



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (Mİ) GEÇİREN BİREYLERE UYGULANAN  
EĞİTİM PROGRAMININ KARDİYAK RİSK FAKTÖRLERİ VE YAŞAM  
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**Suna EROĞLU AYGÜL  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**I. DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Fatma BAŞALAN İZ**

**II. DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Medet KORKMAZ**

**Bu Tez Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri  
Koordinasyon Birimi tarafından 3103-YL-12 proje numarası ile desteklenmiştir**

**Tez. No: 179**

**ISPARTA-2019**

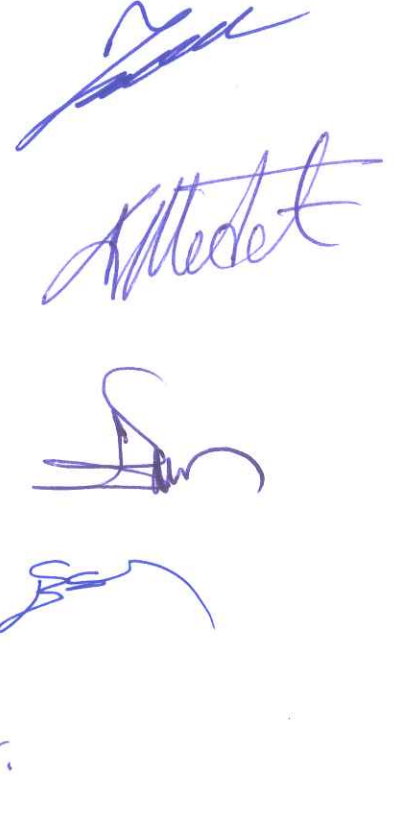
## KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: .28.06/2019

- Tez I. Danışman : Doç.Dr. Fatma BAŞALAN İZ  
S.D.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.
- Tez II. Danışman :Doç.Dr. Medet KORKMAZ  
İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği A.D.
- Üye : Prof.Dr. Emel TAŞÇI DURAN  
S.D.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları A.D.
- Üye : Doç.Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY  
S.D.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Esasları A.D.
- Üye : Dr.Öğr.Üyesi Altun BAKSİ  
S.D.Ü.Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.



ONAY: Bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Nilgün GÜRBÜZ  
Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

### BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla 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 haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

“Miyokard İnfarktüsü (Mİ) Geçiren Bireylere Uygulanan Eğitim Programının Kardiyak Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi” adlı Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Suna EROĞLU AYGÜL

İmza

I. Danışman

Doç. Dr. Fatma BAŞALAN İZ

İmza

II. Danışman

Doç. Dr. Medet KORKMAZ

İmza

## ÖNSÖZ

Tüm yüksek lisans eğitimim sürecinde değerli bilgi ve önerileri ile bana ışık tutan, yol gösteren, çalışmamın her aşamasında sabırla destekleyen, çok değerli hocalarım öğretim üyesi Doç. Dr. Fatma BAŞALAN İZ'e ve öğretim üyesi Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a,

Çalışmama katılmayı açık gönüllük ve istekle kabul eden tüm katılımcılara,

Araştırma verilerinin istatistiksel analizlerinde yardımcı olan çok değerli hocam Öğr. Gör. Dr. Selen BOZKURT'a,

Araştırma verilerimi toplama aşamasında yardımcı olan Dr. Mustafa KARABACAK ve Dr. Serkan KAVAKLI'ya,

Her zaman yanımda olan, desteği ve dostluğu ile bana her daim güç veren Öğr. Gör. Dr. Emine Selda GÜNDÜZ'e

Yaşamımın her döneminde sevgilerini ve desteklerini esirgemeyen, beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan değerli annem ve babama, manevi desteğini esirgemeyen canım kardeşlerime, desteğini esirgemeyen eşim Hasan Hüseyin AYGÜL'e, varlıklarıyla yaşam sevincim olan "iyikilerim" canım kızlarım İpek ve Doğa AYGÜL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

**Suna EROĞLU AYGÜL**  
**ISPARTA-2019**

# İÇİNDEKİLER

<b>BEYAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ÖNSÖZ</b> .....	<b>iv</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>v</b>
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>viii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem) .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	2
1.3. Araştırma Hipotezleri .....	2
1.4. Varsayımlar .....	3
1.5. Araştırmanın Önemi .....	3
1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler .....	4
1.7. Tanımlar .....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı ve Sınıflandırması .....	6
2.2. Fizyopatoloji.....	6
2.3. Akut Koroner Sendromlar .....	7
2.3.1. Anjina Pektoris .....	7
2.3.1.1. Stabil (Kararlı) Anjina Pektoris .....	8
2.3.1.2. Anstabil (Kararsız) Anjina Pektoris .....	8
2.3.2. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı ve Etiyolojisi .....	8
2.3.3. Miyokard İnfarktüsü Epidemiyoloji .....	9
2.3.4. Miyokard İnfarktüsünün Tanısı .....	10
2.3.5. Miyokard İnfarktüsünün Sınıflandırması .....	11
2.3.6. Miyokard İnfarktüsü Semptom ve Bulgular .....	11
2.3.7. Miyokard İnfarktüsünün Risk Faktörleri .....	12
2.3.8. Miyokard İnfarktüsünde Tedavi .....	16
2.3.8.1. Miyokard İnfarktüsünde Acil Tedavi.....	16
2.3.8.2. Miyokard İnfarktüsünde Farmakolojik Tedavi .....	17
2.3.8.3. Miyokard İnfarktüsünde Reperfüzyon Tedavisi .....	17
2.4. Kardiyak rehâbitasyon .....	18
2.5. Miyokard İnfarktüs Sonrası Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Rolü.....	19

2.6. Miyokard İnfarktüsü ve Yaşam Kalitesi.....	21
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	23
3.2. Kullanılan Gereçler .....	23
3.2.1. Hasta Bilgi Formu.....	23
3.2.2. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36-SF 36) .....	23
3.2.3. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİBDÖ)- The Myocardial Infarction Dimensional Assesment Scale (MİDAS) .....	25
3.3. Eğitim Kitapçığı .....	26
3.4. Araştırmanın Yer ve Zamanı .....	27
3.5. Araştırmanın Evreni .....	27
3.6. Araştırmanın Örneklemi/Olgü Seçim Kriterleri.....	27
3.6.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması .....	28
3.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişken .....	29
3.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi .....	29
3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri .....	29
3.10. Süre ve Olanaklar .....	30
3.11. Etik Açıklamalar.....	30
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>31</b>
4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....	31
4.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.3. Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular .....	37
4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular ...	44
4.5. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	49
4.6. MİBDÖ Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	58
4.7. Yaşam Kalitesi Ölçekleri (Kısa Form 36-MİBDÖ) Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular .....	65
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>68</b>
5.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	68
5.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	70
5.3. Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	72
5.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	75

5.5. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	77
5.6. MİBDÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	79
5.7. Yaşam Kalitesi Ölçekleri (Kısa Form 36, MİBDÖ) Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	80
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>82</b>
<b>7. ÖZET.....</b>	<b>85</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>86</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>87</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>96</b>



## SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACC</b>	: Amerikan Kardiyoloji Koleji-AKK (American College of Cardiology)
<b>AHA</b>	: Amerikan Kalp Birliği-AKB (American Heart Association)
<b>AKS</b>	: Akut Koroner Sendromlar
<b>AMI</b>	: Akut Miyokard İnfaktüsü
<b>AP</b>	: Anjina Pektoris
<b>BKİ</b>	: Beden Kütle İndeksi
<b>CK</b>	: Kreatinin Kinaz
<b>CK-MB</b>	: Kreatin Kinaz-MB (Creatinin Kinase-myocardial band)
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyografi
<b>ESC</b>	: Avrupa Kardiyoloji Derneği-AKD (European Society of Cardiology) Hastalıklar Prevalans Çalışması II
<b>HDL</b>	: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein (High Density Lipoprotein)
<b>ICN</b>	: Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
<b>KAH</b>	: Koroner Arter Hastalığı
<b>KKH</b>	: Koroner Kalp Hastalığı
<b>KR</b>	: Kardiyak Rehâbilitasyon
<b>KVH</b>	: Kardiyovasküler Hastalık
<b>LDL</b>	: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein (Low Density Lipoprotein)
<b>MI</b>	: Miyokard İnfaktüsü
<b>MIDAS</b>	: Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği-MİBDÖ (Myocardial Infarction Dimensional Evaluation Scale)
<b>NSTEMİ</b>	: ST Segment Yüksekliği Olmayan Miyokard İnfarktüsü
<b>PKG</b>	: Perkütan Koroner Girişim
<b>PTKA</b>	: Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti
<b>SF-36</b>	: Kısa Form 36-SF 36 (Short Form-36)
<b>STEMİ</b>	: ST Segment Yüksekliği Olan Akut Miyokard İnfarktüsü Taraması
<b>TEKHARF</b>	: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı
<b>TKD</b>	: Türk Kardiyoloji Derneği



