile 1/4 kadarı da daha hastaneye ulaşmadan yaşamlarını kaybetmektedir. Hastaneye ulaşabilen olgularda mortalite oranı %15'e, trombolitik tedavi ya da acil revaskülarizasyon

uygulanabilen olgularda ise %5'e kadar düşmektedir (Kurtul 2009). Hastaların önemli bir kısmının daha hastaneye başvurmada kaybedilmesi hastalığın ciddiyetle ele alınması ve infarktüste bir an önce tanıya gidilerek tedavi edilmesini gerektirmektedir (Komşuoğlu 2004).

## **4.2. MİYOKARD İNFARKTÜSÜNE NEDEN OLAN RİSK FAKTÖRLERİ**

Koroner arter hastalığının risk faktörleri, 2001'de yayınlanan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı'nın (NCEP) III. Yetişkin tedavi panelinde (ATP III) sınıflandırılmıştır:

### **Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri (NCEP ATP III) (NCEP 2001)**

**1. Lipid risk faktörleri** (LDL, Trigliseridler, Non-HDL Kolesterol, HDL düşüklüğü)

#### **2. Nonlipid risk faktörleri**

##### **A. Modifiye edilebilen risk faktörleri**

- a. Hipertansiyon
- b. Sigara içiyor olmak
- c. Diabetes Mellitus
- d. Fazla kiloluluk/Obezite
- e. Fiziksel inaktivite
- f. Aterojenik diyet
- g. Trombojenik/ hemostatik durum

##### **B. Modifiye edilemeyen risk faktörleri**

- a. Yaş
- b. Cinsiyet (Erkek)
- c. Aile kalp hastalığı öyküsü

### **Koroner Arter Hastalığı İçin Bağımsız Risk Faktörleri (NCEP ATP III)**

1. Yaş (erkeklerde  $\geq 45$ , kadınlarda  $\geq 55$  veya erken menapoz )
2. Ailede kalp hastalığı öyküsü
3. Sigara içmek
4. Hipertansiyon (Kan basıncı  $\geq 140/90$  mmHg veya antihipertansif ilaç

kullanımı)

5. Düşük HDL kolesterol ( HDL <40 mg/dl )

6. Yüksek LDL kolesterol ( LDL  $\geq$ 130 mg/dl )

\*HDL > 60 mg/dl ise risk hesaplamalarında bir risk faktörü çıkarılır. (Çünkü HDL kolesterol yüksekliği koroner arter hastalığı riskini azaltır)

\*Diyabet varlığı koroner arter hastalığı risk eşdeğeri olarak değerlendirilir.

#### **4.2.1.Yaş**

Koroner arter hastalıklarında yaşla birlikte insidans ve prevalans artmaktadır. Yaş koroner arter hastalıklarında değiştirilemeyen önemli risk faktörlerinden biridir. Koroner arter hastalığı (KAH) riski erkeklerde 45 yaş ve üzerinde, kadınlarda erken menapoz öyküsünün olması ya da 55 yaş ve üzerinde başlamaktadır.

#### **4.2.2. Cinsiyet**

Erkek cinsiyet değiştirilemeyen risk faktörlerinden biridir. Kadın cinsiyette koroner arter hastalığı, erkeklere göre 7-10 yıl sonra gelişmektedir (WHO 2011). Risk özellikle menapoz sonrası dönemde artmaktadır. Bu risk artışı kısmen, over hormonlarının başka hastalıkların varlığında, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, santral obezite ve metabolik sendrom gibi, koruyucu etkilerin ortadan kalkmasıyla ilişkilidir (Tokgözoğlu ve ark 2010).

#### **4.2.3. Aile Öyküsü**

Koroner arter hastalığının 55 yaşından önce baba veya birinci derece erkek akrabalarda, 65 yaşından önce anne veya birinci derece kadın akrabalarda görülmesi ateroskleroz görülme riskini 1,3-1,6 kat arttırmaktadır (Fuster et al 2002; Babacan 2005).

#### **4.2.4. Sigara**

Koroner arter hastalıklarında değiştirilebilen en önemli risk faktörlerinden biri sigaradır. Kardiyovasküler hastalık riski sigara içenlerde iki kat fazla görülmektedir. Bu riski doğrusal olarak arttıran içilen sigara miktarıdır. Miyokard infarktüsü ile kardiyak ölüm riski içmeyenlere göre, sigara içen erkeklerde 2,7 kat, kadınlarda ise

4,7 kat daha fazla görülmüştür (Luo et al 2011; <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

Kalp hastalığı riski sigara dumanına maruz kalan pasif içici bireylerde de artmaktadır. İnsan sağlığına zararlı olan ve sigara dumanı içinde bulunan birçok zararlı maddeden nikotin ve karbonmonoksit kısa sürede kalbin kasılma gücünü, kalp hızını ve kan basıncını arttırarak, damarlarda spazm oluşturarak, kandaki oksijen miktarını azaltarak, damar endotelinde hasar oluşturarak, kanın pıhtılaşma özelliğini arttırarak, kan yağlarında ateroskleroz oluşumunu hızlandırırken, miyokard iskemisine yol açarak angina pectoris, miyokard infarktüsü ciddi aritmiler ve ani ölüm görülmesine yol açar (Onat ve ark 2017).

Akut miyokard infarktüsü geçirenlerde sigaranın bırakılmasını izleyen ilk yılda risk 1/2 oranında azalmakta iken, ikinci yılda risk hiç içmeyenler düzeyine inmektedir. Ancak sigaraya devam etmeleri durumunda kişilerin tekrar miyokard infarktüsü geçirme ve ani ölüm riski artmaktadır (Rallidis et al 2015; <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

#### **4.2.5. Hipertansiyon**

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklarda önemli bir risk faktörüdür. Amerikan Kardiyoloji Derneği'nin yeni hipertansiyon kılavuzuna göre önceden 140/90 mmHg ve üstü hipertansiyon olarak adlandırılırken; 120/80 mmHg altı normal tansiyon, 120-129/80 mmHg yüksek tansiyon, 130-139/80-89 mmHg evre I hipertansiyon, 140/90 mmHg ve üstü evre II hipertansiyon olarak sınıflandırıldı (Whelton et al 2017). Dünyada ölümün önlenebilir nedenleri arasında hipertansiyon ilk sırada gelmektedir (Whelton et al 2017). Ülkemizde yapılmış prevalans çalışmaları ile hipertansiyon sıklığının yaklaşık %30-35 civarında olduğu gösterilmiştir (Başgöz 2017). Sistolik kan basıncında 20 mmHg'lik veya diyastolik kan basıncında her 10 mmHg'lik artışta kardiyovasküler hastalık riski iki katına çıkar (Öngen 2005; Camm et al 2007). İnme ve akut koroner olay riskinde görülebilecek %40 ve %15 düzeyinde azalma, sistolik diyastolik hipertansiyonun kontrol altına alınmasıyla elde edilmektedir (Öngen 2005).

#### 4.2.6. Hiperkolesterolemi

Hiperkolesterolemi total kolesterol ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol düzeylerinde ciddi yükselmeye neden olan bir dislipidemik sendromdur (Mataracı ve ark 2010).

Koroner kalp hastalığında yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol düzeyinde azalma ve serum düşük dansiteli lipoprotein kolesterol düzeyindeki artış bağımsız risk faktörleridir. HDL-K düzeyinin  $<35\text{mg/dl}$  ya da  $0.9\text{mmol/l}$  olması, LDL-K düzeyinin  $\geq 130\text{mg/dl}$  ya da  $\geq 3.4\text{mmol/l}$ , serum total kolesterolün (T-K)  $\geq 200\text{mg/dl}$  olması koroner kalp hastalığı riskini arttırmaktadır. Trigliserid düzeyinin  $\geq 200\text{mg/dl}$  ya da  $2.0\text{mmol/l}$  olması koroner kalp hastalığı için risktir (<http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018)

Artmış serum kolesterol düzeylerinin ateroskleroz gelişimine neden olduğu belirlenmiştir. Aterosklerozisin gerilemesinde diyet, egzersiz ve ilaç tedavisinin etkili olduğu, yeni infarktüs oluşması ve ölüm oranında azalma sağladığını klinik deneme sonuçları göstermiştir. Koroner kalp hastalığı olan hastalarda son yıllarda kullanılan kolesterol düşürücü ilaçların infarktüs riskini azalttığı ve yaşam süresini uzattığı belirlenmiştir (Camm et al 2007).

#### 4.2.7. Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus (DM) çevresel ve genetik faktörlerden kaynaklanan, insülin salıverilmesi ve/veya işlevlerindeki aksama ve kronik hiperglisemi ile karakterize metabolik bir hastalıktır. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından yayınlanan 'Altıncı Diyabet Atlası'na göre, 2013 yılında dünyada 382 milyon diyabet hastasının yaşadığı, 2035 yılında bu sayının 592 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Buna göre diyabet ve BGT dünya nüfusunun %8,3 ve % 6,9'unda mevcuttur.

IDF Altıncı Diyabet Atlası'na göre Avrupa ülkeleri arasında ülkemiz diyabet prevalansı açısından ilk sırada yer almaktadır. Türkiye'de 'Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması' kapsamında yapılan analizlerde toplumda diyabet prevalansı yaklaşık %5'tir (Başara ve ark 2004). 'Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF)'nın 2009'daki yayınlanan verilerine göre, diyabet prevalansının Türkiye'de 35 yaş üstü nüfusta %11,3 olarak tahmin edilmiş ve bunun 3,3 milyon kişiye karşılık geldiği hesaplanmıştır (Onat 2009).

Diyabet prevalansı hızla artmaktadır ve diyabetli bireyler kalbi, beyni ve periferik damarları etkileyen kardiyovasküler bozukluklar açısından yüksek risk taşımaktadır. Diyabetli bireylerde kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı ve mortalite oranının 2-8 kat daha yüksek olduğu ve ölümlerin diyabetli bireylerde %75'inin koroner arter hastalığından olduğu görülmektedir (Camm et al 2007).

Amerikan Diyabet Derneği'nin kriterlerine göre açlık kan şekerinin venöz plazmada ardışık en az iki ölçümde >126 mg/dL olması, açlık plazma glikoz düzeyi 110-126 mg/dL arasında ise bozulmuş açlık glukozu olarak tanımlanmaktadır. Bozulmuş açlık glukozu olan hastaların birçoğunda oral glukoz tolerans testi ikinci saat değeri >200 mg/dl olması diyabet tanısını koydurur ve koroner arter hastalığı riski ile yakın ilişkili bulunmaktadır (<http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

Amerikan Diyabet Derneği açlık kan şekerinin 120 mg/dL ve HbA1c %7'nin altında tutulması gerektiğini önermektedir. HbA1c değerindeki %1 oranındaki düşmenin diyabette görülebilecek mikrovasküler komplikasyonlarda %30 oranında azalma sağladığı görülmüştür.

Yeni diyabet gelişiminde her iki cinste de risk faktörlerinde abdominal obezite ve yaş etkeni anlamlı bulunmuştur. Hipertansiyon ve HDL-K düzeyinin <35mg/dl, sadece erkekler için anlamlı bulunmuştur. Erkeklerde bel çevresinde 6 cm'lik bir artışın diyabet gelişme riskini %43 oranında arttırdığı saptanmıştır. Diyabetin bağımsız olarak ilerleyen yıllarda koroner kalp hastalığı gelişimini %81'e yükselteceği hesaplanmıştır (T.C Sağlık Bakanlığı 2010).

Koroner arter hastalığı riskinin azaltılması için uzun dönemde diyabetik hastalarda mevcut risk faktörlerine müdahale edilmelidir. Diyabet tedavisinde kan glukozu regülasyonunun yanında eşlik eden obezite, hipertansiyon ve dislipidemi sorunlarına da odaklanmak gerekmektedir (Işık ve ark 2009).



#### **4.2.8. Obezite**

Obezite, kardiyovasküler hastalıklar için önemli risk faktörlerinden biridir. Obezite, çeşitli mekanizmalarla kardiyovasküler sistemi etkileyerek morbidite ve mortaliteye yol açan kardiyovasküler hastalıkların oluşmasına neden olmaktadır (Perck 2012; Helvacı ve ark 2014).

Obezite de en çok kullanılan ölçüt, vücut ağırlığının (kg) boyun metre cinsinden karesine (m<sup>2</sup>) bölünmesiyle elde edilen beden kütle indeksi (BKİ) dir. 18,5 ila 24,9 kg/ m<sup>2</sup> olması normal kabul edilir, 25-29,9 kg/ m<sup>2</sup> arası fazla kilolu,  $\geq 30$  kg/ m<sup>2</sup> şişman (obez),  $\geq 40$  kg/ m<sup>2</sup> morbid obez olarak tanımlanmaktadır. Batı toplumlarında obezite önemli bir sağlık sorunu olup, prevalansı 45-54 yaş erkeklerinde %15, kadınlarında %20 dir. 2010 yılında ön sonuçları açıklanan Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) III çalışmasında Türkiye’de obezite sıklığı %32 bulunmuştur.

#### **4.2.9. Beslenme Şekli – Aterojenik Diyet**

Diyet kardiyovasküler hastalık riskinin önemli bir belirleyicisidir. Primer ve sekonder koruma da önemli bir rol oynamaktadır. Beslenme tarzının koroner kalp hastalığının oluşması ve ilerlemesinde önemli etkisi bulunmaktadır. Diyetle doymuş yağ asitleri ve kolesterol düzeyinin yükselmesi aterosklerozisin gelişmesi ve ilerlemesine neden olmaktadır. HDL kolesterolün düşük, Total kolesterol ve LDL kolesterolün yüksek olması yeni bir infarktüs riskini arttırır (Irmak ve Fesci 2005).

Bu diyetle toplam kalorinin %30’undan daha azı yağdan, toplam kalorinin %7’sinden daha azı doymuş yağdan; toplam kalorinin %50-60’ı karbonhidrattan, toplam kalorinin %10-20’si proteinden sağlanmalıdır. Ayrıca sebze-meyve, kurubaklagil ve tahıllardan zengin, tuz ve alkolden kısıtlı bir diyet önerilmelidir (Irmak ve Fesci 2005; T.C Sağlık Bakanlığı 2015)

Kolesterolü arttıran doymuş yağdan zengin kırmızı et ve ürünleri, derili tavuk eti ve sakatatlar, tam yağlı süt ve süt ürünleri ile tereyağı, yumurta, içyağı ve katı margarinler diyetle kısıtlanmalıdır. Bunun yerine yağsız ya da az yağlı süt, yoğurt ve peynir, tavuk ve hindinin derisiz beyaz eti ve balık tercih edilmelidir. Katı yağlar yerine yemeklerde zeytinyağı ve diğer bitkisel sıvı yağlar kullanılmalıdır (Irmak ve Fesci 2005).

Diyette sodyum alımının kısıtlanması hipertansiyon tedavisinde de etkili olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü kalp ve damar hastalıklarının önlenmesinde kişi başına tuz alımının 5gr/gün az olmasını önermektedir (Irmak ve Fesci 2005; T.C Sağlık Bakanlığı 2015). Az-orta düzeyde alkol kullanımı kalbi korumaktadır. Yapılan çalışma sonuçları, az-orta düzeyde alkol kullanımının koroner kalp hastalığı riskini ve buna bağlı ölüm oranını azalttığını göstermiştir (Çelik ve ark 2002).

#### **4.2.10. Fiziksel Aktivite Azlığı**

Kardiyovasküler hastalıklarda fiziksel aktivite azlığı önemli bir risk faktörüdür. Tüm dünyada nüfusun en az %60'ı, önerilen günlük minimum 30 dakikalık orta şiddette fiziksel aktiviteyi yerine getirmemektedir. Bu önerilere uymayan kişilerde kardiyovasküler hastalık riski 1,5 kat artmaktadır. Fiziksel hareketsizliğin dünya çapında yılda iki milyon ölüme ve bütün iskemik kalp hastalıklarının %22'sine neden olduğu öngörülmektedir (WHO 2002; Camm et al 2007).

Tüm dünyada 2010 yılında 18 yaş ve üzeri erişkinlerin %23'ü (%20 erkek, %27 kadın) yetersiz fiziksel aktiviteye sahiplerdir (T.C Sağlık Bakanlığı 2015). Erişkinlerde bir haftada 150 dakika orta derecede fiziksel aktivitenin iskemik kalp hastalığı riskini %30, diyabet riskini %27 oranında azalttığı kabul edilmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı 2015).

Fiziksel aktivite enerji dengesi ve kilo kontrolünde anahtar role sahiptir. Ayrıca fiziksel aktivite endotelial fonksiyonu düzeltmektedir. Ek olarak fiziksel aktivite; obezite ve diyabeti azalttığı, kan basıncı kontrolünü sağladığı, hiperlipidemi üzerine olumlu etkileri ile ilişkili bulunmaktadır (Kelley et al 2005).

Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre; boş zamanlarda yapılan aktivite açısından erkeklerin %23'ü yeterli, %22'si orta ve %55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahiptir (Ünal ve ark 2013). Bu oranlar kadınlarda sırasıyla %13, %18 ve %69'dur. Yaş ile fiziksel aktivite yapma oranları arasında ters orantı bulunmaktadır. Yaş arttıkça yapılan fiziksel aktivite oranı kadın ve erkeklerde azalmaktadır. Erkek ve kadınların yaklaşık yarısı zamanlarının günde dört saatten daha fazlasını televizyon veya bilgisayar başında geçirdiğini belirtmiştir. Erkeklerin dörtte biri, kadınların yaklaşık beşte biri günde beş kat veya daha fazla merdiven çıktığını belirtmiştir (Ünal ve ark 2013).

#### 4.2.11. Stres

Stres, kardiyovasküler sağlığın bozulmasına katkı sağlayan, en yaygın psikososyal faktörlerdendir (Stoll et al 2014). Yapılan bir çalışmada; akut koroner sendromların ortaya çıkışında akut stresin tetikleyici etkisi olduğu, kronik stresle de orta derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir (Roohafza et al. 2010). İşle ilgili stresin erkeklerde kardiyovasküler hastalık için risk faktörü olduğu, kadınlarda aile yaşamında var olan uzun süreli stresli durumların, krizlerin, çatışmaların koroner kalp hastalığı (KKH) riskini artırdığı gösterilmiştir (Albus 2010).

Psikososyal risk faktörlerinin, KKH gelişimine ve olumsuz sonuçlara katkıda bulunduğu hakkında önemli kanıtlar vardır. (Albus 2010) Bu faktörlerin etki mekanizması fizyopatolojik ve davranışsal olmak üzere iki şekilde açıklanmaktadır. İlki, psikososyal risk faktörlerinin kalp hızında, kan basıncında, inflamasyon ve pıhtılaşma süreçlerinde artma gibi fizyolojik mekanizmaların patogeneziyle ilişkilidir. İkincisi, psikososyal risk faktörleri olan hastalarda daha belirgin olan; sigara kullanımı, sağlıksız besin seçimi, fiziksel aktivitede azalma, tıbbi tedaviye uyumsuzluk gibi KKH'nı güçlendirdiği bilinen yaşam biçimi ve riskli sağlık davranışlarıyla ilişkilidir (Albus 2010).