**TURDEP-II:** Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik

**TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

**USAP** : Anstabil Anjina Pektoris



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> Lipid düzeylerinin sınıflandırılması .....	14
<b>Tablo 2.</b> Obezite düzeylerinin sınıflandırılması .....	15
<b>Tablo 3.</b> Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular .....	31
<b>Tablo 4.</b> Hastanın Mİ geçirme sayısı ve ne kadar süre önce geçirdiğine ilişkin bulgular .....	32
<b>Tablo 5.</b> Hastalara göre Mİ geçirme nedenlerine ilişkin bulgular (n=35).....	33
<b>Tablo 6.</b> Hastalarda koroner arter hastalığı dışında kronik hastalık varlığına ilişkin bulgular .....	34
<b>Tablo 7.</b> Hastaların koroner arter hastalığı dışında hastalık dağılımına ilişkin bulgular .....	35
<b>Tablo 8.</b> Hastaların 1. derece yakınlarında kronik hastalık ve koroner arter hastalığı varlığına ilişkin bulgular.....	36
<b>Tablo 9.</b> Hastaların sigara ve alkol kullanımına ilişkin bulgular.....	37
<b>Tablo 10.</b> Hastaların fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna ilişkin bulgular ....	38
<b>Tablo 11.</b> Hastaların beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular .....	39
<b>Tablo 12.</b> Hastaların kan şekeri ve kan basıncını ölçtürme durumuna ilişkin bulgular .....	41
<b>Tablo 13.</b> Hastaların beden kütle indeksi sınıflandırmasına ilişkin bulgular .....	42
<b>Tablo 14.</b> Hastaların beden kütle indeksi ve bel çevresi ölçümü ortalamalarına ilişkin bulgular .....	43
<b>Tablo 15.</b> Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular .....	44
<b>Tablo 16.</b> MİBDÖ yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin bulgular.....	47
<b>Tablo 17.</b> Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının yaş grubuna göre incelenmesi .....	49
<b>Tablo 18.</b> Kısa Form 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımının incelenmesi.....	51
<b>Tablo 19.</b> Kısa Form 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre incelenmesi.....	52
<b>Tablo 20.</b> Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının beden kütle indeksi sınıfına göre incelenmesi .....	54
<b>Tablo 21.</b> Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalık varlığına göre incelenmesi .....	56
<b>Tablo 22.</b> MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının yaş grubuna göre incelenmesi.....	58

<b>Tablo 23.</b> MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre incelenmesi.....	60
<b>Tablo 24.</b> MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre incelenmesi.....	61
<b>Tablo 25.</b> MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının beden kütle indeksi sınıfına göre incelenmesi.....	62
<b>Tablo 26.</b> MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalık varlığına göre incelenmesi .....	64
<b>Tablo 27.</b> Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile MİBDÖ Ölçeği'nin alt boyut puanlarının korelasyonu .....	67



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)

Günümüzde kalp ve damar hastalıkları, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ilk sırada yer alan mortalite ve morbidite nedenlerindedir (1). Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık (KVH) ömür boyu sinsice ilerleyen ve belirtiler ortaya çıktığında genellikle ileri bir aşamaya gelmiş olan kronik bir hastalıktır. Birçok Avrupa ülkesinde aterosklerotik KVH mortalitesi erken ölümlerin en önemli nedeni olarak devam etmektedir (2). Tüm dünyada 2012 yılında 56 milyon ölüm meydana gelmiştir. Bu ölümlerin 38 milyonu özellikle kalp ve damar hastalıkları, kanser, kronik hava yolu gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar nedeni ile olmaktadır. Bu küresel ölüm oranının % 46,2'si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıklarına bağlıdır (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre, benzer şekilde ülkemizde de ilk sırada (% 38,4) kalp ve damar hastalıkları gelmektedir. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin 2018 yılında % 39,7'si iskemik kalp hastalıklarından kaynaklanmıştır (4).

Koroner kalp hastalığı (KKH) veya koroner arter hastalığı (KAH), temelinde ateroskleroz nedeniyle koroner arterlerin daralması/tıkanması sonucu ortaya çıkmaktadır. Koroner kalp hastalığı farklı boyutlarda iskeminin yarattığı kararsız angina pectoris, akut miyokard infarktüsü (AMİ) ve ani ölüm gibi bir grup klinik sendromu içerir (5,6). Miyokard İnfarktüsü (Mİ) koroner arterlere uzun süreli kan akımının azalması ya da kesilmesi sonucu, miyokardın geri dönüşümsüz iskemik nekrozu olup ve ölümle sonuçlanabilmektedir (5).

Miyokard infarktüsü sonrası gelişen kalp yetmezliği ve aritmi gibi kardiyak komplikasyonlar, bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde azalma, kardiyak risk faktörleri sürekliliği, tekrar Mİ geçirme olasılığı, sosyal izolasyon ve ölüm korkusu, sosyo-ekonomik kayıplar bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini çok yönlü ve olumsuz olarak etkilemektedir. Tüm bu durumlar bireylerin fiziksel, emosyonel ve sosyo-ekonomik fonksiyonlarını kısıtlamakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır (7-9).

Koroner arter hastalıklarına yol açan “düzeltilebilir-değiştirilebilir” risk faktörlerinden; dislipidemi, hipertansiyon, diyabet, obezite, fiziksel hareketsizlik,

sağlıksız diyet ve sigara/tütün ürünleri kullanımı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sürekli artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm KVH ölümlerinin dörtte üçünden fazlasının uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenebileceğini belirtmektedir (2). Amerikan Kalp Birliği (AKB) ve Amerikan Kardiyologlar Koleji (AKK) kalp hastalıkları risk faktörlerinin azaltılmasında olumlu yaşam tarzı davranış değişikliğinin önemini vurgulamaktadır (10). KAH'na yol açan risk faktörlerinin olumsuz-istenmeyen sağlık davranışı ile ilişkili olduğu bilinmektedir (11,12). Bireyin kendi sağlık sorumluluğunu alabilmesi olarak tanımlanan sağlıklı yaşam biçimi davranışları, kardiyovasküler hastalık riskini düşürmektedir (13). Sağlık davranışlarındaki değişimin etkili olabilmesi için temel yöntem kardiyak rehâbilitasyonun (KR) da her fazında en önemli bileşenini oluşturan hasta eğitimidir ve hemşireler hasta eğitiminde en etkin profesyonel gruptur (14-16). Bireylerin Mİ geçirmesinden sonra kardiyak risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve bu risk faktörlerine yönelik yaşam tarzı değişiklikleri ile sağlıklı yaşam biçimi geliştirerek sağlığın korunması ve sürdürülmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, hemşireliğin temel fonksiyonlarından (16,17).

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma Miyokard infarktüsü geçiren bireylere uygulanan eğitim programının kardiyak risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırma Hipotezleri**

H<sub>1</sub>: Miyokard İnfarktüsü sonrası eğitim alan hastalarda kalp hastalığı risk faktörleri azalır.

H<sub>2</sub>: Miyokard İnfarktüsü sonrası eğitim alan hastalar sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanır.

H<sub>3</sub>: Miyokard İnfarktüsü sonrası verilen bireysel eğitim hastaların yaşam kalitesinde iyileşme sağlar.

#### **1.4. Varsayımlar**

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla eşit koşullarda görüşülüp eğitim verilmiştir.

#### **1.5. Araştırmanın Önemi**

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, KKH önde gelen mortalite ve morbidite nedenleri arasındadır. Koroner kalp hastalıklarının en şiddetli tipi olan Mİ aniden gelişen, üretken yaş grubunda daha sık görülen, yaşam kalitesini etkileyen, mortalite oranı oldukça yüksek, sarsıcı bir hastalıktır (8,18). Miyokard infarktüsünün akut dönemi sonrasında görülebilen komplikasyonlar (aritmi, kalp yetmezliği, tekrar infarktüs geçirilmesi, post-infarktüs anjina gibi) fizyolojik sınırlılıklara neden olmaktadır. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde beden-ruh sağlığının olumsuz etkilenmesi beraberinde iş gücü kayıplarına, ekonomik zorluklara yol açmakta, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (7,8).

Miyokard infarktüsü sonrası hastaların kardiyak risk faktörlerini kontrol altına alabilmek, daha iyi bir prognoz göstermelerini sağlamak, yaşam kalitesini iyileştirmek için sağlıklı yaşam şekli davranışları kazandırılmalıdır (8,15). Kardiyak rehâbilitasyon ile risk faktörlerinin yönetimi ve davranış değişikliğinin sağlanması hasta eğitimi ile gerçekleşmektedir (16,19).

Ülkemizde Mİ sonrası hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri sağlamak üzere yürütülen hasta eğitimi uygulamaları yaygınlaşmaya başlamıştır. Ünsar ve ark.'larının koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü konulu araştırmaları sonucunda eğitim verilen grubun; kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları eğitim sonrasında kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (11). Özer ve Argon'nun kalp yetmezliği olan hastalarda sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelendiği araştırmada, hastaların yaşam kalitesi ile sağlık davranışları arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (12). Hacıhasanoğlu ve Gözüm hipertansif bireylere eğitim programı uygulamış, eğitim sonrasında deney grubunda biyokimyasal parametre ve kan basıncı ortalamasında anlamlı düşüş olduğunu ve sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarında iyileşme olduğunu saptamıştır. Hemşirelik eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine olumlu etkileri olduğunu tespit etmiştir (20).

Bu araştırma ile Mİ geçiren bireylere uygulanan eğitim programının kardiyak risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi birlikte değerlendirilmiştir.

### **1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler**

- Bu araştırma Isparta Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar ile sınırlıdır.
- Araştırmaya katılan bireylerden elde edilen sonuçlar, veri toplama araçlarının kapsamı ile sınırlıdır.
- Hastalarla yapılan bire bir görüşmenin ortalama doksan dakika sürmesi nedeniyle, bazı hastalar çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir.

### **1.7. Tanımlar**

**Miyokard İnfarktüsü:** Koroner kan akımının çeşitli nedenlerle ani olarak azalması veya kesilmesine bağlı olarak gelişen ve o arterin beslediği miyokard dokusunda çeşitli derecede iskemik nekrozla sonuçlanan, acil tedavi gerektiren ve ölümlle sonuçlanabilen bir hastalıktır (6).

**Kardiyak Rehâbilitasyon:** Kardiyovasküler hastalığı olan kişinin, fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal iyilik düzeyine ulaşması için yapılan rehabilitasyon çalışmalarının tümüdür. (24). Kardiyak rehâbilitasyon kalp-damar hastasının yaşam kalitesini iyileştirme, morbidite ve mortaliteyi azaltma amacı olan sekonder önleme stratejisidir (22).

**Hasta Eğitimi:** Hasta eğitimi inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına yönelik bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, benimseme ve davranışa dönüştürme sürecidir. Eğitimin amacı sağlıkları ile ilgili karar alma becerilerini artırarak, hastalıklarla başetmelerini sağlamak ve sağlığa ilişkin davranışları kazandırmaktır (14,23).

**Kardiyak Risk Faktörleri:** Koroner arter hastalıklarının temelinde yatan ateroskerozu başlatan veya ilerlemesine neden olan belirleyici durumlar/etkenler “kardiyak risk faktörü” olarak kabul edilmektedir (24).

**Yaşam Kalitesi:** Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenleri kapsayan ve yaşamın niteliğinin ya da kalitesinin birey tarafından değerlendirilmesi/algısı şeklinde tanımlanabilir (25).





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Koroner Arter Hastalığı Tanımı ve Sınıflandırması

Tüm dünyada ve ülkemizde başta gelen ölüm nedenleri arasında olan KAH koroner arter kan akımının genellikle ateromatöz bir plakla daralması veya tıkanması gibi miyokardın beslenmesini bozarak iskemiye neden olan çeşitli faktörlerin oluşturduğu hastalık olarak isimlendirilir.

KAH kendi içinde farklı ortaya çıkış biçimleri nedeniyle;

- Kararlı angina pectoris
- Akut koroner sendromlar
- Sessiz iskemiler
- Ani ölüm
- Kalp yetersizliği
- Ritm- ileti bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır (6,26).

### 2.2. Fiziopatoloji

Koroner arter hastalıkları oluşumu temel iki farklı süreci içermektedir. İlki yıllar içinde damar lümeninin aşamalı olarak daralan, sabit ve çok az tersine çevrilebilir olan ateroskleroz sürecidir. İkincisi yavaş ilerlemeye ani ve beklenmedik şekilde nokta koyarak, hızlı, tam ya da kısmi koroner tıkanmaya yol açan tromboz ve/veya vazospazmın görüldüğü dinamik ve potansiyel olarak geriye çevrilebilir olan süreçtir (27).

Ateroskleroz sürecinde başlangıç lezyon intima tabakasındadır ve erken dönemde yağlı çizgilenmeler olarak başlamaktadır. Ateroskleroz süreci fibröz plak ve ilerlemiş lezyonlar olarak ilerlemektedir. Aterosklerozun patogenezinde endotel disfonksiyonu, dislipidemi, immünolojik faktörler, plak rüptürü ve sigaranın bulunduğu birçok faktörün rol oynadığı kronik, inflamatuvar, bir damar hastalığıdır (27).

Miyokard infarktüsünden sorumlu lezyonların kritik bileşenini çoğunlukla tromboz oluşturur. Tromboz plak yırtılması veya aşınması bulunan bölgeden

başlayabilir ve damar darlığının şiddetinde hızlı değişikliklere yol açarak tam veya tama yakın damar tıkanmasına neden olabilir (28).

### **2.3. Akut Koroner Sendromlar**

Koroner arter hastalıkları nedeniyle miyokardiyal oksijen yeterliliği ve gereksinimi arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkan; birçok belirti, bulgu ve olaylar bütünü Akut Koroner Sendrom (AKS) olarak tanımlanır (29,30). AKS'ların;

- Anstabil anjina pektoris (AAP),
- Non-ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (NSTEMI),
- ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI) olarak üç genel sınıflaması mevcuttur (6, 29, 30).

#### **2.3.1. Anjina Pektoris**

Anjina Pektoris (AP) miyokardın oksijen ihtiyacı ile sunumu arasındaki dengesizlik sonucu meydana gelen miyokard iskemisine bağlı göğüs ağrısı, göğüs ve çevresinde hissedilen rahatsızlık hissidir. Angina pektoris kendini göğüste baskı hissi, sıkışma, ezilme, yanma, boğulma, kasılma ve ağırlık hissi, ezilme, mengene ile sıkışma şeklinde gösterebilir. Nefes darlığı, halsizlik, baygınlık, bulantı huzursuzluk veya ölüm korkusu eşlik edebilir (6). Göğüs ağrısının yeri; genellikle sternum arkasına yerleşimlidir, ancak sol omuz ve sol kol ulnar bölgeye yayılabilir ve bazen sağ kolda da hissedilir (6,28).

Kalbin oksijen tüketiminin arttığı soğuk, egzersiz, özel aktiviteler veya duygusal stres durumunda miyokard artan oksijen talebini karşılayamaz ve ağrı ortaya çıkar. Bazen efor dispnesi KAH'nın erken bir belirtisi olabilir (28). Belirtiler tipik olarak 10 dakikadan kısa sürede sonlanır, bazen 10-20 dakikayı bulabilir. Ağrı istirahat ya da dilaltı nitrogliserin sonrası 2-5 dakikada geriler (6).

### **2.3.1.1. Stabil (Kararlı) Anjina Pektoris**

Belirli bir efor veya duygusal baskı ile ortaya çıkan, istirahatle veya dilaltı nitrogliserin almakla rahatlayan, yakınmanın sıklık, şiddet ve süresinde önemli değişikliklerin olmadığı ve iki aydan uzun süredir devam eden KAH'nın en masum şeklidir (6). Hastanın yaşam kalitesindeki azalma, fonksiyonel kapasitesinin azalması ve günlük yaşamın kısıtlanması gibi hastalığın kişiyi etkileme derecesini belirlemede anginanın şiddeti önemlidir (28). Tedavideki temel amaç semptomları azaltarak yaşam kalitesini arttırmak, Mİ ve kardiyovasküler nedenli ölümleri engelleyerek yaşam süresini uzatmak üzerine kuruludur (31).

### **2.3.1.2. Anstabil (Kararsız) Anjina Pektoris**

Kardiyak belirteçlerin yükselmediği ve patolojik ST segment yükselmesinin olmadığı; Anstabil anjina pektoris (AAP) preinfarktüs anjinası olarak ta bilinir (30). Eforla gelen ve daha önce kararlı kabul edilen ağrının, eskiye göre daha sık gelmeye başlaması, daha uzun sürelerde geçebilmesi ya da şiddetinin artmasıdır. Her defasında geçmesi için daha fazla dozda ilaç gereksinimi olması özelliğidir. İstirahatte (>20dk) ya da hastayı uykusundan uyandıran angina bulunmasıdır. Yeni başlayan şiddetli veya son iki ay içinde başlayan veya Mİ sonrası geçirilen anjina tipidir (28, 32, 33).

### **2.3.2. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı ve Etiyolojisi**

Ateroskleroz sonucu daralmış koroner arterlerdeki plağın sıyrılması ya da yırtılması sonucu gelişen trombüs koroner arterlerin tıkanmasına neden olur. Koroner kan akımının ani ve tam olarak kesilmesi ile koroner arterin beslediği miyokardın ilgili bölümünde uzamış iskemi geri dönüşsüz hücre nekrozuna neden olur. Ortaya çıkan klinik tablo akut Mİ olarak isimlendirilir( 29,32,33).

Miyokard infarktüsünde altta yatan temel neden aterosklerotik plak rüptürü veya erezyonu sonucu üzerine oturan trombüstür. Ortaya çıkacak olan klinik tablo plak rüptürünün büyüklüğü ve derinliği, distal miyokardın oksijen ihtiyacı ve distal miyokarda olan kollateral kan akımı tarafından belirlenir (34).

### 2.3.3. Miyokard İnfarktüsü Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü 2009 yılında Koroner kalp hastalığını “dünyada önde gelen ölüm nedenidir; yükselişe geçmiştir ve sınır tanımayan gerçek bir pandemi haline gelmiştir” şeklinde ifade etmiştir. Avrupa ülkelerinde 75 yaş öncesi gerçekleşen tüm ölüm nedenlerine bakıldığında; KVH nedenli ölüm oranı kadınlarda % 42, erkeklerde % 38’dir (2). Dünya sağlık örgütü kalp ve damar hastalıkları nedeniyle meydana gelecek ölümlerin 2030 yılında 22,2 milyona ulaşacağını öngörmektedir. 2012 yılında tüm dünyada görülen ölümlerin % 46,2’si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiş olup bu ölüm oranının da 7,4 milyonu Mİ’ne bağlıdır (3).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, ülkemizde tüm ölüm nedenlerinin dağılımı incelendiğinde; 2017 yılında % 39,5 oranı ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almıştır. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin % 40’ı iskemik kalp hastalığından kaynaklanmaktadır (4).