Sinan ve ark (2006) kalp krizi geçiren bireylerde (n=198) stresli yaşantı ve spor yapmama ilişkisini inceledikleri çalışmalarında, stresli yaşam biçimine sahip, spor yapmayan ve sigara içen bireylerin kalp krizi geçirme riskine daha fazla sahip olduklarını ortaya koymuşlardır (Sinan ve ark 2006).

### 4.3. MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE TEDAVİ

Akut miyokard infarktüsünün tedavisindeki amaç, göğüs ağrısının giderilmesi, miyokardiyal hasarın yaygınlığını azaltmak, kardiyovasküler stabiliteyi devam ettirmek, kalbin yükünü ve komplikasyonları azaltmaktır. Bu amaçla yapılan tedaviler aşağıda özetlenmiştir:

#### **Morfin**

Hastanın ağrısının giderilmesi ve rahatlatılması son derece önemlidir. Ağrı nedeniyle artan sempatik sinir sistemi aktivitesinin neden olduğu primer ventriküler fibrilasyon gibi komplikasyonların azalmasını ve hastada var olan ölüm korkusunu da giderecektir. AMİ tanısı konulduğunda morfin sülfat 2-5 mg IV olarak hemen yapılmalıdır. Gerekirse 5 dakikalık aralıklarla 20-25 mg'a kadar bu doz tekrarlanarak çıkılabilir. Hasta ile konuşarak onun rahatlamasını sağlamak, güven duygusu vermek ve iyi bir iletişim içinde olmak önemlidir (<http://www.tkd.org.tr>, Erişim Tarihi: 04.03.2018)

#### **Oksijen**

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda kullanılan ilk tedavilerden biri oksijen tedavisidir. Bütün AMİ'li hastalara ortalama 4 lt/dak. oksijenin ilk 2-3 saatte verilmesi uygundur. Akut miyokard infarktüslü hastalarda komplikasyon gelişmemiş olsa bile akciğer sıvı miktarında artışa bağlı olarak, ventilasyon ve perfüzyonu bozması sebebi ile hastalarda hipoksemi görülebilir (<http://www.tkd.org.tr>, Erişim Tarihi: 04.03.2018).

#### **Aspirin**

Aspirin tekrarlayan iskemik olayları ve koroner re-oklüzyonu azaltmada çok yararlı bulunmuştur. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara tanı konar konmaz aspirin 300 mg çiğnetilmesi ve sonra ömür boyu kullanılması gereklidir. Trombolitik tedavi uygulanamayan merkezlerde sağlık ocakları gibi bu çok daha büyük önem kazanmaktadır (Çeneli ve ark 2001; <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

## **Trombolitik Tedavi**

Trombolitik ajanların tümü plazminojeni aktif enzim formu olan plazmine dönüştürerek etki ederler. Plazmin, fibrinojen ve/veya fibrini parçalayarak pıhtıyı eritir. Trombolitikler intrakoronar trombüsü eriterek tekrar kan akımını sağlamak, infarkt alanını sınırlandırmak, sol ventrikül işlevlerini düzeltmek, mortalite ve morbidite oranlarını azaltmak amacı ile kullanılmaktadır (Zoghi 2000; Smeltzer et al 2010; Yardımcı 2010;).

Çoğunlukla kullanılan trombolitik ajanlar ve veriliş şekilleri şöyledir:

**1) t-PA Tedavisi:** t-PA'nın maksimum dozu 100 mg'dır. 100 mg t-PA beraberinde olan 100 ml su ile çalkalanmadan yavaşça eritilerek hazırlanır. Böylelikle, 1 ml'de 1 mg t-PA elde edilir. Başlangıçta hemen ayrı bir venden ikinci bir damaryolu açılarak 5000 Ü heparin bolus olarak yapılmalıdır. İlacın veriliş süresi toplamda 90 dakikadır. İlk olarak 15 mg t-PA IV bolus olarak verilir. Ardından 0,75 mg/kg (maksimum 50 mg) 30 dakikada, ardından 0,50 mg/kg (maksimum 35 mg) 60 dakikada infüzyon pompası ile verilir. Heparin ortalama saatte 1000 Ü infüzyon şeklinde en az 48 saat devam etmelidir.

**2) Streptokinaz (STK) Tedavisi;** STK infüzyon olarak 1,5 milyon ünite, 100 ml serum fizyolojik veya %5 dekstroz içinde sulandırılarak infüzyon pompası ile 30-60 dakikada verilmelidir. Aynı venöz yoldan başka hiçbir ilaç verilmemelidir. Hızlı verilmesi ile reperfüzyon şansı artarken, hipotansiyon yan etkisi görülebilmektedir. Hipotansiyon olduğu takdirde doz azaltılmalı, sistolik kan basıncı 90 mmHg altına inerse ilaç kesilerek serum fizyolojik verilmelidir.

**3) APSAC:** Günümüzde yaygın kullanılmamaktadır. 30 mg 5 dakika içinde IV olarak uygulanır.

**4) Ürokinaz:** Yaygın olarak kullanılmamaktadır. AMİ'de toplam 3 milyon ünite, 1,5 milyon ünite bolus diğer 1,5 milyon ünite 1,5 saat içinde verilir (Zoghi 2000; Akdemir ve Birol 2003; Smeltzer et al 2010; <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

## **Trombolitik Tedavinin Endikasyonları ve Mutlak Kontrendikasyonları**

### **Endikasyonları**

- Göğüs ağrısı başlangıcından itibaren ilk 12 saatte başvuranlarda, EKG de en az iki komşu derivasyonda 1 mm üstünde ST yükselmesi görülmesi,
- Semptom başlangıcının 12 saati geçmesine rağmen iskemi bulguları ve göğüs ağrısı varlığı ile EKG'de ST yüksekliğinin devam etmesi,
- Göğüs ağrısı ile birlikte, EKG'de yeni ortaya çıkan sol dal bloğu varsa, bu hastalara trombolitik tedavi uygulanmalıdır.

### **Mutlak Kontrendikasyonları**

1. Aktif iç kanama (adet kanaması hariç)
2. Şüpheli aort diseksiyonu
3. İntrakraniyal tümör veya anevrizma
4. Serebrovasküler hemorajik olay öyküsü
5. Son bir yıl içinde hemoraji dışı serebrovasküler olay öyküsü
6. Kontrol edilemeyen hipertansiyon

### **Nitrogliserin**

Nitratlar damar düz kas hücrelerine etki ederek venlerde vazodilatasyona neden olurlar. Bu yolla kalbin afterload ve preloadını (ön ve art yükü) azaltarak, miyokard iskemisi ve miyokardın oksijen ihtiyacı azalır. Ayrıca normal ve stenotik koroner damarlarda vazodilatör etki ile koroner kan akımını da arttırlar (Çeneli ve ark 2001; Tekin ve Tekin 2015; <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018;).

Akut miyokard infarktüsü tedavisinde çoğunlukla intravenöz nitrogliserin tercih edilir. 10-20 µg'lık başlangıç dozundan sonra her 5 dk bir 5-10 µg arttırılarak 200-300 µg dozuna kadar çıkılabilir. Nitrat tedavisi hipotansiyon yapabilir. Ciddi bradikardisi (50/dk altında) ve taşikardisi (100/dk üstünde) olanlarda dikkatli olunmalıdır. Sistolik kan basıncı 90 mmHg altında olanlara başlanmamalıdır. Tedavide; normotansiflerde %10 ile hipertansiflerde %30 arasında kan basıncının düşmesi, infüzyon sırasında

sistolik kan basıncı 90 mmHg altına düşmemesi, kalp hızı da 110'u geçmemesi amaçlanmaktadır. Nitrat kullanımı sırasında görülen en sık yan etki baş ağrısıdır. Baş ağrısı hastanın tedaviye uyumunu bozan önemli bir etkidir. Nitrat tedavisinde böyle durumlarda düşük dozlarda başlanır ve hastanın nitrata toleransı arttıkça doz artırılır. 24 saatten uzun infüzyonlarda nitrat toleransı gelişebilir. 12 saatlik aradan sonra tolerans kalkacağından infüzyon tekrar başlatılabilir ya da nitroprussid, ACE inhibitörleri gibi diğer vazodilatör ilaçlar tedaviye eklenmelidir (Çeneli ve ark 2001; Tekin ve Tekin 2015; <http://www.tkd.org.tr>, Erişim Tarihi: 04.03.2018).

### **Heparin**

Akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerde kanın damar içinde trombusünü önleyerek antikoagülan görevi görmektedir. Damarlarda trombus gelişmesini önlemek ya da oluşmasının durdurulmasına yardımcı olmak için kullanılmaktadır. Heparin tedavisi uygulanan her hastada tedaviye başlamadan önce aPTT ve pıhtılaşma zamanı bakılmalıdır. aPTT değerinin başlangıçtaki düzeyinin 2-2,5 katı artırılması hedeflenir. Heparin kullanımının en önemli komplikasyonu kanamadır. Hasta kanama yönünden değerlendirilir. Hastada purpura, ekimoz, hematemez, melena ve hematüri şeklinde kanamalar görülebilir. Böyle durumda heparin kesilir ve antidotu protamin sülfat verilir (Çeneli ve ark 2001; Yardımcı 2010).

Başlangıç dozu 100 Ü/kg bolüs olarak, aPTT'yi normalin 2-2,5 mislinde tutacak şekilde ortalama saatte 15 Ü/kg infüzyon olarak verilir (<http://www.tkd.org.tr>, Erişim Tarihi: 04.03.2018).

### **Atropin**

Akut miyokard infarktüsü geçiren her hastada kullanılması gerekmez. AMİ'nün gelişmesi ile sık ventrikül erken vurularının eşlik ettiği sinüs bradikardileri, ikinci ya da üçüncü derece atriyoventriküler (AV) bloklar, nitrogliserin alımından sonra gelişen hipotansiyon ve bradikardi varsa ve ventriküler asistoli gelişmesi gibi sorunlar ortaya çıkması durumunda uygulanmalıdır. Atropin, 0,5-1,0 mg İV olarak başlanır; her 3-5 dakikada bir bu doz tekrarlanarak toplamda 2,5 mg'a kadar çıkılabilir (<http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

## **Beta Reseptör Blokerleri**

Beta-blokerler miyokardiyal kontraktiletiyi, miyokardın oksijen gereksinimini azaltırken, kalp hızını düşürerek diyastolik doluş zamanını da uzatarak infarktüs alanının perfüzyonu artırırılar (Bangalore et al 2012). Betabloker tedavisinden miyokard infarktüsü geçiren veya geçirmekte olanlar hastalar daha çok yararlanmaktadır. 24.000'den fazla miyokard infarktüslü hastayı kapsayan 26 çalışmada, plaseboya göre beta blokerlerin mortaliteyi %23, infarktüs nüksünü %27 ve ani ölümü de %32 oranında azalttığı tespit edilmiştir (Yüksel 2006, <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

Betabloker tedavisi ile AMİ'de infarktüs genişliğinin, mortalitenin ve ventriküler fibrilasyon gelişme riskinin azaldığı gösterilmiştir. Beta reseptör blokerleri, IV olarak 5 mg metoprolol verilebilir. Bu doz 15 mg'a kadar, 5'er dakikalık aralıklarla tekrarlanarak çıkılabilir. İlk 48 saatte ağızdan 6-12 saatte bir 50 mg verilip, sonra günde 2 defa 50-100 mg ile tedaviye devam edilir. Betablokerlere bağlı olarak istenmeyen durumlar A-V blok, ileri derecede sinüzal bradikardi, hipotansiyon gelişebilir. Betaadrenerjik bir agonist infüzyonu ile bu durum hemen düzeltilebilir (Çeneli ve ark 2001; <http://www.tkd.org.tr>, Erişim Tarihi: 04.03.2018).

## **Renin Anjiyotensin Aldesteron Blokerleri (ACE inhibitörleri):**

Kardiyovasküler hastalıklarda vasküler koruyucu etkileri nedeniyle ilk tercih edilen ilaçlardır. Kontrendikasyon olmayan tüm hastalara, sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu <%40 olanlar ile kalp yetmezliği olan hastalara ilk 6 saatte başlanmalıdır. İlaçlar düşük doz başlanmalı ve doz kademeli arttırılmalıdır (Yüksel 2006).

## **Kalsiyum Kanal Blokerleri**

Koroner damarlarda vazodilatasyon yaparak, iskemik miyokardın kanlanması ve kalsiyuma bağlı olarak çalışan myosin-ATPase aktivitesini azaltarak kalbin oksijen gereksinimi azaltarak etki gösterirler. Kalsiyum kanal blokerleri, özellikle



dihidropiridin türünden olmayan (Nondihidropiridinler) diltiazem ve verapamil, kardiyak kontraktilite ve kalp hızını yavaşlatıcı etkiye sahiptir. Supraventriküler taşikardide hız kontrolü amacıyla kullanılabilirler. Dihidropiridinler ise sempatik sinir sistemini aktive etme potansiyeline sahip olduğu için kalp hızını arttırabilirler (Tekin ve Tekin 2015; <http://www.tkd.org.tr> Erişim Tarihi: 04.03.2018).

### **Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA):**

Akut miyokard infarktüsü'nde koroner damarların yapısını en iyi gösteren tanı aracı koroner angiografidir. PTCA ve/veya stent, koroner anjiyografi sonrasında saptanmış olan kalbi besleyen damarlardaki daralma ya da tam tıkanmaların tedavisinde kullanılan yöntemlerdir. Bu işlemler kardiyak kateterizasyon laboratuvarı bulunan merkezlerde yapılabilir. Lokal anestezi altında uygulanır. İşlem süresi değişebilir. Femoral arter ya da ven yolu ile kontrast madde verilerek öncelikle koroner anjiyografi yapılır, koroner arterlerdeki plakların yerleri tespit edilir. Daha sonra kateterin içinden ilerletilen çok ince kılavuz telle damar darlık bölgesinden geçirilir. Bu kılavuz tel üzerinden balon kaydırılarak darlık olan bölgeye ulaştırılır. Daha sonra bu balon dışarıdan sıvı verilerek şişirilir ve darlığın açılması sağlanır. Balon tedavisi ile yeterli açıklık sağlanamadığı ya da damar içinde yırtılma meydana gelen hastalara koroner stent uygulanır (Akdemir ve Birol 2003; <http://www.tkd.org.tr>, Erişim Tarihi: 04.03.2018). Hasta işlem sonrasında girişim bölgesinde aşırı kanama, tekrarlayan göğüs ağrısı, bulantı, kusma, kontrast maddeye karşı alerjik reaksiyon ve enfeksiyon belirti yönünden gözlemlenir. İşlem sonrası nabız kontrolü yapılır.

#### **4. 4. MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ**

Kardiyovasküler hastalıkları olan bireylerin bakımında hemşirelik yönetiminin amaçları; hastanın değerlendirilmesi, göğüs ağrısının takibi, kalp debisinin optimal düzeye çıkarılması, miyokardın oksijen gereksiniminin karşılanması, görülebilecek komplikasyonların önlenmesi ve hasta/aile eğitimi olarak sıralanabilir.

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaya bakım veren hemşirelerin kardiyoloji alanında uzmanlaşmaları, hastaların tanı ve tedavilerinin daha hızlı yapılmasında, hasta eğitiminde ve klinik sonuçların iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (Türen ve Efil 2014).

Hastalardan sistemli bir şekilde alınan öykü, fizik muayene, tanı testleri ile elde edilen verilere göre hemşirelik tanıları saptanmalı ve hasta bireyin gereksinimlerine göre öncelik sırasına koyulup, amaçlar belirlenir ve bu amaçlara ulaşabilmek için uygun girişimler planlanarak uygulanır. Belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilerek hastanın sorunları çözümlenir (Badır ve Korkmaz 2014).

Hemşire eğitici rolü kapsamında hasta ve ailenin hastalık hakkında ve geleceğe yönelik kaygılarında destekleyici ve motive edici olmalıdır. Hemşire hastanın sadece hastanede bulunduğu süre için değil, hastaneden taburcu olduktan sonra da iyilik halinin sürdürülmesine çalışmalıdır (Uysal 2012).

#### **4.5. MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE TABURCULUK EĞİTİMİ**

Kardiyovasküler hastalıkları olan bireylere hastaneden taburcu olmadan önce uygun bir eğitim verilmelidir. Hasta/aile eğitiminde eğitim planı; bireyin öğrenmeye hazır olma durumuna, öğrenim gereksinimlerine, eğitim düzeylerine ve önceki deneyimlerine göre planlanmalıdır.

Etkin bir eğitim içeriğinde: hastalık hakkında gerekli bilginin verilmesi, kardiyovasküler risk faktörleri ve bunları azaltmanın yolları, yaşam değişikliğinin (ilaç kullanımı, sağlıklı beslenme, sigarayı bırakma, fiziksel aktivite vb) önemi, düzenli poliklinik kontrolü ve kardiyak rehabilitasyon programına yönlendirme gibi temel bilgilere ek olarak; bireyin temel ihtiyaçlarını (AMİ sonrası işe dönüş, cinsel yaşam,

ev işleri, seyahat yapma, araba kullanma gibi) karşılamaya yönelik bilgiler de yer almalıdır (Sebregts et al 2000; Uysal 2012; Türen ve Efil 2014).

Eğitimin etkinliğini arttırmak için, eğitim hastanın anlayabileceği şekilde basit ve anlaşılır olmalıdır. Hastanın soru sormasına izin verilmeli, anlamadığı yerleri sorması için cesaretlendirilmelidir. Ayrıca eğitim verilecek ortamda uygun ışık, ısı sağlanmalı, konuya yoğunlaşmayı sağlayacak rahatlıkta sessiz olmalı, hasta mahremiyeti korunmalı, bireyin isteği dikkate alınarak ailenin de eğitime katılması sağlanmalıdır (Uysal 2012; Türen ve Efil 2014).

#### **4.6. SAĞLIK İNANÇ MODELİ**

Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlık davranışlarının açıklanmasında son yıllarda en sık kullanılan kavramsal çerçevedir (Glanz et al 2002). Sağlık İnanç Modeli, hastalığın erken tanısında ve önlenmesinde yer alan tarama programlarına katılımın yetersizliğini açıklamak amacıyla, 1950'lerin başında bir grup sosyal psikolog tarafından geliştirilmiştir (Glanz et al 2002). Rosenstock, 1966'da Sağlık İnanç Modelini ilk kez kullanılabilir şekilde geliştirmiştir. Model sonraki yıllarda Becker ve meslektaşlarının çalışmalarıyla genişletilmiştir (Gözüm ve Çapık 2014).

Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesi ile ilgili belirleyicilerin açıklanması modelin ana kavramını oluşturmaktadır.

Modele göre, sağlığı arayan davranışlar, algılanan ciddiyet ve tehdidi azaltmak için harekete geçme ya da geçmeme ile ilgili algılanan yararlar ilişkilidir. Modelin en güçlü belirleyicisi, algılanan engellerdir.

Sağlık İnanç Modeli, bireylerin sağlık davranışlarının inanç, değer ve tutumlarından etkileneceğini savunmaktadır. Sorun olarak görülen bu inanç ve tutumlar saptanırsa, verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye daha uygun olarak belirlenebilecektir (Öz 2004).

Modelde altı ana unsur bulunmaktadır. Bunlar:

1. **Algılanan Duyarlılık:** Kişinin hastalıkla ilgili algısıdır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını da içerir. Bireysel bir durumdur (Glanz et al 2002).
2. **Algılanan Ciddiyet:** Hastalığın algılanan ciddiyetidir. Birey tarafından tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkabilecek (ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi) olası sonuçlar ile ilgili değerlendirmeleri de kapsamaktadır. (Glanz et al 2002).
3. **Algılanan Yarar:** Bireyin hastalıktan korunmak veya hastalığın şiddetini azaltmak için önerilen koruyucu davranışın kendinde oluşturacağı yarara inanmasıdır (Glanz et al 2002).
4. **Algılanan Engeller:** Sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Böyle bir algı, koruyucu sağlık davranışının gerçekleştirilmesini geciktirebilir ya da engelleyebilir (Glanz et al 2002).
5. **Öz Yeterlilik:** Öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir.
6. **Hareket ile ilgili ipuçları:** Sağlık İnanç Modeli'nin ilk yapılarında bireylerin harekete geçmesi için tetikleyici sebebin üzerinde durulmuştur. Algılanan hassasiyet ve ciddiyet yalnızca potansiyel olarak bireyin sağlık arayışı içine girmesine sebep olabilirken, bedensel belirtiler, çevresel uyaranlar veya medya eyleme geçmek için tetikleyici faktör olabilirler (Champion et Skinner 2008).

Sağlık İnanç Modeli'nin temel kavramları ve tanımlamaları Şekil 1' de gösterildi.

### Şekil 1. Sağlık İnanç Modeli'nin Temel Kavramları ve Tanımlamaları

Kavram	Tanım	Uygulama
Algılanan Duyarlılık	Sağlık tehdidi ile karşılaşma olasılığına ilişkin inanç	<ul style="list-style-type: none"><li>• Risk altındaki toplumun ve risk düzeylerinin tanımlanması</li><li>• Kişinin davranışı ile ilgili olan riskin belirlenmesi</li><li>• Algılanan riskin gerçek riskle tutarlı hale getirilmesi</li></ul>
Algılanan ciddiyet	Durumunun ve sonuçlarının ne denli ciddi olduğu ile ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"><li>• Riskin ve sonuçlarının özelleştirilmesi</li></ul>
Algılanan yarar	Tehdidin ciddiyetini ya da riskini azaltmak için önerilen davranışın etkili olacağına ilişkin inanç	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yapılacak hareketin tanımlanması; beklenen olumlu sonuçların açıklığa kavuşturulması</li></ul>
Algılanan engeller	Önerilen hareketin gözle görülebilen ve gözle görülemeyen maliyeti ile ilgili inanç	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pekiştirme düzeltme ve yardım yoluyla algılanan engeli azaltmak ve tanımlamak</li></ul>
Hareket ile ilgili ipuçları	Hazır bulunuşluğu aktive etme stratejileri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bilgiye ulaşmayı sağlamak</li><li>• Farkındalığı güçlendirmek</li><li>• Diğer sistemleri harekete geçirmek</li></ul>
Öz yeterlilik	Önerilen davranışı gerçekleştirme kapasitesine olan inanç	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hareketin gerçekleştirilmesi için yetiştirme ve rehberlik</li><li>• Hedeflerin konulması</li><li>• Sözlü pekiştirme</li><li>• İstenilen davranışı gösterme</li><li>• Endişeyi azaltma</li></ul>

**Kaynak:** Glanz et al 2002

## 4.7. SAĞLIK İNANÇ MODELİ' NİN MİYOKARD İNFARKTÜSÜNE UYGULANMASI

Akut miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerde özellikle diyetle uyum, ilaca uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançları ve kardiyovasküler risk faktörleri hakkındaki bilgilerinin artırılmasının hastada yaşam biçimi değişikliği oluşturmada etkili olacağı düşünülmektedir.

**Algılanan Duyarlılık:** Bireyin kendisinde ya da aile bireylerinde daha önce Mİ ya da anjina deneyimlemiş olması ayrıca akut miyokard infarktüsü geçiren kişinin yaşı, cinsiyeti, var olan kardiyak risk faktörleri, psikolojik ve sosyokültürel durumu sağlığı geliştirmedeki davranış değişikliğini etkileyecek faktörlerdir.

**Algılanan Ciddiyet:** Akut miyokard infarktüsü geçiren bireyin hastalığının ciddiyetinin farkında olmamasıdır. Kişiden kişiye değişmektedir. Bazıları için ise yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak görülmektedir (Sevinç 2016).

**Algılanan Yararlar:** Bir davranışının kazandırılmasını/ kazanılmasını hızlandırmak için, o davranışı olumlu olarak algılamak gerekmektedir. Örneğin, akut miyokard infarktüsü geçiren hasta beslenme, düzenli ilaç kullanımı, egzersiz yapma ve kardiyovasküler risk faktörlerini bilmeyi kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, öz yeterlilik algısı da olumlu etkilenecek ve bu davranışlarda başarılı olacaktır. Kardiyoloji hemşiresi hastanın özellikle beslenme, ilaç kullanımı, egzersiz yapma ve kardiyovasküler risk faktörlerine ilişkin eğitim programlarıyla hastaya bu davranışların yararlarını öğretmelidir (Sevinç 2016).

**Algılanan Engeller:** Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi de olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta akut miyokard infarktüsü sonrası, sigarayı bırakmanın, kilo vermenin, egzersiz yapmanın ya da az yağlı diyetle beslenmenin, hastalık sonrasında faydasının olmayacağını, hastalığının sadece stres faktörüyle ilişkili olduğunu düşünebilir. Hastada bu davranışları geliştirmeye yönelik olumsuz duyguları, kardiyoloji hemşiresinin vereceği eğitim ve danışmanlıkla giderilebilir. Hastaya hastalık fizyopatolojisi ve oluşmasına neden olan risk faktörleri, resimler ve slaytlarla basit şekilde anlatılarak, hastada beliren duygular olumlu şekle dönüştürülebilir (Sevinç 2016).

**Öz Yeterlilik:** Akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerde, davranış değişikliğinin başarılı olması için, algılanan engelleri aşma konusunda, kişinin kendisini yeterli hissetmesi önemlidir (Glanz et al 2002).

**Hareket ile ilgili ipuçları:** Akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerin çevresel uyaranlar (aile ve diğer hastalar) farkında olma veya medya (TV, bilgisayar, internet) yoluyla hastaların bilgiye ulaşmasını sağlamak tetikleyici faktörler olabilmektedir (Champion et Skinner 2008).



## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Planlı taburculuk eğitimi verilen ve verilmeyen akut miyokard infarktüsü geçiren hastalar arasında kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri, ilaç tedavisine uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançlar yönünden fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışma, deneysel randomize kontrollü bir araştırmadır.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi**

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyoloji Servisinde yatan akut miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda ve Eylül 2016 - Aralık 2017 tarihleri arasında yapıldı.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini; Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyoloji Servisinde Eylül 2016 - Aralık 2017 tarihleri arasında yatan akut miyokard infarktüsü geçirmiş tüm hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini ise Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve Kardiyoloji Servisinde Eylül 2016 - Aralık 2017 tarihleri arasında yatan ve araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan; girişim grubu için 50 ve kontrol grubu için 50 olmak üzere toplam 100 akut miyokard infarktüsü geçirmiş hasta oluşturdu. Rastlantısal örnekleme yöntemi kullanılarak kura ile seçilen hastalar protokol numaralarının çift ve tek olmasına göre girişim ve kontrol grubuna ayrıldı (Çift numaralar; girişim grubunu, tek numaralar; kontrol grubunu oluşturdu).



Çalışma sonunda elde ve çalışmanın primer sonucu olarak kabul edilen, girişim ve kontrol grubundaki akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeğinin (toplam) puan ortalaması arasındaki farka (Tablo 6.8) göre G\*Power (3.1.9.2) programında %5 alfa hata payı (iki yönlü) ile yapılan güç analizinde (Post hoc güç analizi) iki grup arasındaki değişimin etki büyüklüğü ,96, güç %99,7 (0,997) olarak belirlendi. Buna göre; bu çalışma için örneklem sayısı yeterlidir.

#### **Hastaların araştırmaya dahil edilme kriterleri;**

- Akut miyokard infarktüsü tanısı almış olma
- Taburculuğu planlanmış olma
- En az okuryazar olma
- 18-75 yaş arasında olma
- Kanser ve psikiyatrik tanı almamış olma
- Daha önce eğitim almamış olma
- Araştırmaya katılmaya istekli olma

**Hastaların araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;** Entübe olup, başka yoğun bakımlara sevk edilen, acil bypass ameliyatına giden, taburculuk sonrası ex olan, AMİ sonrası ek hastalıklarına bağlı başka servislerde tedaviye alınan (GIS kanama, Pnömoni vs), başka serviste rahatsızlığı nedeniyle tedavi almakta iken AMİ geçirip tedavi sonrası kendi servislerine dönen, AMİ sonrası tedavi alırken başka hastaneye sevk olmak isteyen, poliklinik randevusuna başka hastanede gitmek isteyen ve başka şehirde yaşayıp poliklinik kontrolüne gelmek istemeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

#### **5.4. Araştırmanın Hipotezleri**

**H<sub>0</sub>:** Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitimi kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini, ilaç tedavisine uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançları etkilemez.

**H<sub>1</sub>:** Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitimi ilaca uyum hakkındaki inançları etkiler.

**H<sub>2</sub>:** Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitimi diyetle uyum hakkındaki inançları etkiler.

**H<sub>3</sub>:** Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitimi bireysel izlem hakkındaki inançları etkiler.

**H<sub>4</sub>:** Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitimi kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini etkiler.

### **5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni araştırmaya katılan hastaların, ilaç tedavisine uyum, diyetle uyum ve bireysel izlem hakkındaki inançları ile kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleridir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek durumu, sosyo ekonomik durumu, sağlık güvencesi, miyokard infarktüsü türü, aldığı tedavi, daha önce miyokard infarktüsü geçirme durumu, ilaçlarını düzenli kullanma, sigara-alkol kullanma ve egzersiz durumu olarak belirlenmiştir.

### **5.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri; Hasta Bilgi Formu, İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHİÖ), Diyetle Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHİÖ) ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği (BİHİÖ) ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği ile toplandı.

**5.6.1 Hasta Bilgi Formu (Ek 1):** Bireye ilişkin sosyodemografik özellikleri, hastalık risk faktörleri ile ilgili sorular ile laboratuvar verilerinin yer aldığı toplam 24 sorudan oluşmaktadır.

**5.6.2. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (Ek 2):** Bu ölçek ABD’de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve ark. tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Oğuz ve ark. (2010)

tarafından yapılmıştır. İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği; beşli Likert tipi bir ölçektir ve bireyin ilaca uyum hakkındaki inancını ölçer. Ölçekte 12 madde, yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır; 1, 2, 7, 10, 11. maddeleri kişinin yararı algılamasını, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12. maddeleri ise engelleri algılamasını ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışla yararın daha fazla algılandığını göstermektedir. Engeller alt ölçeğindeki yüksek puan ise, bir davranışı yaparken deneğin daha çok engelleri algılandığını göstermektedir. Beşli likert tipi olan ölçek, kesinlikle katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, kararsızım 3, katılıyorum 4, kesinlikle katılıyorum yanıtına 5 puan verilmiştir. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 12 ve en fazla toplam puan ise 60 tır.

Ölçeğin uygulanması 5-10 dk sürdü. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğin yapıldığı çalışmada birinci ve ikinci ölçüm sırasıyla, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı yarar alt boyutunda 0,74 ve 0,73, engel alt boyutunda 0,59 ve 0,58 olarak bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmada; birinci ve ikinci ölçüm sırasıyla, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı yarar alt boyutunda 0,53 ve 0,43, engel alt boyutunda 0,60 ve 0,59 olarak bulundu.

**5.6.3. Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (Ek 3):** Bu ölçek ABD’de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve ark. tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Oğuz ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği; beşli Likert tipi bir ölçektir ve 12 maddeden oluşmaktadır. Yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Birinci alt boyutu kişinin yararı algılamasını (1-5, 11, 12. maddeler), ikinci alt boyutu engelleri algılamasını (6- 10. maddeler) ölçmektedir. Yarar alt ölçeğinde yüksek puan yapılan davranışla yararların daha fazla algılandığını göstermektedir. Beşli likert tipi olan ölçek, kesinlikle katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, kararsızım 3, katılıyorum 4, kesinlikle katılıyorum yanıtına 5 puan verilmiştir. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 12 ve en fazla toplam puan ise 60 tır.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğin yapıldığı çalışmada birinci ve ikinci ölçüm sırasıyla, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı yarar alt boyutunda 0,71 ve 0,67, engel

alt boyutunda 0,58 ve 0,63 olarak bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmada; birinci ve ikinci ölçüm sırasıyla, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı yarar alt boyutunda 0,76 ve 0,75, engel alt ölçeğinde 0,20 ve 0,21 olarak bulundu.

**5.6.4. Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği (Ek 4):** Bu ölçek ABD’de Indiana Üniversitesi Hemşirelik Okulunda, 2000 yılında Bennett ve ark. tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Oğuz ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği 18 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Yarar ve engel olmak üzere iki alt boyutu vardır. Yarar alt ölçeğinde (3, 5, 11, 15-17. maddeler) yüksek puan yapılan davranışla yararların daha fazla algılandığını; engel alt ölçeğindeki (1, 2, 4, 6-10, 12-14, 18. maddeler) yüksek puan ise bir davranışı yapmada deneğin daha çok engelleri algıladığını göstermektedir. Beşli likert tipi olan ölçek, kesinlikle katılmıyorum 1, katılmıyorum 2, kararsızım 3, katılıyorum 4, kesinlikle katılıyorum yanıtına 5 puan verilmiştir. Ölçeğin aldığı en az toplam puan 18, en fazla toplam puan ise 90 dır.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğinin yapıldığı çalışmada birinci ve ikinci ölçüm sırasıyla, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı yarar alt boyutunda 0,77 ve 0,74, engel alt boyutunda 0,68 ve 0,64 olarak bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmada; birinci ve ikinci ölçüm sırasıyla, Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı yarar alt boyutunda 0,60 ve 0,56, engel alt ölçeğinde 0,66 ve 0,58 olarak bulundu.

**5.6.5. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği (Ek 5):** Arıkan ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilen KARRİF-BD ölçeği 28 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden ilk dördü kardiyovasküler hastalıkların özelliklerini, 15 madde risk faktörlerini (5, 6, 9-12, 14, 18-20, 23-25, 27, 28. maddeler), dokuz madde de (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26. maddeler) risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktaydı. Ölçekte yer alan maddeler doğru veya yanlış olabilen tam bir cümle şeklinde verilmiştir ve “Evet”, “Hayır” veya “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanmaları istenmektedir. Her doğru yanıtı 1 puan verilmektedir. Yirmi iki soru düz, altı soru (11, 12, 16, 17, 24, 26) ters yönde

puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 28'dir. Ölçek puanı yükseldikçe bireyin bilgi düzeyinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı Arıkan ve arkadaşları tarafından 0,768 bulunmuştur.

Yapılan bu çalışmada; birinci ve ikinci ölçüm sırasıyla, Ölçeğin iç tutarlılığı için Kuder Richardson yaklaşımı ile Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,59 ve 0,56 (düşük güvenilirlik) olarak bulundu.

### **5.7. Veri Toplama Yöntemi**

Veriler; yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hasta odasında ve araştırmacı (Serap TUNA) tarafından dolduruldu. Yan (BIAS) tutmayı engellemek amacıyla anlaşılmayan sorular ikinci kez okundu ancak örneklerle yönlendirme yapılmadı.

Katılımcıların kilosu, boyu, bel çevresi ve kan basıncı araştırmacı tarafından ölçüldü. Katılımcıların kiloları kalibrasyonu yapılmış bir hastane tartısı ile hastaların boy ölçümü ise DSÖ'nün önerdiği elastik ve esnek olmayan 0,1 cm değer aralığına sahip olan milimetrik mezura ile ölçüldü. Kan basıncı hastanenin kalibre olmuş tansiyon aleti ile ölçüldü. Veri toplama araçları araştırmacı tarafından her bir hasta için ortalama 30 dakika içinde dolduruldu.

Girişim ve kontrol grubu hastaları ile iki kez görüşme yapıldı. Birinci görüşmede girişim grubu hastalarına ölçekler uygulandıktan sonra planlı taburculuk eğitimi ve araştırmacı tarafından hazırlanan el kitapçığı verildi. İkinci görüşme dört hafta sonra yapıldı ve aynı ölçekler tekrar uygulandı.

Kontrol grubu hastaları ile de iki kez görüşme yapıldı. Birinci görüşmede kontrol grubu hastalarına ölçekler uygulandı ancak planlı taburculuk eğitimi verilmedi. İkinci görüşme dört hafta sonra yapıldı ve kontrol grubu hastalarına aynı ölçekler tekrar uygulandıktan sonra planlı taburculuk eğitimi verildi. Böylece bireylerin eğitim alma hakkı engellenmemiş oldu.