Dünya genelinde, her yıl yedi milyondan fazla kişi KAH nedeniyle ölmektedir ve bu oran, tüm ölümlerin %12,8’sine karşılık gelmektedir. Avrupa’da her yedi kadından biri ve her altı erkekten birinin Mİ nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir (35).

Türk Kardiyoloji Derneği’nin öncülüğünde 1990 yılından bu yana yürütülen Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışması’na göre ülke genelinde erişkinlerimizde yılda yaklaşık 420 bin civarında koroner olay meydana gelmektedir. Bu verinin 120 bini KAH’ı bilinen hastalarda akut olayın tekrarı, 120 bini sessiz olay ve yeni kronik KAH, 180 bini ise yeni AKS tablosudur. AKS ve AMİ sonucu yıllık yaklaşık 95 bin ölümün, bir yıllık mortalite oranı % 32’dir (36). Başka bir ifade ile 45-74 yaş aralığında meydana gelen KKH kökenli mortalite oranı erkekte 1000 kişi yılında % 7,6, kadında % 3,8 düzeyinde belirlenmiştir. TEKHARF çalışmasının bu verileri ile Türk erişkinlerin KAH mortalitesi ve yeni koroner olay prevalansının Avrupa ülkelerinden her iki cinsiyette fazla yüksek olduğu bir kez daha kanıtlanmıştır. Bu sonuçlar ile ülkemizde koroner hastalıktan koruyucu önlemlerin daha da çok etkinleştirilmesinin önemi vurgulanmıştır (36).

### 2.3.4. Miyokard İnfarktüsünün Tanısı

Miyokard infarktüsü tanısının koyulmasında hastanın öyküsü, ağrının karakteri, EKG (Elektrokardiyografi) anormallikleri ve kardiyak enzim yüksekliği dikkate alınan önemli özelliklerdendir (29,32). Avrupa Kardiyoloji Derneği (AKD) ve Amerika Kalp Derneği (AKD) 2013 yılı raporuna göre Mİ tanısının konulması için;

- a. İskemi belirtilerinin varlığı,
- b. Kardiyak belirteçlerden [tercihen (kTn)] yükselme ve/veya düşüşün saptanması ile aşağıdakilerden en az birinin görülmesi,
- c. Yeni iskemiye bağlı EKG değişiklikleri (Yeni ST-T değişiklikleri) veya sol dal bloğunun görülmesi,
- d. EKG'de patolojik Q dalgalarının gelişmesi,

Belirti ve/veya bulgularının en az birinin görülmesi gereklidir (37). Yeni canlı miyokard kaybı veya bölgesel duvar hareket bozukluğunun görüntüleme ile kanıtlanması, anjiyografi veya otopside intrakoronar trombus belirlenmesi de kesin Mİ tanısı kriterlerindedir (37).

**EKG:** Acil servise başvuruda AMİ'li hasta tanısı için 10 dakika içinde standart 12 derivasyonlu EKG izlemi tek ve en iyi yöntemdir. İlk EKG izleminde, ST-T değişiklikleri görülmesi miyokard iskemisinin tespiti için etkili ve gereklidir. EKG'de en az iki komşu derivasyonda, ST segmentinde izoelektrik hattın >1 mm yükselme veya çökme anlamlı olarak kabul edilmektedir (30,38).

**Kardiyak Belirteçler:** Kardiyak belirteçler (miyokard markerları) nekrozun, bir başka deyişle miyokard enfarktüsünün göstergeleridir. Hücrelerin 2-4 saat sonra nekroze olmaları sonucu bu belirteçler kanda yükselmeye başlar. Bunlardan en çok kullanılan CK-MB, kardiyak troponinler ve miyoglobindir (29,34).

**CK-MB:** Kalp kasına ait olan kardiyak izoenzimdir. Koroner arter tıkanmasından 4-6 saat sonra yükselmeye başlar, 12-24 saat içinde maksimum düzeyine ulaşır, 3-4 gün içinde normale döner.

**Kardiyak Troponinler:** Kardiyak troponinler; Troponin I, Troponin T ve Troponin C'dir. Bunlardan Troponin I ve T değerlerinin kanda yükselmesi, Mİ tanısının konmasında kullanılır (34,38).

**Miyoglobin:** Bilinen en hızlı belirteç olmasına rağmen hem kalp hem de iskelet kasında bulunması yanlış pozitif sonuçlara neden olduğu için rutin kullanım gereksinimi giderek azalmaktadır (34,38).

### **2.3.5. Miyokard İnfarktüsünün Sınıflandırması**

Miyokard infarktüsü, kardiyak belirteçlerin artışına rağmen ST-segment yükselmesinin görülmemesi ile karakterize Non-ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (NSTEMI) ile kardiyak belirteçlerin artışı ve ST segment yükselmesiyle tanı konan ST segment elevasyonlu miyokard infarktüsü (STEMI) olarak sınıflandırılır (6,30).

### **2.3.6. Miyokard İnfarktüsü Semptom ve Bulgular**

AMİ geçiren hastaların %70-90'ında görülen ana semptom göğüs ağrısıdır. Ağrının şiddeti, bölgesi, yayılımı, süresi ve niteliği karakterize edilmelidir. Hastalar genel bir rahatsızlık hissinin yanında göğüste baskı, ağırlık, gerginlik, dolgunluk, ezici-boğucu ve sıkışma hissi şeklinde ifade eder. Şiddeti değişken olabilmekle birlikte nadiren "bıçak gibi, keskin ya da bıçaklanır gibi" şeklinde tanımlarlar (29,30).

AMİ'nde genellikle 20 dk. ya da daha uzun süren, dinlenmekle geçmeyen, nitrogliserine yanıt vermeyen ağrı tipiktir. Ağrının yeri genellikle sternum veya sol göğüs bölgesidir. Yayılımı ise en sık boyun, alt çene, sol koldur (30,35). Göğüs ağrısına ek olarak terleme, solukluk, bulantı/kusma, nefes darlığı, çarpıntı, senkop gibi daha az tipik belirtiler görülebilir. Hasta sersemlik, huzursuzluk hissi, hazımsızlık, halsizlik ifade edebilir (28,34). Nabız hızı normal olabileceği gibi bradikardik, taşikardik ya da düzensiz de olabilir, kan basıncının 180 mm/Hg ve üzerinde olması ve 110 mm/Hg'nin altında olması prognozu kötü etkiler (28,33).

### 2.3.7. Miyokard İnfarktüsünün Risk Faktörleri

Avrupa Kardiyoloji Derneği (AKD) ve Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) KKH ölümlerinde görülen azalmanın %50'sinin risk faktörlerindeki değişiklikler ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (2). Bu durum DSÖ tarafından ve yapılan diğer birçok araştırmada kronik hastalıklar ve ülkelerin risk faktörlerini önlenme/kontrolüne yönelik programları ile eylem planlarında değiştirilebilir/düzenlenebilir risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Değiştirilebilir/düzenlenebilir risk faktörleri; hipertansiyon, diyabet ve kötü kan şekeri regülasyonu, dislipidemi (LDL  $\geq$ 130 mg/dl, total kolesterol  $\geq$ 200 mg/dl, HDL<40 mg/dl), sigara (tütün) içiyor olmak, fazla kiloluluk/abdominal obezite, fiziksel aktivite azlığı veya yokluğu, dengesiz ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları, alkol kullanımı ve psikososyal faktörlerdir (1-3, 36, 39).

**Değiştirilemeyen risk faktörleri;** yaş, cinsiyet, ailede erken KKH varlığıdır (2,5,36).

**Yaş:** Erkeklerde  $\geq$ 45, kadınlarda  $\geq$ 55 veya erken menopoz, KKH risk faktörüdür (2). TEKHARF çalışmasında diğer risk faktörlerinden bağımsız, her yaşın KKH olasılığını erkekte % 3,9, kadında % 3,6 yükselttiği gösterilmiştir (36).

**Cinsiyet:** Erkek cinsiyet KKH riskini artırır ve risk değerlendirmesinde kullanılan 'sabit' özelliklerdendir (2). Kadınlarda erkeklere göre hastalık 7-10 yıl daha geç gelişmektedir. Birçok çalışma, cinsiyete bağlı belirgin farklılığın östrojenin, lipidler ve vasküler yapılar üzerindeki yararlı etkileri olduğunu öne sürmektedir (40-45). Menopoz öncesi kadınlarda, aynı yaştaki erkeklere kıyasla KKH riski daha düşükken, menopoz sonrası kadınlarda mortalite erkeklerle aynı, hatta daha yüksek oranlara varmaktadır(45).

**Aile öyküsü:** KKH'nın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında, aile öyküsü (birinci derece akrabalarından erkekte 55, kadında 65 yaşından önce KKH bulunması) faktörü bulunmaktadır (46,47).

### **Değiştirilebilir-düzeltililebilir risk faktörleri;**

**Hipertansiyon:** Aterosklerozun gelişmesinde en başta gelen hipertansiyon (Kan basıncı  $\geq 140/90$  mmHg veya antihipertansif tedavi görüyor olmak) KKH risk faktörlerinin en yaygın olanıdır. 2012 yılında yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2’de (Patent2) hipertansiyon prevalansı % 30,3 (erkeklerde % 28,4; kadınlarda % 32,3) olarak tespit edilmiştir (48). Akut miyokard infarktüsü için yapılan bir küresel risk faktörleri araştırmasında, miyokard infarktüsünde bireylere bağlı risklerin yaklaşık %25’inden hipertansiyonun sorumlu olduğu bildirilmiştir (39).

**Diyabet:** Koroner kalp hastalıkları için bağımsız bir risk faktörüdür ve yetişkin diyabetlilerde, diyabetli olmayan yaşlılara kıyasla kardiyovasküler olay riski 2-4 kat daha yüksektir (1,49). Tip 2 diyabet ile birlikte KKH olan bir hasta Mİ geçirdiği zaman bu hastalarda sağ kalım oranı, çok daha düşüktür (50). Ülkemizde 2010 yılında, 20 yaş ve üzerinde 26.500 kişinin incelendiği Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması'na (TURDEP-II) göre, son 12 yılda % 90 artış ile diyabet sıklığının % 13,7’ye ulaşması endişe verici bir durumdur (51).

**Dislipidemi:** Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar riskini arttıran önlenilebilir pek çok risk faktörü içinde en önemlisi dislipidemidir. Ateroskleroz patogeneğinde dislipidemi temel faktördür, çok yaygın görülür. Avrupa ve Kuzey Amerika’daki her iki yetişkinden biri dislipidemiktir. Ülkemizde ise erişkin nüfusun yaklaşık %80’inde dislipidemi varlığı tespit edilmiştir (52).

Kanda LDL-K ( $\geq 130$  mg/dl) ve total kolesterol ( $\geq 200$  mg/dl) düzeyleri yükseldikçe kardiyovasküler risk artar. Düşük HDL-K değeri ( $< 40$  mg/dl) KKH riskinin güçlü bir işaretidir. HDL-kolesterolün 60 mg/dl üzerinde olması KKH riskini azaltmaktadır (46,52). Serum lipid düzeylerinin normal ve diğer sınır aralıkları Tablo 1’de gösterilmiştir (52).



**Tablo 1.** Lipid düzeylerinin sınıflandırılması

	<b>Total-K (mg/dL)</b>	<b>LDL-K (mg/dL)</b>	<b>Trigliserid (mg/dL)</b>	<b>HDL-K (mg/dL)</b>
<b>Optimal</b>	<200	<100	<150	≥60
<b>Sınırdan yüksek</b>	200-239	130-159	150-499	Erkek 40-59 Kadın 50-59
<b>Yüksek</b>	≥240	≥160	500-880	Erkek<40 Kadın <50
<b>Çok yüksek</b>		≥190	>880	

Kaynak:Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu,2019,[http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_kilavuz/201905061638382019tbl\\_kilavuz61855bd04.pdf](http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905061638382019tbl_kilavuz61855bd04.pdf)

**Sigara:** Tüm dünyada her iki cinsiyette KKH'nın güçlü bir risk faktörü olan sigara önlenemez ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Sigara dumanı içinde bulunan nikotin ve karbonmonoksit kanın oksijen içeriğini azaltıp damar endotelinde hasara yol açması, ateroskleroza hızlandırırken, diğer taraftan miyokard iskemisine yol açıp angina pektoris, miyokard infarktüsüne, ciddi aritmilere ve ani ölüme neden olmaktadır (36). DSÖ'ne göre dünyada sigara kullanımına bağlı yılda beş milyon ölüm gerçekleşmekte, 2030'a kadar da sekiz milyona çıkması beklenmektedir (53). Mİ oluşma ve KKH'dan ölüm riski sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre iki veya üç kat daha fazladır (54).

**Obezite:** Obezite, hemen hemen tüm toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur ve giderek küresel bir epidemi halini almaktadır. Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre erkeklerin % 15'i, kadınların % 29'u obezdir. Yine aynı çalışmada erkeklerin % 37'si, kadınların % 29'u fazla kiloludur. Otuzbeş yaş üstü grupta nüfusun yarısından fazlası fazla kilolu ya da şişmandır (53).

Obezite, günümüzde önlenemez ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci en önemli nedenidir. Obezite belirlenmesinde en çok kullanılan yöntem beden kütle indeksi (BKİ) ölçümüdür. Vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun karesine ( $m^2$ ) bölünmesi ile hesaplanmaktadır ( $BKİ= \text{Ağırlık (kg)}/\text{Boy (m}^2\text{)}$ ). 18 yaş üstü yetişkinlerde BKİ  $30 \text{ kg/m}^2$  üstünde olanlar obez olarak tanımlanmaktadır. Yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıf, normal ve fazla kiloluluk ile obezite ve dereceleri Tablo 2'de gösterilmiştir (55).

**Tablo 2.** Obezite düzeylerinin sınıflandırılması

<b>Gruplar</b>	<b>Yetişkin (BKİ, kg/m<sup>2</sup>)</b>
Zayıf	<18,50
Normal	18,5 – 24,99
Fazla kilolu	25,00 – 29,99
Obez	≥30,00
Hafif obez	30,00 – 34,99
Orta derecede obez	35,00 – 39,99
Morbid obez	40,00 – 49,99
Süper obez	≥50,00

Kaynak:Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu,2019.[http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_kilavuz/201905061639042019tbl\\_kilavuz5ccdc9e5d.pdf](http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905061639042019tbl_kilavuz5ccdc9e5d.pdf)

Bel çevresi ya da bel/kalça oranının artmış olduğu obezite tipi, santral (abdominal) obezite olarak tanımlanır. Santral obezite kalp-damar sağlığı açısından önemli bir risk faktörüdür ve bel çevresinin bu riski daha iyi yansıttığı kabul edilmektedir. Kadınlarda bel çevresinin 88 cm ve üzerinde, erkeklerde ise 102 cm ve üzerinde olması santral obezite varlığını göstermektedir (55).

**Fiziksel Aktivite:** Fiziksel aktivite azlığı veya yokluğu; bir haftada 5 kez 30 dakikadan daha az süreli orta dereceli aktivite ya da bir haftada 3 kez 20 dakikalık ağır aktiviteden daha azı anlamında tanımlanmaktadır (51). Düzenli fiziksel aktivite ile KAH olan bireylerde kardiyovasküler olay riskinde % 30-50, tüm nedenlere bağlı mortalitede % 20-25 oranında azalma sağlanır (31). Türkiye Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre boş zamanlarda yapılan aktivite açısından erkeklerin % 55'i düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahipken kadınlarda ise bu oran % 69'dur (53).

**Dengesiz ve Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları:** Doymuş yağların, trans yağların ve tuzun fazla tüketilmesi, meyve, sebze ve balık tüketiminin yetersiz olması kalp ve damar hastalıkları riskini artırmaktadır. Yeterli sebze ve meyve tüketimi ile trans yağların kullanılmaması, doymuş yağ yerine çoklu doymamış bitkisel yağların kullanımı KKH riskini azaltır (3,51). Türkiye Kronik Hastalıklar

Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na göre en fazla tüketilen yağ türünde, tereyağı % 7,1, margarin % 3,3, zeytinyağı % 27,3 ve çiçek yağı, mısırözü, soya, fındık yağı gibi sıvı yağlar % 62,4 oranlarında saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylere günlük meyve/sebze porsiyon tüketim sayısı sorulduğunda % 41,3'ü iki porsiyon tükettiklerini, yalnızca % 13'ü beş ve üzerinde porsiyon tükettiklerini belirtmişlerdir (53).

**Alkol Kullanımı:** Dünya genelinde 2012 yılında alkol kullanımı 3,3 milyon (% 5,9) ölümün nedeni olup, bu ölümlerin % 50'den fazlası kalp ve damar hastalıkları ile diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar (diyabet, karaciğer sirozu, kanser gibi) nedeniyledir (51). Ülkemizde yapılan araştırmada 2011 yılında erkeklerin % 23'ü, kadınların % 4'ü alkol kullanmaktadır (53).

### **2.3.8. Miyokard İnfarktüsünde Tedavi**

Akut miyokard infarktüsü şüphesi olan hastaların ambulans ile hastaneye ulaşımının sağlanması önerilmektedir. Ambulans ile hastaneye transport süresi ile reperfüzyona başlama arasında oldukça önemli bir ilişki vardır (32,34). Hastaneye ulaşma süresi uzadıkça miyokart kas hasarı artmaktadır. Tedavinin asıl amacı mümkün olan en kısa sürede iskemik miyokardın perfüzyonunu yeniden sağlamaktır. Hızlı tanı için hastanın öyküsü, belirti ve bulguları ile birlikte EKG çekilmeli, hızlı tanı konulmalı, risk belirlenmeli ve erken reperfüzyon tedavisine başlanmalıdır (28).

#### **2.3.8.1. Miyokard İnfarktüsünde Acil Tedavi**

Hastane öncesi ve/veya acil servis tedavi ilkeleri; hastanın şiddetli göğüs ağrısının ve anksiyetesinin giderilmesi, ventriküler fibrilasyon (VF) gibi ölümcül disritmilere hazırlıklı olunması ile infarktüs alanını sınırlayıcı önlemlerin alınması ve tedavinin başlatılmasıdır (29).