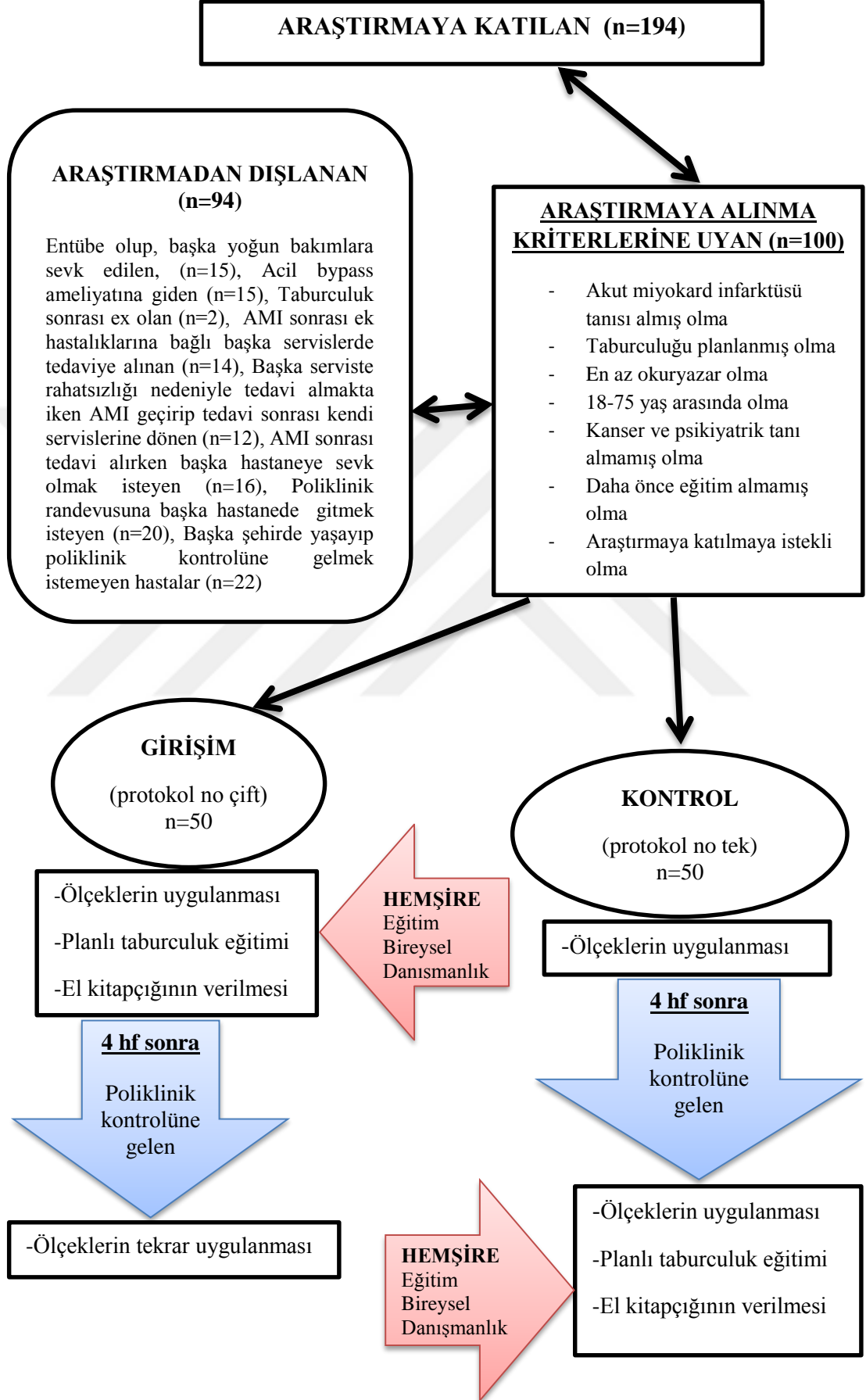
### **5.7.1. Eğitim Kitapçığı ve Danışmanlık**

Girişim ve Kontrol grubu hastaları için oluşturulan eğitim kitapçığı literatür bilgileri doğrultusunda oluşturuldu. Eğitim programında; kalp krizinin tanımı, belirtileri, tedavi amaçları, risk faktörleri, neden olan faktörlere karşın yapılması gerekenler; egzersiz ve beslenmenin önemini içeren bilgiler bulunmaktadır.

Eğitim hastanın anlayabileceği şekilde basit ve anlaşılır bir şekilde, hastanın soru sormasına izin verilerek, anlamadığı yerleri sorması için cesaretlendirici bir yaklaşımla verildi. Ayrıca eğitim verilen ortamda uygun ışık ve ısı sağlanarak, konuya yoğunlaşmayı sağlayacak şekilde sessiz, hasta mahremiyeti korunarak ve hastanın isteği doğrultusunda ailenin de eğitime katılması sağlandı.

Hastalara koroner yoğun bakımın dahili telefon numarası verilerek 24 saat arayıp araştırmacıya ulaşabilmeleri sağlandı. Ayrıca, araştırmacının koroner yoğun bakımda çalışması nedeniyle, araştırmacının mesai saatlerinde telefon ile danışmanlık verildi.

Şekil 2. Araştırma Uygulama Planı



## 5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri; Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21 programı kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, %, ortalama ve standart sapma verildi. Grupların tanımlayıcı özelliklerinin homojenliği için kategorik değişkenlerde Pearson ki-kare testi, Yates düzeltilmeli Ki-kare testi ve Fisher Exact testi, sayısal değişkenlerde bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Girişim ve kontrol grubuna göre ayrı olarak ön test-son test ölçek puanları ve laboratuvar değerleri ortalamalarının karşılaştırılmasında (grup içi farklar) bağımlı gruplarda t testi, ön test ve son test ölçüm zamanına göre ayrı olarak girişim ve kontrol grubunun ölçek puanları ve laboratuvar değerlerinin ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılmasında (gruplar arası farklar) bağımsız gruplarda t testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma sahip olma durumu Kolmogorow-Smirnow testi, Skewness ve Kurtosis ile değerlendirildi. Önemlilik düzeyi  $p < .05$  kabul edildi.

## 5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir kurumda yürütülmüş olması nedeni ile araştırma sonuçları tüm AMİ hastalarına genellenemez. Hastalara bir kere eğitim verilmiş olması araştırmanın sınırlılıkları olarak tanımlanabilir.

## 5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın etik uygunluğu için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (**Ek 6**). Araştırmanın yapıldığı Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi'nden yazılı izin alındı (**Ek 7**). Ayrıca araştırma kapsamına alınacak bireylere araştırmanın konusu, amacı ve araştırmadan sağlanacak yararlılıklar gibi konularda bilgi verildi ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı. Ayrıca ölçeklerin kullanımı için araştırmacılardan yazılı izinler alındı (**Ek 8-9**).



## 6. BULGULAR

### 6.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim (n=50)		Kontrol (n=50)		Test	
	n	%	n	%	$\chi^2$	p
<b>Yaş</b>						
36-45 yaş	5	10,0	4	8,0	2,434	,487
46-55 yaş	11	22,0	16	32,0		
56-65 yaş	17	34,0	19	38,0		
66 yaş ve üzeri	17	34,0	11	22,0		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	12	24,0	14	28,0	,052	,820 <sup>Y</sup>
Erkek	38	76,0	36	72,0		
<b>Eğitim durumu</b>						
≤ İlköğretim	20	40,0	23	46,0	1,884	,390
Lise ve dengi okul	14	28,0	17	34,0		
Üniversite	16	32,0	10	20,0		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	43	86,0	39	78,0	,610 (sd: 1)	,435 <sup>Y</sup>
Bekar	7	14,0	11	22,0		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	19	38,0	21	42,0	,042	,838 <sup>Y</sup>
Çalışmıyor	31	62,0	29	58,0		
<b>Meslek</b>						
Ev hanımı	11	22,0	8	16,0	1,351	,717
Emekli	20	40,0	21	42,0		
İşçi ve memur	4	8,0	7	14,0		
Serbest meslek	15	30,0	14	28,0		
<b>Gelir durumu</b>						
Gelir giderden az	5	10,0	14	28,0	5,263	,072
Gelir gidere eşit	40	80,0	32	64,0		
Gelir giderden çok	5	10,0	4	8,0		
<b>Sosyal güvence</b>						
SSK	25	50,0	28	56,0	2,842	,417
Emekli sandığı	15	30,0	13	26,0		
Yeşil kart	-	-	2	4,0		
BAĞ-KUR	10	20,0	7	14,0		

t: Bağımsız gruplarda t testi,  $\chi^2$ : Pearson Ki-kare testi ve Y: Yates Düzeltmeli Ki-kare testi kullanıldı.

Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların %34'ü 56-65 yaş arasında iken, kontrol grubundaki hastaların %38'i 56-65 yaş arasında yer almakta olup yaş grupları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

Girişim grubundaki hastaların %76'sı erkek, %24'ü kadın, kontrol grubundaki hastaların %72'si erkek, %28'i kadın olup iki grup arasında cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

Girişim grubundaki hastaların %32'si lisans mezunu, %28'i lise ve dengi okul mezunu, %40'ı ilköğretim mezunu iken, kontrol grubundaki hastaların %20'si lisans mezunu, %34'ü lise ve dengi okul mezunu, %46'sı ise ilköğretim mezunu olup eğitim durumlarına göre iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

Girişim grubundaki hastaların %86'sı evli iken, %14'ü bekar, kontrol grubundaki hastaların %78'i evli, %22'si bekar olup iki grup arasında medeni durumlara göre anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

Girişim grubundaki hastaların %38'i çalışıyor, %62'si çalışmıyor iken, kontrol grubundaki hastaların %42'si çalışıyor, %58'i çalışmıyor olup iki grup arasında çalışma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

Girişim grubundaki hastaların %40'ı emekli iken, kontrol grubundaki hastaların %42'si emekli olarak bulundu. Yapılan analizde iki grup arasında mesleklere göre anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

Girişim grubundaki hastaların %80'ninin geliri gidere eşit iken, kontrol grubundaki hastaların %64'ünün geliri gidere eşit olup iki grup arasında gelir durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

Girişim grubundaki hastaların %50'si SSK'lı iken, kontrol grubundaki hastaların %56'sı SSK'lıdır. Sosyal güvenceleri yönünden iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.1).

## 6.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim (n=50)		Kontrol (n=50)		Test	
	n	%	n	%	$\chi^2$	p
<b>BKİ</b>						
≥30-34,9 obez	12	24,0	16	32,0	1,906	,386
25-29,9 fazla kilolu	26	52,0	27	54,0		
20-24,9 normal	12	24,0	7	14,0		
<b>Başka hastalık varlığı</b>						
Var	35	70,0	37	74,0	,050	,824 <sup>Y</sup>
Yok	15	30,0	13	26,0		
<b>Başka hastalığın türü*</b>						
Yok	15	30,0	13	26,0	AY	
Hipertansiyon	26	52,0	26	52,0		
Diyabet	9	18,0	11	22,0		
Diğer**	9	18,0	12	24,0		
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		t	p
<b>Sistolik kan basıncı (mmHg)</b>	126,96±13,96		122,52±14,61		1,554	,123
<b>Diastolik kan basıncı (mmHg)</b>	74,20±11,34		72,06±9,23		1,035	,303

t: Bağımsız gruplarda t testi,  $\chi^2$ : Pearson Ki-kare testi

Y: Yates Düzeltmeli Ki-kare testi.

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\* Hiperkolesterolemi, ritim bozukluğu, tiroid, osteoporoz, glokom, KOAH

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sağlık durumuna ilişkin özellikleri olarak BKİ ve başka hastalık varlığı dağılımları ile sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>,05$ ), (Tablo 6.2).

### 6.3. Girişim ve Kontrol Grubunun Miyokard İnfaktüsüne İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 6.3. Girişim ve Kontrol Grubunun Miyokard İnfaktüsüne İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim (n=50)		Kontrol (n=50)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>MI türü</b>						
Anterior	6	12,0	5	10,0		
İnferior	12	24,0	14	28,0		
Posterior	3	6,0	2	4,0	AY	
Posterior lateral	-	-	1	2,0		
Lateral	-	-	1	2,0		
Nonstemi	26	52,0	22	44,0		
İnferior posterior lat.	3	6,0	4	8,0		
Anterior septal	-	-	1	2,0		
<b>Tedavi türü</b>						
Primer PCI	47	94,0	46	92,0		1,00 <sup>F</sup>
KAG+ medikal tedavi <sup>a</sup>	2	4,0	3	6,0		
Trombolitik+primer PCI <sup>a</sup>	1	2,0	1	2,0		
<b>İlaçları düzenli kullanma</b>						
Evet	29	58,0	29	58,0	,429	,807
Hayır	6	12,0	8	16,0	(sd: 2)	
İlaç kullanmıyorum	15	30,0	13	26,0		
<b>Daha önce MI geçirme</b>						
Evet	18	36,0	14	28,0	,414	,520 <sup>Y</sup>
Hayır	32	64,0	36	72,0	(sd: 1)	
<b>Önce geçirilen MI sayısı (n= 18/14)</b>						
1-2 kez	14	77,8	9	64,3		,453 <sup>F</sup>
3 kez ve üstü	4	22,2	5	35,7		
<b>Ailede MI geçiren</b>						
Evet	28	56,0	30	60,0	,041	,839 <sup>Y</sup>
Hayır	22	44,0	20	40,0	(sd: 1)	

$\chi^2$ : Pearson Ki-kare testi

Y: Yates Düzeltmeli Ki-kare testi.

F: Fisher Exact testi.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların miyokard infarktüsünde tedavi türü, ilaçları düzenli kullanma, daha önce AMİ geçirme durumu, geçirilen AMİ geçirme sayısı ve aile bireylerinin AMİ geçirme öyküsüne göre dağılımlar arasında fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.3).

#### 6.4. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

**Tablo 6.4. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Özellikler	Girişim (n=50)		Kontrol (n=50)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Sigara kullanımı</b>						
Hayır	12	24,0	15	30,0	,863	,650
Sigarayı bırakmış	10	20,0	7	14,0		
Evet	28	56,0	28	56,0		
<b>Sigara tüketim miktarı</b>						
Hiç	22	44,0	22	44,0		
1 paket/hafta	3	6,0	1	2,0	1,781	,619
1 paket/gün	19	38,0	23	46,0		
2-3 paket/gün	6	12,0	4	8,0		
<b>Alkol kullanımı</b>						
Hayır	30	60,0	24	48,0	1,482	,477
Bazen	9	18,0	11	22,0		
Evet	11	22,0	15	30,0		
<b>Alkol miktarı</b>						
Hiç	30	60,0	24	48,0		
Ayda bir alırım	7	14,0	11	22,0	2,127	,546
Haftada 1-3 alırım	9	18,0	12	24,0		
Her gün alırım	4	8,0	3	6,0		
<b>Düzenli egzersiz</b>						
Evet	5	10,0	9	18,0	,748	,387 <sup>Y</sup>
Hayır	45	90,0	41	82,0		
<b>Düzenli yürüyüş</b>						
Evet	29	58,0	26	52,0	,162	,688 <sup>Y</sup>
Hayır	21	42,0	24	48,0		
<b>Günlük işlerde zorlanma</b>						
Evet	8	16,0	10	20,0	,068	,795 <sup>Y</sup>
Hayır	42	84,0	40	80,0		
<b>Merdiven çıkarken zorlanma</b>						
Evet	17	34,0	20	40,0	,172	,679 <sup>Y</sup>
Hayır	33	66,0	30	60,0		
<b>1 km yürüdüğünde zorlanma</b>						
Evet	11	22,0	12	24,0	,000	1,00 <sup>Y</sup>
Hayır	39	78,0	38	76,0		

$\chi^2$ : Pearson Ki-kare testi

Y: Yates Düzeltmeli Ki-kare testi.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sağlık davranışları olarak sigara kullanımı ve tüketim miktarı, alkol kullanımı ve tüketim miktarı, düzenli egzersiz, düzenli yürüyüş, günlük işlerde zorlanma, merdiven çıkarken zorlanma ve 1 km yürüdüğünde zorlanma durumunun dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.4).

## 6.5. Girişim ve Kontrol Grubunun İlaça Uyum Düzeyinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması

Tablo 6.5. Girişim ve Kontrol Grubunun İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamasının Karşılaştırılması

Ölçek	Alt Boyut	Grup	Birinci	İkinci	t*	p
			Görüşme	Görüşme		
			$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
İUHIÖ	Yarar	Girişim	16,42±2,33	18,26±2,09	7,184	,000***
		Kontrol	16,58±2,29	17,02±1,97	2,430	,019*
		t	,347	3,051		
		p	,730	,003**		
	Engel	Girişim	16,94±3,30	16,52±3,01	1,575	,122
		Kontrol	18,22±3,81	18,14±3,95	,531	,598
		t	1,795	2,309		
		p	,076	,023*		

Not: \*p<,05, \*\*p<,01, \*\*\*p<,001.

Ölçüm zamanına göre ayrı olarak, planlı taburculuk eğitimi verilen AMİ geçiren hastaların bulunduğu girişim grubu ve planlı eğitim verilmeyen AMİ geçiren hastaların bulunduğu kontrol grubundaki hastaların ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; birinci görüşmede ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar boyutu puan ortalamaları açısından girişim grubu (16,42±2,33) ve kontrol grubu (16,58±2,29) arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>,05). İkinci görüşmede ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar boyutu puan ortalamaları açısından girişim grubu (18,26±2,09) ve kontrol grubu (17,02±1,97) arasında anlamlı fark olduğu bulundu (p<,01), (Tablo 6.5).

Birinci görüşmede ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puan ortalamaları açısından girişim grubu (16,94±3,30) ve kontrol grubu (18,22±3,81) arasında anlamlı fark bulunmadı (p>,05). İkinci görüşmede ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puan ortalamaları açısından girişim grubu (16,52±3,01) ve kontrol grubu (18,14±3,95) arasında anlamlı fark bulundu (p<,05), (Tablo 6.5).

Birinci ve ikinci görüşmelerdeki grup içi ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar ve engel alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde; girişim grubunda ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puan ortalamaları açısından birinci görüşme (16,42±2,33) ve ikinci görüşme (18,26±2,09) arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ). Girişim grubunda ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puan ortalamaları açısından birinci görüşme (16,94±3,30) ve ikinci görüşme (16,52±3,01) arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>,05$ ), (Tablo 6.5).

Kontrol grubunda ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puan ortalamaları açısından birinci görüşme (17,02±1,97) ve ikinci görüşme (16,58±2,29) arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,05$ ). Kontrol grubunda ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puan ortalamaları açısından birinci görüşme (18,22±3,81) ve ikinci görüşme (18,14±3,95) arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.5).

#### 6.6. Girişim ve Kontrol Grubunun Diyete Uyum Düzeyinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması

**Tablo 6.6. Girişim ve Kontrol Grubunun Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek	Alt Boyut	Grup	Birinci Görüşme $\bar{X} \pm SS$	İkinci Görüşme $\bar{X} \pm SS$	t*	p
DUHiÖ	Yarar	Girişim	26,62±3,50	29,20±2,89	7,948	,000***
		Kontrol	26,04±4,02	26,82±3,93	4,198	,000***
		t	,770	3,451		
	p	,443	,001**			
	Engel	Girişim	11,94±1,89	11,20±1,80	3,634	,001**
		Kontrol	12,26±2,16	11,72±2,02	3,231	,002**
t		,790	1,360			
p	,432	,177				

Not: \*\* $p<,01$ , \*\*\* $p<,001$ .

Ölçüm zamanına göre ayrı olarak, planlı taburculuk eğitimi verilen AMİ geçiren hastaların bulunduğu girişim grubu ve planlı eğitim verilmeyen AMİ geçiren hastaların bulunduğu kontrol grubundaki hastaların diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşmede diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar alt boyut puan ortalamaları açısından girişim grubu (26,62±3,50) ve kontrol grubu (26,04±4,02) arasında fark olmadığı belirlendi ( $p>,05$ ). İkinci görüşmede ise diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puan ortalamaları açısından girişim grubu (29,20±2,89) ve kontrol grubu (26,82±3,93) arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,01$ ), (Tablo 6.6).

Birinci görüşmede, diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puan ortalamaları açısından girişim grubu (11,94±1,89) ve kontrol grubu (12,26±2,16) arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ). İkinci görüşmede, diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puan ortalamaları açısından girişim grubu (11,20±1,80) ve kontrol grubu (11,72±2,02) arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.6).

Girişim grubunda, birinci (26,62±3,50) ve ikinci (29,20±2,89) görüşmelerdeki diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ). Kontrol grubunda, birinci (26,04±4,02) ve ikinci (26,82±3,93) görüşmelerdeki diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ), (Tablo 6.6).

İkinci görüşmede diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puan ortalamasındaki artış farkı incelendiğinde, girişim grubunda 2,58 puanlık artış olurken, kontrol grubunda ,78 puanlık artış olduğu bulundu. Girişim ve kontrol grubunda diyeteye uyum ölçeğinin yarar alt boyutunda artan puan farkı ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde; çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ( $t= 4,812$ ,  $p= ,000$ ), girişim grubundaki farkın daha yüksek olduğu bulundu.

Girişim grubunda, diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puan ortalamaları açısından birinci görüşme (11,94±1,89) ile ikinci görüşme (11,20±1,80) arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,01$ ). Kontrol grubunda, diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puan ortalamaları açısından birinci görüşme



(12,26±2,16) ile ikinci görüşme (11,72±2,02) arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,01$ ), (Tablo 6.6).

İkinci görüşmede diyeteye uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puan ortalamasındaki değişim (düşme) farkı incelendiğinde, girişim grubunda ,74 puanlık düşme olurken, kontrol grubunda ,54 puanlık düşme olduğu bulundu. Grupların düşme puanları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde anlamlı düzeyde olmadığı ( $t= ,759$ ,  $p= ,450$ ), eğitim sonrasında girişim ve kontrol grubundaki hastaların diyeteye uyumda engel alt boyut puan ortalamalarındaki düşmenin benzer düzeyde olduğu belirlendi.

### 6.7. Girişim ve Kontrol Grubunun Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması

Tablo 6.7. Girişim ve Kontrol Grubunun Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Alt Boyut	Grup	Birinci Görüşme $\bar{X} \pm SS$	İkinci Görüşme $\bar{X} \pm SS$	t	p
BİHİÖ	Yarar	Girişim	16,38±3,12	18,20±2,93	5,041	,000***
		Kontrol	17,60±3,76	17,76±3,42	,822	,415
		<i>t</i>	1,764	,690		
		<i>p</i>	,081	,492		
	Engel	Girişim	31,78±5,31	28,76±4,39	6,403	,000***
		Kontrol	30,64±6,00	29,86±5,59	1,795	,079
	<i>t</i>	1,007	1,094			
	<i>p</i>	,317	,277			

Not: \*\*\* $p<,001$

Ölçüm zamanına göre ayrı olarak, planlı taburculuk eğitimi verilen AMI geçiren hastaların bulunduğu girişim grubu ve planlı eğitim verilmeyen AMI geçiren kontrol grubundaki hastaların bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; birinci görüşmede girişim grubu ( $16,38\pm 3,12$ ) ve kontrol grubu ( $17,60\pm 3,76$ ) arasında bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar alt boyutu puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ). İkinci görüşmede girişim grubu ( $18,20\pm 2,93$ ) ve kontrol grubu ( $17,76\pm 3,42$ ) arasında bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.7).

Ölçüm zamanına göre ayrı olarak, girişim grubu ve kontrol grubunda bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyutu puan ortalaması incelendiğinde; birinci görüşmede, girişim grubu ( $31,78\pm 5,31$ ) ve kontrol grubu ( $30,64\pm 6,00$ ) arasında bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.7). İkinci görüşmede, girişim grubu ( $28,76\pm 4,39$ ) ve kontrol grubu ( $29,86\pm 5,59$ ) arasında bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.7).

Grup içi farklılıklara bakıldığında; girişim grubunda birinci görüşme ( $16,38\pm 3,12$ ) ile ikinci görüşme ( $18,20\pm 2,93$ ) arasında bireysel izlem yarar alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ). Kontrol grubunda ise birinci görüşme ( $17,60\pm 3,76$ ) ile ikinci görüşme ( $17,76\pm 3,42$ ) arasında bireysel izlem yarar alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.7) belirlendi.

Girişim grubunda, birinci görüşme ( $31,78\pm 5,31$ ) ile ikinci görüşme ( $28,76\pm 4,39$ ) arasında bireysel izlem engel alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ). Kontrol grubunda ise birinci görüşme ( $30,64\pm 6,00$ ) ile ikinci görüşme ( $29,86\pm 5,59$ ) arasında bireysel izlem engel alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.7).

**6.8. Girişim ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması**

**Tablo 6.8. Girişim ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek ve Alt Boyutları	Grup	Birinci Görüşme	İkinci Görüşme	t	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
<b>KHRFBD (Toplam Ölçek Puanı)</b>	Girişim	22,72±2,47	25,30±1,04	7,827	<b>,000***</b>
	Kontrol	22,44±2,89	23,22±2,58	4,596	<b>,000***</b>
	t	,521	5,288		
	p	,603	<b>,000***</b>		
Hastalık Özellikleri	Girişim	2,82±,90	3,30±,74	4,617	<b>,000***</b>
	Kontrol	2,64±,98	2,68±,94	,814	,420
	t	,956	3,684		
	p	,342	<b>,000***</b>		
Risk Faktörleri	Girişim	13,60±1,44	14,66±,56	5,332	<b>,000***</b>
	Kontrol	13,20±1,69	13,62±1,40	3,280	<b>,002**</b>
	t	1,273	4,886		
	p	,206	<b>,000***</b>		
Risk Davranışlarında Değişim	Girişim	6,30±1,04	7,34±,72	7,144	<b>,000***</b>
	Kontrol	6,60±1,03	6,92±1,05	4,106	<b>,000***</b>
	t	1,453	2,340		
	p	,150	<b>,021*</b>		

Not: \*p<,05, \*\*p<,01, \*\*\*p<,001.

Birinci görüşmede; girişim ve kontrol grubu arasında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puan ve üç alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ). İkinci görüşmede; girişim ve kontrol grubu arasında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puanı ile hastalık özellikleri, risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ,  $p<,01$  ve  $p<,001$ ), (Tablo 6.8).

Girişim grubunda, birinci görüşme ile ikinci görüşmedeki kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puan ortalamaları ile hastalık özellikleri, risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puan ortalamaları arasından anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ,  $p<,001$  ve  $p<,05$ ). Kontrol grubunda, birinci

görüşme ile ikinci görüşmedeki hastalık özellikleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmazken ( $p>,05$ ), kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puan ortalamaları ile risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puan ortalamaları arasından anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ,  $p<,001$  ve  $p<,05$ ), (Tablo 6.8).

İkinci görüşmede kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puan ortalamasındaki artış farkı incelendiğinde, girişim grubunda 2,58 puanlık artış olurken, kontrol grubunda ,78 puanlık artış olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların toplam bilgi düzeyindeki puan farkı ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ( $t= 4,855$ ,  $p= ,000$ ), girişim grubundaki toplam bilgi artış farkının daha yüksek olduğu bulundu.

**6.9. Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametreleri (Laboratuvar Değerleri) Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması**

**Tablo 6.9a. Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametreleri (Laboratuvar Değerleri) Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Laboratuvar Bulguları	Grup	Birinci Görüşme	İkinci Görüşme	t	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Hgb	Girişim	13,14±1,76	13,57±1,55	3,105	<b>,003**</b>
	Kontrol	13,07±1,42	13,44±1,37	2,842	<b>,007**</b>
	t	,244	,438		
	p	,808	,662		
Hct	Girişim	39,12±5,07	40,62±4,45	3,265	<b>,002**</b>
	Kontrol	38,86±4,28	40,13±4,06	3,416	<b>,001**</b>
	t	,277	,573		
	p	,782	,568		
Wbc	Girişim	9,41±2,88	9,26±2,60	,459	,649
	Kontrol	9,45±1,84	8,77±2,08	2,770	<b>,008**</b>
	t	,079	1,041		
	p	,938	,301		
AKŞ	Girişim	107,92±32,60	109,58±29,38	,530	,598
	Kontrol	114,38±43,76	114,12±43,05	,065	,949
	t	,837	,616		
	p	,405	,539		
Na	Girişim	138,88±2,65	139,98±2,12	3,141	<b>,003**</b>
	Kontrol	138,36±1,88	139,60±2,40	3,333	<b>,002**</b>
	t	1,130	,839		
	p	,261	,404		
K	Girişim	4,19±,31	4,28±,37	1,628	,110
	Kontrol	4,19±,37	4,34±,39	2,092	<b>,042*</b>
	t	,015	,821		
	p	,989	,414		

Not: \*p<,05, \*\*p<,01.

**Tablo 6.9b. Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametreleri (Laboratuvar Değerleri) Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Laboratuvar Bulguları	Grup	Birinci Görüşme	İkinci Görüşme	t	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Total kolesterol	Girişim	205,14±49,56	167,94±33,99	5,740	,000***
	Kontrol	201,26±40,23	165,36±40,56	6,091	,000***
	t	,430	,345		
	p	,668	,731		
LDL	Girişim	131,64±40,94	96,98±26,69	5,984	,000***
	Kontrol	131,62±35,53	97,54±32,15	5,743	,000***
	t	,003	,095		
	p	,998	,925		
HDL	Girişim	44,38±8,38	44,98±7,42	,592	,557
	Kontrol	43,80±9,62	46,14±11,43	1,954	,056
	t	,321	,602		
	p	,749	,548		
Trigliserid	Girişim	145,98±86,47	150,72±57,96	,506	,615
	Kontrol	139,68±63,90	135,88±52,36	,673	,504
	t	,414	1,344		
	p	,680	,182		
Üre	Girişim	16,28±5,46	16,07±4,61	,366	,716
	Kontrol	17,04±5,21	15,58±4,09	1,949	,057
	t	,712	,572		
	p	,478	,569		
Kreatin	Girişim	,96±,64	,92±,36	,536	,595
	Kontrol	,90±,25	,91±,23	,252	,802
	t	,568	,204		
	p	,571	,838		
CK-MB	Girişim	4,28±3,12	2,78±1,45	4,530	,000***
	Kontrol	5,63±6,18	2,41±1,37	4,304	,000***
	t	1,375	1,320		
	p	,173	,190		

Not: \*\*\*p<,001.

Birinci görüşme, girişim grubu ile kontrol grubunun hemoglobin, hematokrit, lökosit, açlık kan şekeri, sodyum, potasyum, total kolesterol, HDL, LDL, trigliserid, üre, kreatinin ve CK-MB gibi laboratuvar parametreleri arasında anlamlı fark bulunmadı (p>,05), (Tablo 6.9a ve Tablo 6.9b).

İkinci görüşmede, girişim grubu ile kontrol grubunun hemoglobin, hematokrit, lökosit, açlık kan şekeri, sodyum, potasyum, total kolesterol, HDL, LDL, trigliserid,

üre, kreatinin ve CK-MB gibi laboratuvar parametreleri arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.9a ve Tablo 6.9b).

Girişim grubunda, birinci görüşme ile ikinci görüşme arasında lökosit, açlık kan şekeri, potasyum, HDL, trigliserid, üre ve kreatinin açısından anlamlı fark bulunmazken ( $p>,05$ ), hemoglobin, hematokrit, sodyum, total kolesterol, LDLve CK-MB gibi laboratuvar parametreleri açısından anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ,  $p<,01$ ,  $p<,05$ ), (Tablo 6.9a ve Tablo 6.9b).

Kontrol grubunda, birinci görüşme ile ikinci görüşme arasında açlık kan şekeri, HDL, trigliserid, üre ve kreatinin açısından anlamlı fark bulunmazken ( $p>,05$ ), hemoglobin, hematokrit, lökosit, sodyum, potasyum, total kolesterol, LDLve CK-MB gibi laboratuvar parametreleri açısından anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ,  $p<,01$ ,  $p<,05$ ), (Tablo 6.9a ve Tablo 6.9b).

**Tablo 6.10. Girişim ve Kontrol Grubunun Bel Çevresi Ortalamalarının Karşılaştırılması**

	Grup	Birinci Görüşme	İkinci Görüşme	t	p
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Bel Çevresi	Girişim	98,40±10,62	97,62±9,90	4,960	,000***
	Kontrol	98,30±9,30	98,08±9,20	2,112	,040*
	t	,050	,241		
	p	,960	,810		

Not: \* $p<,05$ , \*\*\* $p<,001$ .

Birinci görüşmede, girişim ile kontrol grubu arasında bel çevresi ölçüsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ). Aynı şekilde ikinci görüşmede, girişim ile kontrol grubu arasında bel çevresi ölçüsü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>,05$ ), (Tablo 6.10).

Girişim grubunda, birinci görüşme ile ikinci görüşmedeki bel çevresi ölçüsü arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,001$ ). Kontrol grubunda, birinci görüşme ile ikinci görüşmedeki bel çevresi ölçüsü arasında anlamlı fark bulundu ( $p<,05$ ), (Tablo 6.10).





## 7. TARTIŞMA

### 7.1. Girişim ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 sonuçlarına göre; 45-54 yaş grubunda %6 dolayındaki koroner hastalık prevalansı, 55-64 yaş grubunda %17, 65 yaş ve üzerindeki bireylerde %28 düzeyine yükselmektedir. Söz konusu prevalanslar 1990 yılındakilere kıyasla 50 yaş üstü kesimde %80 oranında artmıştır (Onat ve ark 2017). Araştırma kapsamına alınan girişim grubundaki hastaların %34'ü 56-65 yaş arasında ve %34'ü 66 yaş üstü iken, kontrol grubundaki hastaların %38'i 56-65 yaş arasında ve %22'si 66 yaş üstü olup yaş grupları açısından iki grup benzerdir. Bu çalışmada da hastaların çoğunluğunun TEKHARF çalışma sonuçlarına benzer olarak 56-65 yaş arasında olduğu görülmektedir.

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 sonuçlarına göre; kadınlara göre erkeklerde KKH riski daha yüksektir (Onat ve ark 2017). Yapılan çalışmada; girişim grubundaki hastaların %76'sı erkek, %24'ü kadın, kontrol grubundaki hastaların %72'si erkek, %28'i kadın olup iki grup cinsiyet yönünden benzer olmakla birlikte iki grupta da erkek hasta sayısının kadınlardan daha fazla olması, erkeklerin AMİ geçirme oranının kadınlardan daha fazla olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Benzer şekilde, Meenakshisundaram ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada da AMİ gelişme riskini erkeklerde anlamlı olarak daha yüksek bulmuştur (Meenakshisundaram et al. 2010).

Girişim grubundaki hastaların %32'si lisans mezunu, %28'i lise ve dengi okul mezunu ve %40'ı ilköğretim mezunu iken, kontrol grubundaki hastaların %20'si lisans mezunu ve %34'ü lise ve dengi okul mezunu, %46'sı ise ilköğretim mezunu olup eğitim durumları iki grupta da benzerdi.

Girişim grubundaki hastaların %86'sı evli iken, kontrol grubundaki hastaların %78'i evli olup iki grupta da medeni durumlar benzer bulundu. Altunbaş ve Aksoy (2015) yaptıkları çalışmada, akut koroner sendromlu hastaların hastalığa psikososyal uyum sağlamasında, ilaç tedavisine uymasında, kontrollerini aksatmamasında aile desteğinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Altunbaş ve Aksoy 2015). Çalışmaya katılan hastaların orta yaş grubunda olmalarından dolayı evli olan hasta sayısının bekarlardan daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında çalışma durumuna ve mesleklere göre fark bulunmadı. İki grupta da emeklilerin çoğunluğu oluşturması, hastaların yaş ortalamasının emeklilik yaşına uygun olması, emeklilikle birlikte sedanter yaşama geçişin AMİ oluşumunda etkili olduğunu düşündürmektedir.

Gelir durumu ve sosyal güvenceleri yönünden iki grup benzer bulundu. Onat ve Can (2017) yaptıkları çalışmada ailede dar gelirliliğin bireye ve topluma büyük bir koroner risk yüklediği saptanmıştır. Bir çalışmada, gelir durumu düşük olan hastaların, hastalığa psikososyal uyumlarının azaldığı bulunmuştur (Çam ve Nehir 2011). İki grupta da hastaların büyük çoğunluğunun gelirinin giderine eşit olması nedeniyle, hastaların özel sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına olanaklarının bulunmadığını düşündürmektedir.

Girişim ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslek, gelir durumu ve sosyal güvence bakımından ve eğitim durumları açısından fark olmaması, demografik özellikler açısından grupların homojen olduğunu göstermektedir. Demografik açıdan grupların benzer olması bağımsız değişken olan taburculuk eğitiminin önemini değerlendirebilmek açısından önem taşımaktadır.

## 7.2. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease: GBD) Obezite İşbirliği Grubu'nun 2015 yılı raporuna göre, dünyada obez nüfus 711,4 milyona (107,7 milyon çocuk ve 603,7 milyon yetişkin) ulaşmıştır. DSÖ tahminlerine göre, 2016 yılında dünya genelinde, yetişkinlerin %39'u fazla kilolu ve %13'ü obezdir (Sabuncu ve ark. 2018). Literatürde, BKİ arttıkça, kardiyovasküler hastalık risk profili ve hastalık yükünün arttığı (Herrmann et al. 2014), perkütan koroner girişim uygulanan hastalar arasında majör kardiyovasküler olay ve ölüm riski BKİ artışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Park et al. 2015). Yapılan bu çalışmada; girişim grubundaki hastaların %24'ü normal kilolu (20-24,9), %52'si fazla kilolu (25-29,9), %24'ü ise obez (>30-34,9), kontrol grubundaki hastaların %14'ü normal kilolu (20-24,9), %54'ü fazla kilolu (25-29,9) ve %32'si obezdir (>30-34,9). Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında BKİ farklı bulunmamakla birlikte iki gruptaki hastaların büyük çoğunluğunun fazla kilolu olduğu ve hala AMİ riski taşıdıkları söylenebilir.