- Hasta yürütülmemelidir, oturur ya da yarı oturur pozisyonda olmalı, sıkı giysiler çıkarılmalı, sıcak ve soğuktan korunmalı,
- Kardiyak monitörizasyonu, EKG izlemi ve CPR (kardiyo-pulmoner-resüsitasyon) koşulları hazır edilmeli,

- Nazal maske ile 2-4 litre/dakika/% 100 oksijen verilmeli,
- Akut miyokard infarktüs şüphesi durumunda hemen aspirin (kullanıyor ise 160 mg, kullanmıyor ise 325 mg) çiğnetilmeli,
- Vital bulgular sık takip edilmeli özellikle sistolik kan basıncı 100 mmHg'nın altında ise IV yoldan 250cc %0,9 NaCL hızlı bir şekilde verilmeli,
- Hastanın ağrısı için sistolik kan basıncı (SKB)  $\geq 90$  mmHg olmak kaydıyla beş dakika ara ile üç doz dilatı nitrogliserin verilmelidir.
- Nitrogliserine rağmen şiddetli ağrının devam ettiği hastalarda SKB  $\geq 100$  mmHg olan hastaya morfin sülfat 2-4 mg verilmeli,
- Mümkün olan en kısa sürede perkutan koroner girişim (PKG) yapılan uygun bir merkeze nakledilmelidir (29, 30, 33, 34).

### **2.3.8.2. Miyokard İnfarktüsünde Farmakolojik Tedavi**

Miyokard infarktüsü tedavisi, (her bir hasta için) semptomların süresi ve tekrarlaması, kardiyak öykü, fizik muayene bulguları ve başlangıç EKG bulgularına göre düzenlenir.

Farmakolojik tedavide; antiiskemik ilaçlar ile ağrının giderilmesi, kalbin hızı ile kan basıncının düşürülmesi ve miyokardın oksijen tüketiminin azaltılması hedeflenir. Antiplatelet ilaçlar ve glikoprotein IIb/IIIa inhibitörleri trombüs önleyicidir. Antikoagülan ilaçlar ve fibrinolitik (trombolitik) ajanlar da tedavi de kullanılmaktadır. Ek olarak LDL kolesterolü 100mg/dl'nin üzerinde statin tedavisi başlanmalıdır. Farmakolojik tedavide farklı olarak kararsız anjina pektoris/NSTEMI hastalarında fibrinolitik ajanlar kullanılmamaktadır (30,34).

### **2.3.8.3. Miyokard İnfarktüsünde Reperfüzyon Tedavisi**

Akut miyokard infarktüsünde reperfüzyon, trombolitik ilaçlarla veya primer perkutan translüminal koroner anjioplasti (PTKA) ile yapılmaktadır. Amaç en kısa sürede koroner kan akımının sağlanarak miyokard hasarının önüne geçmektir (5).

**Fibrinolitik Tedavi:** Damar içinde oluşan trombüsün ortadan kaldırılması amacıyla fibrin eritici ilaçların uygulanmasına denir. STEMI hastalarında semptomların başlangıcından sonraki 6-12 saat içinde, ardışık en az iki derivasyonda 1 mm ST-segment yüksekliği varsa fibrinolitik tedavi (reperfüzyon seçeneği olarak) uygulanır. Fibrinolitik tedavi verilecekse ilk karşılaşma anından itibaren 30 dakika içinde verilmelidir (30).

**Perkütan Koroner Girişimler:** Stentli ya da stentsiz, en sık uygulanan koroner girişim PKG'dir. Avrupa Kardiyoloji Topluluğu (AKT), AKK/AKB klavuzları hastane kapısı-balon zamanı 90 dakika altındaysa PKG'i ilk tedavi metodu olarak önermektedirler. PKG fibrinolitik tedavi ile karşılaştırıldığında; AMİ hastalarında kardiyovasküler komplikasyonları azalttığı ve optimal tedavi olduğu düşünülmektedir. NSTEMI hastalarda PKG ile erken invazif yaklaşım(24-48 saat içinde) AMİ, mortalite ve tekrarlayan AKS'u kadınlarda %19 ve erkeklerde %27 azaltmaktadır (30).

**Cerrahi tedavi:** Medikal tedaviye rağmen devamlı veya tekrarlayan iskemi/göğüs ağrısı, koroner anatomisi PKG'e uygun olmayan, PKG başarısız olan, kritik ana koroner arter hastalığı olan, Mİ sonrası ventriküler septal defekt veya mitral yetmezliği olanlar ve yaşamı tehdit eden aritmiler, hemodinamik bozulma öngörülen hastalarda acil koroner bypass cerrahisi uygulanmaktadır (5,34).

#### **2.4. Kardiyak rehâbilitasyon**

Kardiyak rehâbilitasyon bir hasta hakkı olmasının yanısıra, kardiyovasküler hastalığı olanların aktif bir yaşam sürmesi ve yaşam kalitelerinin artırılarak mortalite ve morbiditenin de azaltılması için uygulanan temel bir bileşendir. Bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal iyilik düzeyine ulaşması için en iyi koşulları sağlayacak olan girişimlerin bütünüdür (16,17).

Kardiyak rehâbilitasyonun en etkili olduğu hasta grubu Mİ geçiren hasta grubudur. Literatürde Mİ geçiren hastaların kardiyak rehâbilitasyon programlarına katılmaları önerilmektedir (1,2,35).

Kardiyak rehâbilitasyonun en kapsamlı klavuzunu AKB ve Amerikan Kardiyovasküler ve Pulmoner Rehâbilitasyon Derneği (AKPRD) yayınlamıştır. “Çekirdek Bileşenleri/İkincil Önleme Programları Kılavuzu 2007” olarak isimlendirilen klavuza göre KR; hastanın değerlendirilmesi, diyet önerileri, risk faktörlerini önleme stratejileri (lipit, hipertansiyon, diyabet tedavisi ve yönetimi, kilo kontrolü, sigarayı bırakırma yöntemleri), psikososyal destek tedavisi, fiziksel aktivite danışmanlığı ve egzersiz eğitimi süreçlerinden oluşmaktadır (56). Etkin ve başarılı bir KR süreci için multidisipliner ekip çalışmasının önemi büyüktür. Kardiyak rehâbilitasyonda ekibin temel üyelerini hekim, hemşire ve fizyoterapist oluştururken eczacı, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog/psikiyatrist, iş ve uğraş terapisti, egzersiz uzmanı, mesleki rehâbilitasyon uzmanının olduğu ekip kapsamlı bir KR ekibidir (16,19,57).

Kardiyak rehâbilitasyon dört aşamada/evrede uygulanmaktadır.

- Evre I (yatan hasta rehâbilitasyonu): Hastane içi denetimli dönemdir. Akut olaydan 24-48 saat sonra hastanın durumu dengeye ulaştıkça başlayan hastaneden taburcu olana kadar geçen süre zarfındadır. 1-2 haftalık dönemi içerir.
- Evre II: Hastane dışı denetimli dönemdir. Taburculuk sonrası erken dönemde, hastalara bireysel olarak rehâbilitasyon programı düzenlenir. Taburculuk sonrası iki hafta içinde başlar ve ortalama üç ay sürer.
- Evre III: Hastane dışı denetimsiz dönemdir. Planlı egzersiz programını kapsayan, sosyal yaşam, iş ve aktivitelerine dönüş ve gözlem altındaki ayaktan hasta dönemidir. Üçüncü aydan sonraki dönemi (3-9 ay) içerir.
- Evre IV: İdame/bakım dönemidir. Hastaların risk faktör modifikasyonunun gerçekleştiği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yaşam boyu sürdürüldüğü dönemdir (16,19,57).

## **2.5. Miyokard İnfarktüs Sonrası Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Rolü**

Geniş kapsamlı bir kardiyak rehâbilitasyon programı fiziksel/fonksiyonel iyileşme eğitimi, hasta ve ailenin eğitimi, davranış değişikliği oluşturma süreçleri ve

psikososyal mesleki destekleri içerir. Profesyonel hemşirenin eğitici rolü kapsamında yer alan hasta eğitimi; sağlığı iyileştirmek amacıyla sağlıklı/hasta bireylere bilgi, beceri, tutum, davranış ve alışkanlıklar kazandırmayı amaçlayan sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki öğretme ve öğrenme sürecidir (14,58).

Hasta eğitimi ile sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, komplikasyonların en aza indirilmesi, tekrarlı yatışların önlenmesi, tedaviye uyum, sağlığın optimal seviyeye yükseltilmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, maliyetin azaltılması, temel yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi ve bireyin bağımsız kararlar alma becerisinin desteklenmesi amaçlanır (17,19,59).

Hasta eğitimi sırasıyla ve birbiriyle etkileşim içinde olan veri toplama/eğitim gereksinimlerini belirleme, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme ve kaydetme basamaklarından oluşan temelde bir hemşirelik sürecidir (11,14,23).

En sık görülen hastalıkların başında yer alan kalp hastalıklarına uyum ve hastaların yaşam kalitesini arttıran davranış değişikliği sağlamanın yolu da eğitimden geçmektedir (13). Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların akut dönem sonrası aktif yaşamlarına dönebilmeleri, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirerek risk faktörlerini azaltmaları, etkin eğitim programlarının başlatılması ve sürdürülmesiyle sağlanacaktır (60).