Kardiyovasküler hastalıklarda hipertansiyon en çok görülen ve değiştirilebilir risk faktörlerindedir. Türkiye'de hipertansiyon İnsidansı (HinT 2007) çalışmasına göre hipertansif birey oranı %21,3'tür (Arıcı ve ark. 2010). Bu çalışmada; girişim grubundaki hastaların %52'sinde hipertansiyon, %18'inde diyabet, kontrol grubundaki hastaların %52'sinde hipertansiyon, %22'sinde diyabet olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar hipertansiyon ve diyabet görülme sıklığı açısından benzerdir. Yapılan diğer çalışmalarda da hastaların tıbbi öykülerinde en sık görülen hastalıklardan biri hipertansiyon olarak bulunmuştur (Özen ve ark. 2012) Can ve arkadaşlarının (2003) kardiyoloji kliniğinde yaptıkları çalışmada hipertansiyon %59,4 erkek, %40,6 kadın hastada ilk sırada bulunmuştur (Can ve ark. 2003). Park ve arkadaşları (2015) 9127 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; AMİ geçiren hastalarda yeni başlangıçlı diyabet riski yüksek bulunmuştur (Park et al. 2015). Gholap ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada; diyabetli hastalarda diyabetli olmayan hastalara göre AMİ sonrasında ölüm riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Gholap et al. 2017). Alabas ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada; diyabet STEMİ sonrası

ölüm riski ile ilişkili bulunmuştur (Alabas et al. 2017). Terlecki ve arkadaşları (2015) 190 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; AMİ sırasında akut hiperglisemi olan hastalarda ileride diyabet olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Terlecki et al. 2015). Li ve arkadaşları (2016) 864 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; tip 2 diabetes mellitus tekrarlayan miyokard infarktüsü ölümlerinde bağımsız risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Li et al. 2016). Buna göre; hipertansiyon ve diyabetin AMİ riskini arttırdığı gibi, AMİ sonrası hipertansiyon ve diyabetin ortaya çıkabileceği söylenebilir.

Girişim grubundaki hastaların sistolik kan basıncı  $126,96 \pm 13,96$  mmHg, diyastolik kan basıncı  $74,20 \pm 11,34$  mmHg, kontrol grubundaki hastaların sistolik kan basıncı  $122,52 \pm 14,61$  mmHg, diyastolik kan basıncı  $72,06 \pm 9,23$  mmHg olarak bulundu. Sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları girişim ve kontrol grubunda fark bulunmamasından dolayı grupların kan basıncı açısından homojen dağıldığı söylenebilir. TEKHARF çalışmasında, kardiyovasküler hastalık ve mortalitenin her iki cinste de en güçlü bağımsız öngörücüsünün SKB olduğu bildirilmiştir. SKB'ndaki her bir SD'lik (23 mmHg) artışın diyabeti bulunmayan bireylerde kardiyovasküler hastalık ve mortalitede %50 oranında bir artışa yol açtığı bulunmuştur (Onat 2017). Buna göre; AMİ geçiren hastalarda kan basıncı kontrolünün sağlanması ile yeni AMİ riskinin azalabileceği söylenebilir.

### **7.3. Girişim ve Kontrol Grubunun Miyokard İnfarktüsüne İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Girişim grubundaki hastaların %12'si anterior, %24'ü inferior, %6'sı posterior, %52'si non-ST Mİ, %6'sı inferior posterior lateral Mİ geçirdiği, kontrol grubundaki hastaların %10'nu anterior, %28'i inferior, %4'ü posterior, %2'si posterior lateral, %2'si lateral, %44'ü non-ST Mİ, %8'i inferior posterior lateral, %2'si antero septal Mİ geçirdiği belirlendi. İki grupta infarktüs oluşan miyokard bölgelerinin benzer olduğu görülmektedir.

Uygulanan tedaviye bakıldığında; girişim grubu hastalarının %94'ü Primer PCI, %4'üne KAG+medikal tedavi, %2'sine trombolitik+primer PCI tedavisi uygulandığı,

kontrol grubunda ise %92 hastaya Primer PCI, %6'sına KAG+medikal tedavi, %2'sine trombolitik+primer PCI tedavisi uygulandığı belirlendi. İki grupta da AMİ için benzer tedavi uygulandığı görülmektedir. Çiftçi ve arkadaşlarının (2008) AMİ tanısı alan 29 hastaya primer perkütan koroner girişim, 71 hastaya trombolitik tedavi uygulanması sonucunda primer perkütan koroner girişim yönteminin trombolitik tedaviye göre daha iyi miyokardiyal performans sağladığını bulunulmuş (Çiftçi ve ark. 2008). Mehta ve arkadaşları (2008) 7630 STEMI hastası üzerinde yaptıkları çalışmada; primer PCI ile karşılaştırıldığında fibrinolitik tedavisi alan hastalarda ölüm riski daha yüksek bulunmuştur (Mehta ve ark. 2008). Buna göre; AMİ geçiren hastalarda kılavuzlara uygun tedavi yapıldığı söylenebilir.

Hastaların daha önce AMİ geçirme durumlarına bakıldığında; girişim grubundaki hastaların %36'sı, kontrol grubundaki hastaların ise %28'inin daha önce miyokard infarktüsü geçirdikleri saptandı. Girişim grubundaki hastaların %77,8'inin bir-iki defa, %22,2'sinin üç ve üçten fazla AMİ deneyimlediği, kontrol grubu hastalarının %64,3'ünün bir-iki defa, %35,7'sinin üç ve üçten fazla AMİ deneyimlediği saptandı. AMİ geçirme sıklığı iki grupta benzer bulundu.

Hastaların ailesinde AMİ geçirme öyküsüne bakıldığında; girişim grubundaki hastaların %56'sının, kontrol grubundaki hastaların %60'ının ailesinde AMİ geçirme öyküsü olduğu ve iki grubun da ailesinde AMİ geçirme öyküsünün benzer olduğu belirlendi. Bu çalışmayı destekler şekilde, Leander ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada; ailede koroner kalp hastalığı öyküsünün miyokard infarktüsü için sadece güçlü bir risk faktörü olmadığı, bunun diğer kardiyovasküler risk faktörleri ile uyumlu olduğu bildirilmiştir (Leander et al. 2001). Buna göre; ailesinde AMİ geçirme öyküsü olan bireylerin AMİ geçirme riskinin %56-60 olduğu ve diğer risk faktörlerinin tanımlanması gerektiği söylenebilir.

#### 7.4. Girişim ve Kontrol Grubunun Sağlık Davranışlarına İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Amerikan Spor Hekimliği Birliği (American College of Sports Medicine [ACSM]) ve Amerikan Kalp Cemiyeti (American Heart Association [AHA]) tarafından, 18–65 yaş arasındaki sağlıklı erişkinlerin, hafta içi beş gün 30 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmaları önerilmektedir. Yapılan bu çalışmada; hastaların sağlık davranışlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde; ilk görüşmede, girişim grubundaki hastaların %56'sında sigara (%12'sinin günde 2-3 paket sigara) ve %22'sinin alkol (%8'inin her gün alkol) kullandığı, %90'nı düzenli egzersiz ve %42'sinin ise düzenli yürüyüş yapmadığı, %16'sının günlük işlerde, %34'ünün merdiven çıkarken ve %22'sinin ise 1 km yürüdüğünde zorlandığı belirlendi. Kontrol grubundaki hastalarında %56'sında sigara (%8'inin günde 2-3 paket sigara) ve %30'unun alkol (%6'sının her gün alkol) kullandığı, %82'inin düzenli egzersiz, %48'inin düzenli yürüyüş yapmadığı, %20'sinin günlük işlerde, %40'ının merdiven çıkarken ve %24'ünün 1 km yürüdüğünde zorlandığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sağlık davranışları olarak sigara kullanımı ve tüketim miktarı, alkol kullanımı ve tüketim miktarı, düzenli egzersiz, düzenli yürüyüş, günlük işlerde zorlanma, merdiven çıkarken zorlanma ve 1 km yürüdüğünde zorlanma durumları benzer bulundu. Buna göre; sağlık davranışlarına ilişkin özellikler açısından grupların homojen olduğu söylenebilir. Ancak, her iki gruptaki hastaların da AMİ geçirmelerinde kardiyovasküler risk faktörleri açısından hala sigara ve alkol kullanma, düzenli egzersiz yapmamaları gibi yeterince bilgi sahibi olmadıkları, olumlu davranış geliştiremedikleri görülmektedir. Bu durum da hastaların planlı taburculuk eğitimine gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda, kalp hastalıkları açısından sigara içenlerin %93,7 daha fazla risk yaşadıkları ve takip esnasında %58,6 sının sigara içmeyi hala sürdürdüğü bildirilmiştir (Rallidis et al. 2015). Daha genç yaşta sigara içenlerde, içmeyenlere göre akut STEMI riski sekiz kat fazla bulunmuştur (Lloyd et al. 2017). Luo ve arkadaşlarının (2011) 456 miyokard infarktüsü geçirmiş bireyin sigara içme durumunu inceledikleri çalışmada, erkeklerin çoğunluğunun sigara içtiği, miyokard infarktüsü

sonrası %42,5'inin sigarayı bıraktığı, sigarayı bırakamama nedenlerini ise yoksunluk belirtileri, alışkanlık, arkadaş çevresi ve stres olarak belirtmişlerdir (Luo et al. 2011). Kurçer ve Özbay'ın (2011) çalışmasında, 102 KAH hastasına yaşam şekli değişikliği konusunda eğitim ve danışmanlık verilmiş, üç ay sonra günlük içilen sigara sayısında değişiklik olmadığı saptanmıştır (Kurçer ve Özbay 2011). Yapılan çalışmalarda, fiziksel olarak aktif olmamanın, KVH bağlı ölüm riskini arttırdığı bulunmuştur (Warren et al 2010, Ford et Caspersen 2012). Bir çalışmada; planlı ve düzenli olarak uygulanan egzersiz programının (yürüyüş, aerobik egzersiz vb.) kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitelerini artırdığı, tekrarlı yatışlarda azalma sağladığı, kardiyak performansı ve kas gücünü artırdığı bulunmuştur (Altıok 2016). Buna karşın, Tokem ve arkadaşlarının (2013) hipertansiyon tanısı alan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %65,2'sinin hiç fiziksel aktivite/spor yapmadığı, %40,2'sinin hangi fiziksel aktivite yapacağını bilmediği, bireylerin % 51,8'i fiziksel aktivite ya da spor yapacak zamanı olmadığını bildirilmiştir (Tokem ve ark 2013). Buna göre; AMİ geçiren hastaların sağlık davranışları konusunda uygun değişiklikleri yapamadıkları söylenebilir.

#### **7.5. Girişim ve Kontrol Grubunun İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Bu bölümde; ölçüm zamanına göre, planlı taburculuk eğitimi verilen AMİ geçiren hastaların bulunduğu girişim grubu ve planlı eğitim verilmeyen AMİ geçiren hastaların bulunduğu kontrol grubundaki hastaların ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puanları tartışıldı.

Birinci görüşmede, ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puanları girişim ve kontrol grubunda benzer bulundu. İkinci görüşmede ise ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puanları girişim grubunda daha yüksek bulunurken, engel alt boyut puanları kontrol grubunda daha yüksek bulundu. Buna göre; planlı taburculuk eğitimi yapılan girişim grubundaki hastaların ilaçların

yararlarına olan inançları arttırılarak ve engel inançları azaltılarak ilaca uyum hakkındaki inançları arttırılabilmıştır. Bu sonuç H<sub>1</sub> hipotezini doğrulamaktadır.

Birinci ve ikinci görüşmelerdeki grup içi ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar ve engel alt boyut puan ortalamaları arasındaki farklar incelendiğinde; girişim grubunun birinci ve ikinci görüşmedeki ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puanları anlamlı değişiklik göstermezken, ikinci görüşmede yarar alt boyut puanlarının oldukça yükseldiği belirlendi. Kontrol grubunun birinci ve ikinci görüşmedeki ilaca uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puanları değişiklik göstermezken, ikinci görüşmede yarar alt boyut puanlarının çok azda olsa yükseldiği belirlendi. Buna göre; AMİ geçiren hastalarda ilaca uyum hakkındaki inançlarda, engel inançların kolay değiştirilemediği, yarar inançlarının ise daha kolay değiştirilebildiği ve özellikle planlı taburculuk eğitimi verilerek yarar inançlarının daha fazla artırılabilirdiği söylenebilir.

Cafagna et Seghieri (2017) AMİ geçiren hastaların hastaneye yattıktan sonraki sonuçlarına göre daha sağlıklı bir yaşam sunmak, sağlık eşitliğini sağlamak ve performans sonuçlarını iyileştirmek amacıyla eğitim bileşeninin göz ardı edilmemesi gerektiğini belirtmektedirler (Cafagna et Seghieri 2017). Rajpura et Nayak (2014) çalışmalarında; yaşlı hipertansif hastalarının %66'sının ilaç uyumunun olmadığı, ilaç uyumunda hastalık algısının ve ilaçla ilgili inançların önemli rol aldığı bulunmuştur (Rajpura et Nayak 2014). Ayraller ve arkadaşları (2012) kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların önerilere uyumları ile ilgili yaptıkları çalışmada; ilaca olan uyumun düşük olduğu bulunulmuştur (Ayraller ve ark. 2012). Köseoğlu ve Enç (2016) kronik kalp yetersizliği olan hastalarda yaptıkları çalışmada; eğitim düzeyi, düzenli sağlık kontrolüne gitmeme, ilaç kullanımının, etki ve yan etkilerinin bilinmemesinin ilaca olan inançta engel algısını arttıran faktörler olarak bulunmuştur (Köseoğlu ve Enç 2016). Sulo ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada; AMİ'nün ciddi düşük komplikasyonu olan kalp yetmezliği ile eğitim düzeyi arasında ters bir ilişki görülmüştür. Koroner olayları önleme konusunda daha az eğitilmiş hastaların daha fazla çaba göstermesi gerektiği bildirilmiştir (Sulo et al. 2016).



## 7.6. Girişim ve Kontrol Grubunun Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde, ölçüm zamanına göre, planlı taburculuk eğitimi verilen AMİ geçiren hastaların bulunduğu girişim grubu ve planlı eğitim verilmeyen AMİ geçiren hastaların bulunduğu kontrol grubundaki hastaların diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puanları tartışıldı.

Birinci görüşmede, diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puanları girişim ve kontrol grubunda benzer bulundu. İkinci görüşmede ise diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin engel alt boyut puanları iki grupta benzer bulunurken, yarar alt boyut puanlarının girişim grubunda daha yüksek olduğu belirlendi. Buna göre; planlı taburculuk eğitimi yapılan girişim grubundaki hastaların diyete uyumun yararlarına olan inançlarının arttırıldığı ve engel inançlarının azaltılarak diyete uyum hakkındaki inançların arttırıldığı düşünülmektedir. Bu sonuç H<sub>2</sub> hipotezini doğrulamaktadır.

Girişim grubunda, birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar alt boyut puanları artarken engel alt boyut puanlarının azaldığı belirlendi. Kontrol grubunda da birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar alt boyut puanları artarken, engel alt boyut puanlarının azaldığı belirlendi.

İkinci görüşmede diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeği yarar alt boyut puan ortalamasındaki artış farkı incelendiğinde, girişim grubunda 2,58 puanlık artış olurken, kontrol grubunda ,78 puanlık artış olduğu bulundu. Girişim ve kontrol grubunda diyete uyum ölçeğinin yarar alt boyutunda artan puan farkı ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde; çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ( $t= 4,812$  ve  $p= ,000$ ), girişim grubundaki farkın daha yüksek olduğu bulundu.

İkinci görüşmede diyete uyum hakkındaki inançlar ölçeği engel alt boyut puan ortalamasındaki değişim (düşme) farkı incelendiğinde, girişim grubunda ,74 puanlık düşme olurken, kontrol grubunda ,54 puanlık düşme olduğu bulundu. Grupların düşme puanları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde anlamlı düzeyde olmadığı ( $t= ,759$  ve  $p= ,450$ ), eğitim sonrasında girişim ve kontrol

grubundaki hastaların diyetle uyumda engel alt boyut puan ortalamalarındaki düşmenin benzer düzeyde olduğu belirlendi. Buna göre; kontrol grubuna kıyasla girişim grubunda diyetle uyumun yararları hakkında daha fazla inanç geliştirildiği, engel inancında daha fazla azalma sağlandığı ve bunun da planlı taburculuk eğitiminden kaynaklandığı söylenebilir.

Araştırma bulgularımız benzer çalışmaların sonuçları ile paraleldir. Çakıroğlu ve Haklı (2009) yaptıkları çalışmada; hastaların besin seçimi konusunda eğitime ihtiyaç duydukları belirlenmiş ve hastalara verilen eğitim ve danışmanlık sonrasında, diyetle uyum düzeyinin ve egzersiz sürelerinin arttığı bulunmuş (Çakıroğlu ve Haklı 2009). Haklı ve Çakıroğlu (2011) yaptıkları çalışmada; kalp hastası yaşlıların öğün sayısı, öğün atlama, et ve tatlı tercihleri, et pişirme yöntemi, tavuk/ hindi etlerini tüketim şekilleri, tuz, sakatat açısından iyi beslenme alışkanlıkları sergiledikleri, yoğurt, peynir, ekmek tercihleri yönünden kötü beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları bulunmuştur (Haklı ve Çakıroğlu 2011). Dural ve Çıtlık (2016) yaptıkları araştırmada; hastaların ilaç ve diyetle uyumda yarar davranışlarını daha çok benimsedikleri, yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, ilaca ve diyetle uyumlu hastaların hastaneye daha az yattıkları bulunmuştur (Dural ve Çıtlık 2016).

### **7.7. Girişim ve Kontrol Grubunun Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Bu bölümde, ölçüm zamanına göre, planlı taburculuk eğitimi verilen AMİ geçiren hastaların bulunduğu girişim grubu ve planlı eğitim verilmeyen AMİ geçiren kontrol grubundaki hastaların bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puanları tartışıldı.

Birinci ve ikinci görüşmelerde, girişim ve kontrol grubunun bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puanları benzer bulundu.

Grup içi farklara bakıldığında; girişim grubunda birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede bireysel izlem yarar alt boyut puanları artarken engel alt boyut puanları

azalmıştır. Kontrol grubunda ise birinci görüşme ile ikinci görüşmedeki bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeğinin yarar ve engel alt boyut puanlarında fark olmamıştır. Buna göre; planlı taburculuk eğitimi yapılan AMİ geçiren hastalarda bireysel izlemin yararları hakkında ve engelleri hakkında olumlu inanç geliştirilebilmiştir. Bu sonuç H<sub>3</sub> hipotezini doğrulamaktadır.