Ülkemizde 2007 yılında yenilenen “Hemşirelik Kanunu” ve 2010 yılında yayınlanan “Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği” ile hemşirelerin sağlığın korunması ve sürdürülmesi kapsamında eğitim, danışmanlık, araştırma, kalite geliştirme ve yönetim rolleri tanımlanmış ve profesyonel hemşirenin eğitici rolünün öne çıkmasını sağlamıştır (61,62). Bireyi tüm boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan hemşirelerin eğitim/danışmanlık rolü ile kalp hastalığı riskini azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak en temel görevlerinden biridir (11). Bir meta-analiz çalışmasında, kalp hastalarında yapılan eğitimlerin mortalitenin azaltılması, kan basıncı yönetimi, egzersiz ve daha sağlıklı diyet alışkanlıkları kazanmaya yardımcı olduğu görülmüştür (59). Toplam 187 merkezde 16.079 hastayı kapsayan ve ülkemizde yapılan bir çalışmanın da yer aldığı hemşire liderliğinde yapılan araştırma sonuçlarına göre; Mİ geçiren hastalara yapılan eğitim programları ile hastaların

fiziksel aktivite, diyetle uyum ve sigarayı bırakma konularında olumlu sağlık davranışı geliştirdikleri sonucuna varılmıştır (63,64). Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses=ICN) 2019 yılı “Uluslararası Hemşireler Günü” için teması ‘herkes için sağlık’ olarak bildirilmiştir. Hemşirelik mesleğinin eğitici, öğretici ve rehâbilitasyon edici yönleriyle sağlığın desteklenmesi ve hastalıklarının önlenmesi ile hasta tedavisi ve bakımının ‘herkes için sağlık’ temasındaki önemi vurgulanmıştır (65).

## **2.6. Miyokard İnfarktüsü ve Yaşam Kalitesi**

Oldukça geniş kapsamlı olduğu için tanımlanması güç bir kavram olan yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak tanımlanmakta genel olarak yaşam memnuniyeti, yaşam doyumunu olarak değerlendirilmektedir (7,66).

Kişinin, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanan yaşam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, sosyal, emosyonel ve fiziksel durumunun üst düzeyde olması ve toplumsal ilişkilerinin sürdürmesi sonucu yaşamdan doyum sağlaması gibi bileşenleri kapsar (7,66).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise; “bir hastalık veya tedavi ile etkilenen fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu konusunda uzlaşılmakta, fizyolojik fonksiyonları değerlendirmenin yanısıra, hastalığın ve uygulanan tedavilerin yaşam kalitesi üzerine etkilerini hastanın nasıl algıladığı ile ilişkilidir (25,67).

Miyokard infarktüsü, bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde sağlıklı yaşlılarına göre %10 azalmanın olduğu, hem hastaların hem de ailelerinin yaşam kalitesini etkileyen, mortalite oranı oldukça yüksek, sarsıcı bir hastalıktır (8). Miyokard infarktüsü, sonrası bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki kısıtlılıkları, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte, düşük yaşam kalitesi de hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (68,69).



Hemşirelerin yaşamın kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme rolü ve amacı vardır. Hemşireliğin sorumlulukları, hastaya sosyal, fiziksel, psikolojik boyutta destek olmak, en kısa sürede kendi bakımını yapabilir kılmak ve bu süreç içerisinde yaşam kalitesini de en üst düzeye çıkarmaktır (7).

Eğitim programları ile Mİ geçiren hastalarda risk faktörlerinin azaltılması, infarktüsün tekrarının ve komplikasyonların önlenmesi ile hastaların olumsuz semptom yaşamaları önlenecek ve yaşam kalitesinin azalması engellenecektir (8). Hastaların hastalık hakkında bilgilendirilmesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılması, diyet alışkanlıklarının düzenlenmesi, hastalığa uyum sürecinin desteklenmesi, hastaların yaşam kalitesi algılarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, planlanan eğitim ve bakıma aktif olarak katılması ve karşılıklı etkileşim ve işbirliği ile koroner arter hastalarında yaşam kalitesi iyileştirilebilir (11).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tek grupta ön test-girişim-son test modeli kullanılarak yapılan deneysel bir tasarımıdır.

#### 3.2. Kullanılan Gereçler

Araştırmada veri toplama aracı olarak, Hasta Bilgi Formu, Kısa Form-36 (SF-36/Short Form 36) Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Türkçe-Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİBDÖ/TR-MİDAS) kullanılmıştır.

##### 3.2.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan hasta bilgi formu; sosyo-demografik özellikler “yaş,cinsiyet, eğitim durumu gibi”, kardiyak risk faktörlerine ilişkin bilgiler “diyabet ve/veya hipertansiyon varlığı, dislipidemi, obezite, sigara-alkol bağımlılığı, hareketsiz/sedanteryaşam, beslenme alışkanlıkları gibi” ve sağlıklı yaşam biçimi davranış değişikliği önerileri olmak üzere üç bölüm ve otuzbir sorudan oluşmaktadır (EK 1) (69-72).

##### 3.2.2. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36-SF 36)

Ware ve Sherbourne tarafından klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere 1989 yılında MOS-20 (Medical Outcomes Study-20 Question Short Form Survey) anketi geliştirilmiştir (73). Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçüt özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan ölçek Kısa Form-36 (Short-Form Health Survey, SF-36) şeklinde, Rand Corporation tarafından 1992 yılında tekrar düzenlenmiş ve kullanıma sunulmuştur (74).

Kısa Form 36, diyabet hastaları, kardiyoloji ve böbrek hastalarını kapsayan, 1995 yılında Pınar tarafından güvenilirlik ve geçerliliği yapılarak Türk toplumuna

uyarlanmıştır (75). Ardından Kısa Form 36 Türkçe versiyonunun geçerlik-güvenirlik çalışmaları Koçyiğit ve ark (1999) tarafından yapılmıştır (76).

Araştırmada geçerlik-güvenirlik çalışmaları Koçyiğit ve ark (1999) tarafından yapılan versiyonu kullanılmıştır.

Sağlığın fiziksel ve mental boyutunun ölçüldüğü Kısa Form 36, 8 alt boyut ve 36 maddeden oluşmaktadır (EK 2).

#### Fiziksel Boyut:

- 1- Fiziksel fonksiyon (10 madde),
- 2- Fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (4 madde),
- 3- Ağrı (2 madde),
- 4- Genel sağlık algılaması (5 madde).

#### Mental Boyut:

- 1- Mental sağlık (5 madde),
- 2- Emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı (3 madde),
- 3- Sosyal fonksiyon (2 madde),
- 4- Vitalite (Canlılık, enerji ve yorgunluk) (4 madde).

Ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. Alt boyut puanları 0-100 arasında değişmektedir. Puanlar pozitif yönelimlidir. Artan puan yaşam kalitesinde iyiliği göstermektedir. “0” kötü sağlık durumunu gösterirken, “100” iyi sağlık durumunu göstermektedir (73-75). Koçyiğit ve arkadaşlarının yaptığı güvenilirlik çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları ayrı ayrı hesaplanmış ve 0,73-0,76 arasında olduğu saptanarak Türk toplumu için güvenilir ve geçerli olduğu belirtilmiştir (76).

### **3.2.3. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİBDÖ)- The Myocardial Infarction Dimensional Assesment Scale (MIDAS)**

Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MİBDÖ) miyokard infarktüslü bireylerin hastalığa özgü yaşam kalitesi ve sağlık durumunu ölçmek amacıyla Thompson ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilmiştir (68).

Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği Mİ geçiren hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri ile sağlık durumu ölçümlerinin yapılabilmesi ve uygulanan tedavilerin, fonksiyonel ve iyilik durumları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi için yararlı ve yüksek oranda güvenilir bir araç olarak gösterilmiştir (68,77).

Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirliliği Uysal, Özcan ve Enç (2009) tarafından ilk kez Mİ geçiren hastalarda yapılmıştır (77).

Ölçeğin özgün haline ve Uysal, Özcan ve Enç (2009) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlilik çalışmasına göre; Mİ sonrası sağlık durumunun 7 alt boyutunu ölçen (Fiziksel aktivite-12 madde, Güvensizlik-9 madde, Emosyonel tepki-4 madde, Bağımlılık-3 madde, Beslenme Şekli-3 madde, İlaç kullanma hakkında endişeler-2 madde, İlaç yan etkileri hakkında endişeler-2 madde) 35 madde bulunmaktadır. Her bir sorunun cevabı için hastadan "asla", "nadiren", "bazen", "sıklıkla", "her zaman" cevaplarından kendisi için en uygun olanı seçmesi istenmektedir. Ölçekte her soru, "0" dan "100" e kadar puanlanmıştır. "0" en iyi sağlık durumunu, "100" en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir (68,69,77,78). Ölçek hasta tarafından yaklaşık 10-15 dakikayı geçmeyecek sürede uygulanabilir özelliktedir (EK 3).

Uysal ve Özcan tarafından 2011 yılında MİBDÖ'nin geçerlik-güvenirliliği yeniden incelenmiştir (79). Bu çalışmada MİBDÖ'nin Türkçeye, Türk kültürüne uyarlamasını ve hastalar tarafından kolay anlaşılabilirliğini sağlamak amacıyla 20, 29, 30 ve 34. sorular anlam değişikliğine uğramadan değiştirilmiştir. Orijinal Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği'nin 11 maddesi (6, 9, 13, 15, 26, 28, 29, 30, 31, 34 ve 35. maddeler) hiçbir faktör üzerine yüklenmeden çıkartılarak 24 maddeye indirilmiştir. Böylece, beslenme şekli ve ilaç yan etkileri boyutları ölçekten çıkartılmıştır. Ölçeğe, "Sosyal Aktivite" olarak isimlendirilen yeni bir boyut

eklenmiştir (79,80). Sonuç olarak Türkçe-Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (TR- MİBDÖ ) 24 madde ve 6 boyutlu olarak düzenlenmiştir.

Ölçeğin alt boyutları sırasıyla:

1-Fiziksel aktivite (1-6)

2-Güvensizlik (7-10)

3-Duygusal Tepki (11-14)

4-Sosyal Aktivite (15-18)

5-Bağımlılık alt boyutu (19-22)

6-İlaç Hakkında Endişe ise (23-24)sorularından oluşmaktadır.