Dayapoğlu ve Yıldız (2017) kronik kalp yetersizliği olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada; bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeği yarar algısı alt boyutu puan ortalaması ile engel algısı alt boyutu puan ortalaması bizim birinci izlemdeki çalışma sonuçlarımıza benzer bulmuştur (Dayapoğlu ve Yıldız 2017). Aynı şekilde Oğuz ve arkadaşlarının (2010) kalp yetmezliği olan hastalarda yaptıkları çalışmada da bireysel izlem yarar ve engel algıları alt boyut puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur. Buna göre; AMİ geçiren hastalarda bireysel izlemin yetersiz olduğu ve yapılan eğitimlerde izlemin önemi hakkında bilgi verilmesi önerilmektedir.

## **7.8. Girişim ve Kontrol Grubunun Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Birinci görüşmede; girişim ve kontrol grubunda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puanı ve üç alt boyut puanı benzer bulundu. İkinci görüşmede; kontrol grubuna göre kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puanı ile hastalık özellikleri, risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puanlarının anlamlı olarak daha fazla arttığı belirlendi.

Girişim grubunda, birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puanı ile hastalık özellikleri, risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puanlarında anlamlı artış saptandı.

Kontrol grubunda, birinci görüşmeye göre ikinci görüşmedeki hastalık özellikleri puanlarında anlamlı değişim olmazken kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi

düzeyi ölçeği toplam puanı ile risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puanlarında anlamlı artış oldu.

İkinci görüşmede kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puan ortalamasındaki artış farkı incelendiğinde, girişim grubunda 2,58 puanlık artış olurken, kontrol grubunda ,78 puanlık artış olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların toplam bilgi düzeyindeki puan farkı ortalaması bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildiğinde çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ( $t=4,855$  ve  $p=,000$ ), girişim grubundaki toplam bilgi artış farkının daha yüksek olduğu bulundu.

Bu çalışmada, girişim ve kontrol grubundaki hastaların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği toplam puan ortalamasındaki artış farkı incelendiğinde, girişim grubundaki hastaların verilen planlı taburculuk eğitimi sonrasında kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları görülmekte ve bu sonuç  $H_4$  hipotezini doğrulamaktadır.

Yaptığımız çalışmada; kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyleri ikinci görüşmede girişim grubunda  $25,30\pm1,04$ , kontrol grubunda ise  $23,22\pm2,58$  bulunmuştur. Tan ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada; kırsal kesimde yaşayan kadınların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi puan ortalaması  $13,05\pm6,93$  olarak bulunmuştur (Tan ve ark 2013). Bayülgen ve Altıok (2017) Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti uygulanan 100 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada; kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeylerinin  $20,98\pm4,10$  olduğunu bildirmiştir (Bayülgen ve Altıok 2017). Arıkan ve ark (2009) Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği' nin geçerlik ve güvenilirliği yaptıkları çalışmada; ölçeğin puan ortalaması  $19,3\pm3,2$  bulunmuştur (Arıkan ve ark 2009). Literatürdeki sonuçlara göre, bu çalışmada hem kontrol hem de girişim grubunu oluşturan hastaların kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri hakkındaki bilgilerinin daha fazla olduğu söylenebilir. Planlı taburculuk eğitimi yapılan girişim grubunda ikinci görüşmede, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri hakkındaki bilgilerinin daha da arttığı görülmektedir.

### **7.9. Girişim ve Kontrol Grubunun Fizyolojik Parametrelerinin (Laboratuvar Bulgularının) Karşılaştırılması**

Birinci görüşme, girişim grubu ve kontrol grubunda hemoglobin, hematokrit, lökosit, açlık kan şekeri, sodyum, potasyum, total kolesterol, HDL, LDL, trigliserid, üre, kreatinin ve CK-MB gibi laboratuvar parametreleri düzeyleri benzer bulundu. İkinci görüşmede de girişim grubu ve kontrol grubunun hemoglobin, hematokrit, lökosit, açlık kan şekeri, sodyum, potasyum, total kolesterol, HDL, LDL, trigliserid, üre, kreatinin ve CK-MB düzeyleri benzer bulundu.

Girişim grubunda, birinci görüşmeye göre ikinci görüşmedeki lökosit, açlık kan şekeri, potasyum, HDL, trigliserid, üre ve kreatinin düzeylerinde anlamlı değişim bulunmazken hemoglobin, hematokrit ve sodyum düzeylerinde artış olduğu, total kolesterol, LDL ve CK-MB düzeylerinde anlamlı azalma olduğu bulundu. Kontrol grubunda, birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede açlık kan şekeri, HDL, trigliserid, üre ve kreatinin düzeylerinde anlamlı değişim bulunmazken sodyum, potasyum, hemoglobin ve hematokrit düzeylerinde anlamlı artış, lökosit, total kolesterol, LDL ve CK-MB düzeylerinde azalma bulundu.

Bu çalışmada; birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede, girişim ve kontrol grubunda kan değerlerinde artış ve lipit profilinde düzelme olması, AMİ geçirdikten sonra hastaların beslenmelerine daha fazla dikkat ettiklerini düşündürmektedir. Bununla birlikte, ikinci görüşmede kan sodyum düzeyinin birinci görüşmeye göre daha yüksek bulunması, tüm hastaların taburcu olduktan sonra tuzsuz diyetle fazla uyamadıklarını düşündürmektedir.

### **7.10. Girişim ve Kontrol Grubunun Bel Çevresi Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Bel çevresi ya da bel/kalça oranı (BKO)'nın artmış olduğu obezite tipi, santral (visseral ya da abdominal) obezite olarak adlandırılmaktadır. Santral obezite, kalp-

damar sağlığı açısından önemli bir risk faktörüdür ve bel çevresinin bu riski daha iyi yansıttığı kabul edilmektedir. DSÖ'ye göre kadınlarda bel çevresinin 88 cm ve üzerinde, erkeklerde ise 102 cm ve üzerinde olması santral obezite varlığını göstermektedir. TURDEP-I'de santral obezite prevalansı genel toplumda %34 iken; TURDEP-II'de %53'e yükselmiştir. Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), 2005 yılında metabolik sendrom tanımını yaparken, santral obeziteyi, sendromun ana komponenti olarak kabul etmiş, Türk toplumunda Avrupa'da santral obezite için belirlenmiş bel çevresi rakamları (kadın için  $\geq 80$  cm, erkek için  $\geq 94$  cm) kullanılmalıdır. Ancak ne DSÖ'nün ne de IDF'in rakamları Türk toplumunun özelliklerini ve kardiyovasküler (KV) risk profilini yansıtmamaktadır. Bu amaçla, TURDEP-II'de en iyi bel çevresi kesim noktasının kadınlarda 90,5 cm, erkeklerde ise 95,5 cm olduğu saptanmıştır (Sabuncu ve ark. 2018).

Bu çalışmada, hem birinci hem de ikinci görüşmede, girişim ve kontrol grubunda bel çevresi ölçümleri benzer bulundu. Girişim grubunda, birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede bel çevresi ölçüsünde anlamlı azalma oldu. Girişim grubuna göre daha az olmakla birlikte kontrol grubunda da ikinci görüşmede bel çevresinde anlamlı azalma görüldü. Birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede, kontrol grubuna göre girişim grubunda daha fazla azalmanın olması, hastaların eğitimde diyet ve egzersize daha fazla dikkat etmelerinin kilo kaybında ve bel çevresinde azalmaya neden olduğunu düşündürmektedir. Bu sonuçlar, Biçer ve ark (2005) çalışması ile paraleldir. Biçer ve arkadaşlarının (2005) kalp hastalarında yaptıkları planlı düzenli yürüyüşün etkisini inceledikleri çalışmada, kontrol grubunda bel ölçümü egzersiz öncesi 92,07 cm. iken egzersiz sonrası 91,52 cm, deney grubunda ise egzersiz öncesi 90,41 cm. iken egzersiz sonrası 86,62 cm bulunmuştur. Buna göre; AMİ geçiren hastalarda yapılan planlı taburculuk eğitimi ile bel çevresinde anlamlı azalmanın sağlanabileceği söylenebilir.

## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın örneklemini oluşturan akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda;

- Birinci görüşmede girişim ve kontrol grubunda İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği' nin yarar ve engel alt boyut puanları benzer bulunurken, ikinci görüşmeden girişim grubunun yarar alt boyut puanlarının arttığı, engel alt boyut puanlarının ise azaldığı,
- Birinci görüşmede, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği' nin yarar ve engel alt boyut puanları girişim ve kontrol grubunda benzer olduğu, ikinci görüşmede engel alt boyut puanları iki grupta benzer bulunurken, yarar alt boyut puanlarının girişim grubunda daha yüksek olduğu,
- Birinci ve ikinci görüşmelerde, girişim ve kontrol grubunun Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği' nin yarar ve engel alt boyut puanları benzer olmakla birlikte, girişim grubunda birinci görüşmeye göre ikinci görüşmede bireysel izlem yarar alt boyut puanlarının artarken engel alt boyut puanlarının azaldığı,
- Birinci görüşmede girişim ve kontrol grubunda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği toplam puanı ve üç alt boyut puanı benzer bulunurken, ikinci görüşmede kontrol grubuna göre girişim grubunda ölçek toplam puanı ile hastalık özellikleri, risk faktörleri ve risk davranışlarında değişim alt boyut puanlarının daha fazla arttığı belirlendi.

Buna göre; H<sub>1</sub>, H<sub>2</sub>, H<sub>3</sub>, H<sub>4</sub> hipotezi kabul edilebilir. Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara verilen planlı taburculuk eğitimi kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyini, ilaç tedavisine uyumu, diyete uyumu ve bireysel izlem hakkındaki inançları olumlu yönde etkilemektedir.

## **Öneriler**

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalara, koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji servislerinden taburcu edilmeden önce, planlı taburculuk eğitiminin verilmesi,
- Araştırmanın daha geniş örneklem grubunda tekrarlanması önerilebilir.





## 9. KAYNAKLAR

Abacı A. Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Ülkemizdeki Durumu. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2011; 39(4):1-5.

Alabas OA, Hall M, Dondo TB, Rutherford MJ, Timmis AD, Batin PD. Long-Term Excess Mortality Associated With Diabetes Following Acute Myocardial Infarction: A Population-Based Cohort Study. J Epidemiol Community Health. 2017;71 :25–32.

Albus C. Psychological and Social Factors in Coronary Heart Disease. Ann Med 2010; 42(7):487-94.

Altunbaş G, Aksoy M. The Importance of Family Support in Patients with Acute Coronary Syndromes from Diagnosis to Therapy. Turk Kardiyol Dern Ars. 2015; 43(Suppl. 4): 15-17.

Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Birinci baskı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın No: 2, 2003, 433-445.

Altıok M. Kalp Yetersizliğinin Yönetimi ve Egzersiz: Sistemik Bir İnceleme. Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics 2016; 2(3):37-45.

Arıcı M, Turgan Ç, Altun B ve ark. Hypertension İncidence in Turkey (HinT): A Population-Based Study. J Hypertens 2010; 28(2):240-4.

Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. Arch Turk Soc Cardiol 2009; 37(1):35-40.

Ayraller A, Akan H, Kaspar Ç, Saper SH, Çağlar İM, Türeli HO, Karakaya O. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastaların Kardiyak Risk Faktörleri ile İlgili Önerilere Uyumluluğu. Jarem. 2012; 2: 59-63.

Babacan AG. Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği. İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi (Danışman: Uzm. Dr. Arslan Aşar). İstanbul, 2005.

Badır A, Korkmaz FD. Koroner Arter Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE, editörler. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3.baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014, s:431-472.

Bangalore S, Steg G, Deedwania P, Crowley K, Eagle KA, Goto S et al. Beta-Blocker Use and Clinical Outcomes in Stable Outpatients With and Without Coronary Artery Disease. JAMA 2012; 308:1340-1349.

Başara BB, Dirimeşe V, Özkan E, Varol Ö. T.C Sağlık Bakanlığı. Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, Ankara, 2004. [http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye\\_hastalik\\_yuku\\_calismasi.pdf](http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/turkiye_hastalik_yuku_calismasi.pdf)

Başgöz BB, Sağlam K. Hipertansiyon ve Kalp. Türkiye Klinikleri. J Cardiol-Special Topics 2017; 10(3):187-91.

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

Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Forthofer MA, Brater DC, Murray MD. Reliability and Validity of the Compliance Belief Scales Among Patients with Heart Failure. Heart Lung 2001; 30: 177-85.

Biçer YS, Peker İ, Savucu Y. Kalp Tek Damar Tıkanıklığı Olan Kadın Hastalarda Planlanmış Düzenli Yürüyüşün Vücut Kompozisyon Değerleri Üzerine Etkisi. F.Ü. Sağlık Bil. Dergisi 2005; 19(4), 241-248.

Cafagna G, Seghieri C. Educational Level and 30-Day Outcomes After Hospitalization for Acute Myocardial Infarction In Italy. BMC Health Services Research 2017; 17(18):2-11.

Çakıroğlu FP, Haklı G. Yaşlıların Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Beslenme Bilgileri ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2009(2):89-104.

Can V, Değer S, Turgut OO, Yılmaz A, Karadaş F. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Kliniği Koroner Anjiyografi Vakalarının Demografik Verilerinin Değerlendirilmesi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25(4):183-186.

Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW, The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. İçinde: Perk J, Rosengren A, Dallongeville J. Kardiyovasküler Hastalığın Önlenmesi; Risk Faktörlerinin Saptanması ve Değiştirilmesi. 1. Baskı. İyi işler Matbaacılık. İstanbul; 2007: 243-270.

Camm AJ, Lüscher TF, Serruys PW, The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine. İçinde: Cosentino F, Ryden L, Francia P. Diabetes Mellitus ve Metabolik Sendrom. 1. Baskı. İyi işler Matbaacılık. İstanbul. 2007; 301-331.

Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. Fifth Edition. Jossey-Bass. San Francisco; 2008, s: 45-65.

Çam O, Nehir S. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Psikososyal Uyumları İle Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2011; 27(2):47-59.

Çelik S, Görgülü Ş, Tezel T. Alkol Tüketimi ve Koroner Kalp Hastalığı. Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2002; 30: 634-639.

Çeneli Ö, Maraş Y, Aktaş Ş. Akut Miyokard İnfarktüsü'nde Hastaya Yaklaşım. Dirim 2001; 17-23.

Çiftçi M, Karabulut A, Akkoç H. Akut Miyokard İnfarktüsünde Kullanılan Trombolitik ve Primer Perkütan Koroner Girişim Tedavi Yöntemlerinin Miyokardiyal

Performans İndeksine Etkileri Açısından Karşılaştırılması. Dicle Tıp Dergisi 2008; 35(2):114-119.

Dayapoğlu N, Yıldız E. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaça Uyum, Diyete Uyum ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlarının İncelenmesi. MN Kardiyoloji 2017; 24(2):78-83.

Dural G, Çıtlık S. Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaç ve Diyete Uyumlarının Hastaneye Yeniden Yatışa ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Yrd. Doç. Dr. Seyhan Çıtlık Sarıtaş). Malatya, 2016.

Durusoy E, Yıldırım T, Altun A. Koroner Arter Hastalığı Poliklinik Takibi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010; 27(1):13-18.

Ford ES, Caspersen CJ. Sedentary Behaviour and Cardiovascular Disease: A Review of Prospective Studies. Int J Epidemiol 2012; 41(5):1338-1353.

Fuster V, Alexander RW, O'Rourke R. Hurt's The Heart. 10. Baskısının Türkçe çevirisi. Danışmanlık Eğitim Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. 1. Basım. 2002 Sayfa, 1065-1109.

Gholap NN, Achana FA, Davies MJ, Ray KK. Long-Term Mortality After Acute Myocardial Infarction Among Individuals With and Without Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies in The Post-Reperfusion Era. Diabetes Obes Metab 2017; 19(3):364-374.

Glanz, K, Rimer, BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education. Jossey-Boss CO: San Fransisco. (2002).

Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO.

Gözüm S, Çapık Ç. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. DEUHYO ED. 2014,7(3), 230-237.

Haklı G, Çakıroğlu FP. Kalp Hastası Kadın ve Erkek Yaşlıların Beslenme Alışkanlıkları ve Kan Bulgularının Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics. 2011; 14 (1) 54-62

Helvacı A, Tipi FF, Belen E. Obeziteye Bağlı Kardiyovasküler Hastalıklar. Okmeydanı Tıp Dergisi 2014; 30(1):5-14.

Herrmann J, Gersh BJ, Goldfinger JZ, Witzendichler B, Guagliumi G et al. Body Mass Index and Acute and Long-Term Outcomes After Acute Myocardial Infarction (from the Harmonizing Outcomes With Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction Trial). The American Journal of Cardiology 2014;114:9-16.

İrmak Z, Fesci H. Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 84-96.

Işık S, Delibaşı T, Berker D, Aydın Y, Güler S. Kalp Hastalıklarında Diyabet Yönetimi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2009; 9: 238-247.

Kelley GA, Kelley KS, Vu Tran Z. Aerobic Exercise, Lipids and Lipoproteins in Overweight and Obese Adults: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders 2005; 29(8):881-893.

Komşuoğlu B. Klinik Kardiyoloji. 1. baskı. Nobel matbaacılık. Kocaeli; 2004.

Köseoğlu N, Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing 2016; 7(14):162-168.

Kurçer MA, Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kardiyol Derg. 2011; 1: 107-113.

Kurtul A. Akut Miyokard İnfarktüsünde Patofizyoloji Nedir? Klinik Bulguları Nelerdir?. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2009; 2(2):1-6.

Leander K, Hallqvist J, Reuterwall C, Ahlbom A, Faire U. Family History of Coronary Heart Disease, a Strong Risk Factor for Myocardial Infarction Interacting with Other Cardiovascular Risk Factors: Results from the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). Epidemiology 2001; 12: 215-221.

Li W, Li M, Gao C, Wang X, Qi D, Liu J, Jin Q. Impact of Type 2 Diabetes Mellitus on Recurrent Myocardial Infarction in China. *Diabetes & Vascular Disease Research* 2016; 13(6): 395–404.

Lloyd A, Steele L, Fotheringham J, Iqbal J, Sultan A, Teare D, Grech ED. Pronounced Increase in Risk of Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in Younger Smokers. *Heart* 2017; 103:586-591.

Luo JG, Yang M, Han L, Gao K, Chen X, Chen LW. A 5-year Follow Up Study on Smoking and Current Smoking Cessation Status in Patients with Acute Myocardial Infarction from a Hospital in Xicheng District, Beijing. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 2011; 32(3):244-247.

Mataracı İ, Keleş C, Rabuş MB, Kırallı K, Zeybek R. Ailesel Hiperkolesterolemili Genç Hastada Supravalvüler Aortik Stenoz ve Koroner Arter Hastalığının Cerrahi Tedavisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg* 2010; 18(3):217-219.

Mehta RH, Gitt AK, Nger CJ, Zeymer U, Schiele R et al. Body Mass Index And Effectiveness Of Reperfusion Strategies: Implications For The Management Of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *Journal of Interventional Cardiology*. 2008;21:8–14.

Meenakshisundaram R, Agarwal D, Rajendiran C, Thirumalaikolundusubramanian P. Risk Factors for Myocardial Infarction Among Low Socioeconomic Status South Indian Population. *Diabetology & Metabolic Syndrome* 2010; 2:32.

Oğuz S, Enç N, Yiğit Z. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastalar İçin İnanç ve Uyum Ölçeklerinin Türkçeye Uyarlanması. *Arch Turk Soc Cardiol* 2010; 38(7):480-485.

Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İçinde: Onat A. Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. İstanbul; 2017, s: 105-119.

Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İçinde: Onat A. Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi: Eğilimler ve Kadında Farklı Kardiyometabolik Etkiler. Logos Yayıncılık Tic. A.Ş. İstanbul, 2017, s: 121-133.

Onat A. Türk Erişkinlerinde Diyabet ve Prediyabet: Patogeneze Önemli Katkı, 2009, Bölüm 12, 140-148.

Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. Klinik Gelişim 2005; 18(2):4-7.

Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, İmaj İç ve Dış Tic. A.Ş. 2004.

Özen M, Serinken M, Yılmaz A, Özen Ş. Acil Servise Başvuran Akut Koroner Sendrom Tanılı Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Tr J Emerg Med 2012; 12(3):117-122.

Park CS, Chung WB, Choi YS, Kim PJ, Lee JM. Acute Myocardial Infarction is A Risk Factor for New Onset Diabetes in Patients With Coronary Artery Disease. Plos One. 2015; 10(8): 1-12.

Perck J, De Bacher H, Gohlke F et al. European Guidelines on Cardiovascular Diseases Prevention and Clinical Practice. European Heart Journal 2012; 33:1635-1701.

Rajpura JR, Nayak R. Role of Illness Perceptions and Medication Beliefs on Medication Compliance of Elderly Hypertensive Cohorts. Journal of Pharmacy Practice 2014; 27(1):19-24.

Rallidis LS, Sakadakis EA, Tympas K, Varounis C. The İmpact of Smoking on Long-Term Outcome of Patients With Premature ( $\leq 35$  Years) St-Segment Elevation Acute Myocardial İnfarction. AM Heart J 2015; 169:356-62.

Roohafza H, Talaei M, Sadeghi M, Mackie M, Sarafzadegan N. Association Between Acute and Chronic Life Events on Acute Coronary Syndrome: A Case Control Study. J Cardiovasc Nurs 2010; 25(5):1-7

Sabuncu T, Bayram F, Kıyıcı S, Satman İ, Yumuk V ve ark. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. İçinde: Obezitenin Önemi, Epidemiyolojik Veriler ve Patogenez. Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. 6. Baskı: Mayıs. Ankara. 2018, s: 11-20.

Sebregts EHWJ, Falger PRJ, Bar FWHM. Risk Mactor Modification Through Nonpharmacological İnterventions in Patients with Coronary Heart Disease. Journal of Psychosomatic Research 2000; 48:425-441.

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

Sinan O, Koruç Z, Kocaekşi S. Kalp Krizi Geçiren Bireylerde Stresli Yaşantı ve Spor Yapmama ile İlişkinin İncelenmesi. Spor Hekimliği Dergisi 2006; (41):121-127.

Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner&Suddarth's Text Book of Medical Surgical Nursing, Twelfth edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia. 2010; 756-777.

Stoll DP, Csaszar N, Szoke H, Bagdi P. The İmportance of Psychological Assesment and Support in Patients Suffering from Cardiovascular Disease or Undergoing Cardiac Treatment. J Cardiovasc Dis Diagn 2014; 2(4):1- 5.

Sulo G, Nyga OR, Vollset SE, Igland J, Ebbing M, Sulo E. Higher Education is Associated With Reduced Risk of Heart Failure Among Patients With Acute Myocardial İnfarction: A Nationwide Analysis Using Data from the CVDNOR Project. European Journal of Preventive Cardiology 2016; 23(16):1743-1750.

Tan M, Dayapoğlu N, Şahin Z.A, Cürcani M, Polat H. Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi. Gümüşhane University Journal of Health Sciences 2013; 2(3):331-341.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Ankara. 2015; 1-240.



T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Ankara. 2010; 25-27.

Tekin G, Tekin A. Kararlı Koroner Arter Hastalığında Güncel İlaç Tedavisi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2015; 24(4):592-613.

Terlecki M, Bryniarski L, Bednarek A, Kocowska M, Kawecka-Jaszcz K et al. The Risk of Diabetes Development in Long-Term Observation of Patients With Acute Hyperglycaemia During Myocardial Infarction. Kardiol Pol 2015; 73, 8: 606–612.

Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report. National Cholesterol Education Program National Heart, Lung, and Blood Institute. National Institutes of Health, NIH Publication No. 025215 September 2002.

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe A.S, Simoons M.L, Chaitman B.R. Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Tanımı. Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2013; 3:129-145.

Tokgözoğlu L, Aytekin S, Çam N, Çengel A, Güneri S. Kayıkçıoğlu M, Ural D. Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm Sonuçları. Türk Kardiyoloji Derneği Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2010; 38(1):9-16.

Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2013; 4(5):30-40.

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

Türk Kardiyoloji Derneği, Koroner Kalp Hastalığı Riski ve Değerlendirilmesi, <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k11/4e423.htm?wbnum=1604> Erişim Tarihi: 04.03.2018.

Türk Kardiyoloji Derneği, Akut Miyokard İnfarktüsünde Hastane Öncesi Yaklaşım ve Tedavi, 2009  
<http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k07/2bc68.htm?wbnum=1352> Erişim Tarihi: 04.03.2018.

Uysal H. Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012; 1-11.

Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara. 2013;169-186.

Yardımcı T. İlk Kez Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Tıbbi Yardım İsteme Konusunda Nasıl Karar Verdiklerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. Hatice Mert). İzmir, 2010.

Yarış F, Özgür R. Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2002; 6(1):12-17.

Yüksel H. Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalıklarda Primer ve Sekonder Korunma İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2006; (52):77-88.

Zoghi M. Akut Myokard İnfarktüsü ve Trombolitik Tedavi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2000; 4(1): 29-34.

Warren TY, Barry V, Hooker SP, Sui X, Church TS, Blair SN. Sedentary Behaviors Increase Risk of Cardiovascular Disease Mortality in Men. Med Sci Sports Exerc 2010; 42(5):879-885.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Levine GN. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/2017Apha/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Journal of the American College of Cardiology. 2017; 1-195.

WHO; World Heart Federation; World Stroke Organization. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control 2011; 1-166



## 10. EKLER

### Ek.1: Hasta Bilgi Formu

- a. Adı Soyadı:
- b. Yaş:
- c. Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek
- d. Medeni durumunuz? 1) Evli 2) Bekar
- e. Eğitim durumunuz nedir?  
1) Okur-Yazar 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim 4) Lise ve dengi okul  
5) Fakülte/Yüksekokul 6) Lisans üstü
- f. Mesleğiniz nedir? 1) Emekli 2) İşçi 3) Memur 4) Serbest meslek 5) Ev kadını
- g. Gelir durumunuzun gidere oranı nedir?  
1. Gelir-gidere az 2) Gelir-gidere eşit 3) Gelir-gideren fazla
- h. Sosyal Güvence: 1) SSK 2) ES 3) Resmi 4) Yeşil kart 5) Bağkur 6) Diğer
- i. MI türü: 1)Anterior 2)İnferior 3)Posterior 4)Posterior lateral 5)Lateral  
6)Non-ST 7)İnferior posterior lateral 8)Anterior septal
- j. Başka hastalık varlığı: 1) Var 2) Yok
- k. Başka hastalık varsa nedir? .....
- l. Ailede MI geçiren var mı ? 1) Evet 2) Hayır
- m.Tedavi: 1)Trombolitik 2)Primer PCI 3)KAG+medikal tedavi 4) Trombolitik+primer
- n. İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız? a) Evet b) Hayır c) İlaç kullanmıyorum
- o. Daha önce MI geçirdiniz mi? a) Evet b) Hayır Evet ise kaç kez.....
- p. Boy.....
- q. Kilo.....
- r. Bel Çevresi.....
- s. Sigara kullanır mısınız? 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen 4) Sigarayı bırakmış
- t. Evet ise günde..... haftada.....
- u. Alkol kullanır mısınız? 1) Evet 2) Hayır 3) Bazen
- v. Evet ise günde..... haftada.....ayda .....
- w. Düzenli egzersiz yapar mısınız? 1) Evet 2) Hayır
- x. Düzenli yürüyüş yapar mısınız? 1) Evet 2) Hayır
- y. Merdiven çıkarken zorlanır mısınız? 1) Evet 2) Hayır
- z. Günlük işlerinizi yaparken zorlanır mısınız? 1) Evet 2) Hayır

- aa. Bir km yürüdüğünüzde zorlanır mısınız? 1) Evet 2) Hayır  
ab. Sistolik Kan Basıncı.....  
ac. Diyastolik Kan basıncı.....  
ad. Beden Kitle İndeksi .....

### Laboratuvar Bulguları

	Taburcu	Kontrol		Taburcu	Kontrol
Hemoglobin (gr/dl)			T.Kolesterol (mg/dl)		
Hematokrit ( %)			HDL (mg/dl)		
Lökosit (mm <sup>3</sup> )			LDL (mg/dl)		
Açlık KŞ (mg/dl)			Trigliserid (mg/dl)		
HbA1c (%)			Üre (mg/dl)		
Na			Kreatinin (mg/dl)		
K			CK-MB pik (u/dl)		

## Ek.2: İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği

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

### Ek.3: Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Az tuzlu diyetle beslenmek sağlıklı olmama sağlayacaktır.					
2. Tuzlu yiyecekler benim için iyi değildir.					
3.Az tuzlu diyetle beslenme kalp sağlığımı koruyacaktır.					
4.Az tuzlu diyetle beslenme bacaklarımdaki şişmeyi azaltıyor.					
5.Az tuzlu diyetle beslenme vücudumda sıvı birikmesini önleyecektir.					
6.Az tuzlu diyetle beslenmem lokantaya gitmemi zorlaştırmaktadır.					
7.Tuzu az olan yiyecekler lezzetsiz geliyor.					
8.Az tuzlu diyet oldukça pahalıdır.					
9.Az tuzlu diyetle beslenme çok zamanımı alır.					
10.Az tuzlu diyetin nasıl uygulanacağını anlamak çok zor.					
11.Az tuzlu diyetle beslendiğimde kendimi daha iyi hissediyorum.					
12.Az tuzlu diyetle beslenmek daha kolay nefes almama sağlayacaktır.					

#### Ek.4: Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek hoşuma gitmiyor.					
2.Her gün kendimi tartmak çok zamanımı alıyor.					
3.Her gün kilomu ölçerek sağlığımı koruyorum.					
4. Ayak ve bacaklarımdaki şişliği kontrol etmek çok zaman alıyor.					
5.Her gün kilomu izlemek yaşamımın kalitesini geliştiriyor.					
6. Her gün kendimi tartmak kalp hastalığım hakkında beni endişelendiriyor.					
7.Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden kontrol etmek kalp hastalığım hakkında endişelenmeme neden oluyor.					
8.Ayak ve bacaklarımı şişme yönünden nasıl kontrol edeceğimi bilmiyorum.					
9. Evde kendimi tartmak için tartı aletim yok.					
10.Her gün kilomu takip etmekten hoşlanmıyorum.					
11.Kilomu ölçtüğümde hastalığım hakkında endişelenmiyorum.					





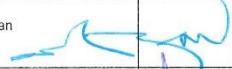
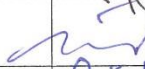







12.Kendimi tarttığımda tartıdaki değeri okuyamıyorum.					
13.Her gün kilomu ölçmeyi unutuyorum.					
14.Tartı aletinin üzerinde kilomu göremiyorum.					
15.Ayak ve bacaklarımı ŐiŐlik yönünden kontrol etmenin yaşam kalitemi artıracadıına inanıyorum.					
16.Her gün kilomu takip ettiğimde hastaneye yatma olasılığının az olacadıına inanıyorum.					
17.Ayak ve bacaklarımı Şişme yönünden kontrol etmenin beni daha sağlıklı yapacadıına inanıyorum.					
18.Her gün ayak ve bacaklarımı Şişme yönünden kontrol etmeyi unutuyorum.					

**Ek.5: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği**

<b>Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Bilmiyorum</b>
1. Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2. Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3. Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır.			
4. Koroner kalp hastalığı önlenir.			
5. Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenir nedeni sigaradır.			
6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8. Hergün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et tüketmek zararlıdır.			
10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11. Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13. Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalbe faydalıdır.			
14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17. Yavaş yürümek ve gezmek de egzersiz sayılır.			
18. Stres, kahr, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20. Yüksek tansiyon, kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22. Tansiyon ilacını ömür boyu kullanmak gerekir.			
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

## EK.6: Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Kararı

T.C.  
Celal Bayar Üniversitesi  
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu  
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	28 / 09 / 2016 / 20.478.486 - 332						
ARAŞTIRMANIN ADI	Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Planlı Taburculuk Eğitiminin Sağlık Bilgi ve İnançlarına Etkisinin Değerlendirilmesi						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ - CBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Uzm. Hemşire. Serap Tuna						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>		AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	23 / 08 / 2016 / Tarih ve 280 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı /Adı /Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM Çocuk Hematolojisi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Erol Ozan Psikiyatri AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Serdar TOK BESYO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	İhsan AVCI Sivil Üye		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Aşamada Etik Kurulumuzun "İzleme – Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberli / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.</p> <p style="text-align: right;"> Prof. Dr. Zeki ARI Başkan</p>							

## EK.7: Araştırmanın Yapıldığı Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Yazılı İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/08/2016-32940



T.C.  
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ  
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



28 Temmuz 2016

Sayı : 99577370 - 525 - 9088

...../...../2016

Konu :

T.C.  
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi:26.07.2016 tarihli ve E.36135 sayılı yazınız

İlgi yazınıza istinaden; Enstitünüz Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Doktora öğrencisi Serap Tuna'nın "Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Planlı Taburculuk Eğitiminin Sağlık Bilgi ve İnançlarına Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasını Eylül 2016-Mayıs 2017 tarihleri arasında Hastanemizde yapmaları uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Can KARACA  
Başhekim

Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/İZMİR  
Tel:+90(232)412 23 15 Faks.+90(232) 412 97 97  
E posta:clcin.safyurek@deu.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat:  
Hem.Hiz.Müd. Saliha Özdöker

Elektronik ağ:www.deu.edu.tr

izmir

**Ek.8: İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği, Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği İzni**

Yanıt: Fw: İlaça Uyum hakkındaki İnançlar ölçeği, Diyete Uyum Hakkındaki inançlar ölçeği ve Bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeği

Sevgili Serap,

Her üç ölçeği de doktora tez çalışmanızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar.  
Sevgilerimle..

Doç. Dr. SIDIKA OĞUZ  
Marmara Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü  
Tıbbiye Cad. No:49  
Haydarpaşa Kampüsü Haydarpaşa Üsküdar/İstanbul  
Tel: 0216 330 20 70/1160

--- On Sun, 4/24/16, serap tuna <seraptn2005@hotmail.com> wrote:

> From: serap tuna <seraptn2005@hotmail.com>  
> Subject: İlaça Uyum hakkındaki İnançlar ölçeği, Diyete Uyum Hakkındaki inançlar ölçeği ve Bireysel izlem hakkındaki inançlar ölçeği  
> To: "sidikaoguz@yahoo.com" <sidikaoguz@yahoo.com>  
> Date: Sunday, April 24, 2016, 4:53 PM

Değerli Dr. Sıdıka Oğuz Hocam,

Celal Bayar Üniversitesi'nde doktora öğrencisiyim. Eğer izniniz olursa, tez çalışmamda İlaça Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (İUHIÖ), Diyete Uyum Hakkındaki İnançlar Ölçeği (DUHIÖ) ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlar Ölçeği'ni (BİHIÖ) kullanmak istiyorum.

Eğer izin verirseniz sevinirim. Saygılarımla..

**Ek.9: Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeğinin İzni**

Ynt: KARRİF-BD (Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi) Ölçeği  
incikilinc@mynet.com (incikilinc@mynet.com)

Merhaba Serap hnm,

ölçeği kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim.

Yrd.Doç.Dr. İnci Arıkan

DPU Halk Sağlığı AD.

----- **Özgün İleti** -----

**Kimden** : seraptn2005@hotmail.com

**Kime** : "=?utf-8?Q?incikilinc@mynet.com?=" <incikilinc@mynet.com>

**Gönderme tarihi** : 24 Nisan 2016 Pazar 16:53

**Konu** : KARRİF-BD (Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi) Ölçeği

Değerli Dr. İnci ARIKAN Hocam,

Celal Bayar Üniversitesi'nde doktora öğrencisiyim. Eğer izniniz olursa, tez çalışmamda KARRİF-BD (Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi) Ölçeğini kullanmak istiyorum.

Eğer izin verirseniz sevinirim. Saygılarımla..

# 11. DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

T.C.  
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU


HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

**Tez Adı:** Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Planlı Taburculuk Eğitiminin Sağlık Bilgi ve İnançlarına Etkisinin Değerlendirilmesi

Tezime ilişkin 07/12/2018 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %28' dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

**Adı Soyadı** : SerapTUNA  
**Öğrenci No** : 131361001  
**Anabilim Dalı** : Hemşirelik  
**Programı** : Doktora

Tarih ve İmza  
10.12.2018  


**DANIŞMAN ONAYI**  
UYGUNDUR  
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

**Açıklamalar**

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.  
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-**Isteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdellik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

## 12. ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Serap	<b>Soyadı</b>	TUNA
<b>Doğum yeri</b>	İzmir	<b>Doğum Tarihi</b>	01.11.1982
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Tel</b>	05538716925
<b>E-mail</b>	seraptn2005@hotmail.com		

### EĞİTİM DÜZEYİ

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği	-----
<b>Yüksek Lisans</b>	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	2010
<b>Lisans</b>	Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2003
<b>Lise</b>	Mustafa Kemal Lisesi	1999

### İŞ DENEYİMİ

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Hemşire	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi	2004 - 2018
Öğretim görevlisi	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Köyceğiz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	2018-

<b>YABANCI DİLLERİ</b>	<b>Okuduğunu anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	İyi	Orta	Orta

### YABANCI DİL SINAV NOTU

YÖKDİL	YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
61.25	50								

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES PUANI</b>	80.466	81.308	71.959

### BİLGİSAYAR BİLGİSİ

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Word, Excell, SPSS	İyi