Bu araştırmada geçerlik-güvenirlilik çalışmaları Uysal ve Özcan tarafından (2011) yapılan ölçek kullanılmıştır (EK 4). TR-MİBDÖ'nün Cronbach alfa güvenirlilik katsayısı, tüm ölçek için 0,88 olarak hesaplanmıştır. TR-MİBDÖ alt boyutlarının Cronbach alfa güvenirlilik katsayı değerleri sırasıyla fiziksel aktivite (0,86), güvensizlik (0,84), duygusal tepki (0,78), sosyal aktivite (0,69), bağımlılık (0,65) ve ilaç hakkında endişe ise (0,87) olarak hesaplanmıştır (80).

### **3.3. Eğitim Kitapçığı**

Araştırmada hastaların kardiyak risk faktörlerinin yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması amacıyla; “Kalp Krizi Geçirmiş Hastalar İçin Rehber” isimli eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığında sırasıyla; kalbin yapısı ve işlevleri, kalp krizinin tanımı, belirtileri ve risk faktörleri başlıkları yer almıştır.

Ayrıca değiştirilebilir-yönetilebilir kardiyak risk faktörleri olan hipertansiyon, dislipidemi, şeker hastalığı ve kan şekeri kontrolü, obezite, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam-aktivite seviyesinin düşük olması, sigara ve alkol tüketimi, kan yağları seviyesinin yükselmesi (örneğin; trigliserid, LDL-K yüksekliği), HDL-K düşüklüğü ve stresin olumsuz etkileri üzerinde durulmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanımı için düzenli fiziksel aktivitenin faydaları, sağlıklı beslenme, alkol ve sigaranın bırakılması, obezite-kilo verme, kan şekeri ve kan basıncı

kontrolünün önemi, stres yönetimi gibi kardiyovasküler hastalıklardan korunmada genel öneriler ile kitapçık oluşturulmuştur (EK 5).

### **3.4. Araştırmanın Yer ve Zamanı**

Araştırma Eylül 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Isparta Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalar ile yapılmıştır.

### **3.5. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Isparta Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine tedavi veya kontrol amacıyla başvuran, araştırmanın uygulama tarihinden en az bir ay önce Miyokard İnfarktüs geçiren 175 hasta oluşturmaktadır.

### **3.6. Araştırmanın Örneklemi/Olgu Seçim Kriterleri**

Araştırmanın örneklemi Isparta Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine tedavi veya kontrol amacıyla başvuran, olasılıksız-rastgele örneklem tekniği ile seçilen 35 hasta oluşturmıştır.

Örneklem seçimi yaparken, benzer araştırmalar incelenmiş aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır (69,70,71,72).

- En az bir kez ve en az bir ay önce Miyokard İnfarktüsü (MI) geçirmiş olması,
- 18 yaş ve üzeri olması,
- Algılama bozukluğu olmaması,
- İletişim sorunu olmaması,
- Türkçe okuyup yazabilen olması,
- Çalışma hakkında bilgilendirilmiş, çalışmayı kabul eden ve yazılı olarak onayı alınan hastalar olmasıdır.

Örneklem seçiminde araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri ise;

- 18 yaş altı olması,
- Algılamasını ya da iletişimini etkileyecek ciddi mental hastalık tanısı olması,
- Daha önce Kardiyak Eğitim/Danışmanlık programına katılmış olması,
- Okur-yazar olmaması,
- Çalışma hakkında bilgilendirilmiş fakat, çalışmayı kabul etmeyen ve yazılı olarak onayı alınamayan hastalardır.

### **3.6.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması**

Ön test-girişim-son test uygulaması için yaklaşık 30-40 hastadan oluşacak örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu bildirilmiştir (81,82).

Bu araştırmada; örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında güç analizinden yararlanılmıştır. Güç analizi; güvenilirliği, geçerliği yüksek bir araştırma planlamayı ve araştırma sonucunda alınacak kararların geçerliğini, güvenilirliğini ve duyarlılığını garanti altına almayı sağlayan bir yöntemdir. İstatistiksel güç (statistical power), araştırmada bir amacın denetlenmesi için kullanılan istatistiksel test sonucu varılan kararın ne kadar güvenilir, geçerli olduğunu olasılık olarak tahmin eden bir yaklaşımdır. Güç oranı alınan kararın bilimselliğini belirleyen bir oran olarak görülebilir. Bir araştırmada istatistiksel gücün % 80'den fazla tutulması önerilmektedir (83).

Bu araştırmada iki bağımlı grubun farkını araştırmaya yönelik çalışma için gerekli minimum örneklem sayısı; %5 hata oranı, %80 güç ve 0,5'lik bir etki büyüklüğü ile 26 olarak belirlenmiştir. Araştırma olası veri kayıplarına karşı 35 hasta ile yürütülmüştür.

### **3.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişken**

Araştırmaya dâhil edilen hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalığa ait bazı özellikleri ve araştırmada hastalara verilen eğitim, bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Hastaların Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

### **3.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi**

Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Bir hastadan veri toplama süresi ortalama 30-45 dakika kadar sürmüştür. Her bir hastaya veriler toplandıktan sonra ortalama bir saat süren eğitim verilmiş ve hazırlanan kitapçık dağıtılmıştır. Ardından bir sonraki görüşme için randevu alınmıştır. Verilen eğitimin hastaların risk faktörleri üzerinde değişikliğe neden olabilmesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanabilmesi için her hasta ile en az dört hafta sonra yeniden görüşme yapılmıştır. İkinci görüşmede hasta bilgi formu ve ölçekler tekrar uygulanmıştır.

### **3.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri**

Veriler PASW 20 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edilmiştir. Örneklemi tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Hastalara ait tanımlayıcı veriler; sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. Farklılıkların belirlenmesi için % 95 anlamlılık düzeyi ( $\alpha=0.05$  hata payı) kullanılmıştır.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında karşılaştırmalar yapılmadan önce normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı “bağımsız örneklem t testi”, bağımlı grupların farkı “bağımlı örneklem t testi”, “tekrarlı ölçümler varyans analizi” ve bağımlı “iki oran arası fark testi”, parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan



alternatifleri, iki bağımsız grup için “Mann-Whitney U”, iki bağımlı grup için “Wilcoxon İşaret Sıralama Testi” (Wilcoxon Signed Ranks Test) kullanılmıştır.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları kullanılarak analiz edilmiştir. Kategorik veriler ise “ki-kare anlamlılık testi” ya da “Fisher's Exact Test” ve bağımlı gruplarda iki kategorili değişkenlerin karşılaştırılmasında “ki-kare testi” (Mc-Nemar), ikiden fazla kategori olması durumunda “Marjinal Homojenlik Testi” (Marginal Homogeneity Test) ile incelenmiştir.

Verilerin analizi aşamasında, Akdeniz Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı’ndan danışmanlık desteği alınmıştır (Ek 6).

### **3.10. Süre ve Olanaklar**

Araştırmaya katılan hastaları değerlendirmek için kullanılan anket formları ve ulaşım masrafları Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim Birimi tarafından karşılanmıştır (Proje Numarası: 3103-YL-12) (EK 7).

### **3.11. Etik Açıklamalar**

Araştırmanın Isparta Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniklerinde yapılabilmesi için Isparta İl Sağlık Müdürlüğü’nden ve Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı’ndan yazılı izin alınmıştır (EK 8, EK 9).

Araştırmada kullanılan ölçekler için uyarlamasını yapan yazarlardan izinleri alınmıştır (EK 10, EK 11).

Hastalara, çalışmanın amacı ve çalışmadan beklentiler hakkında bilgilendirme yapılmış ve katılmayı kabul eden hastalara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatılmıştır (EK 12).

## 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar altında sunulmuştur.

### 4.1. Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular incelenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	8	22,9
Erkek	27	77,1
<b>Yaş (ort)</b>		
40-50	4	11,4
51-60	19	54,3
61-70	12	34,3
<b>Eğitim</b>		
İlköğretim	20	57,1
Ortaöğretim	15	42,9
<b>Meslek</b>		
Emekli	22	62,9
Ev Hanımı	8	22,9
Serbest Meslek	3	8,6
İşçi	2	5,7
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Var	35	100,0
Yok	-	-
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Tablo 3'te hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında; %77,1'nin erkek, %22,9'unun kadın olduğu saptanmıştır. Yaş ortalaması  $58 \pm 09$ 'dir. Hastaların yaş gruplarına bakıldığında % 54,3'ünün 51-60 yaş aralığında, %34,3'ünün 61-70 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Hastaların %57,1'i ilköğretim mezunudur. Hastaların % 62,9'u emekli olup, tamamının sosyal güvencesi vardır (Tablo 3).

## 4.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların; Mİ geçirme sayısı ve ne kadar süre önce Mİ geçirdiği, hastalara göre Mİ geçirme nedenleri, hastalarda ve birinci derece yakınlarında herhangi bir kronik hastalık ile koroner arter hastalığı varlığına ilişkin veriler incelenmiştir (Tablo 4-8).

**Tablo 4.** Hastanın Mİ geçirme sayısı ve ne kadar süre önce geçirdiğine ilişkin bulgular

	Sayı	Yüzde
<b>Hastanın geçirmiş olduğu Mİ sayısı</b>		
1 Kez	21	60,0
2 ve Üzeri	14	40,0
<b>Hastanın ne kadar süre önce Mİ geçirdiği</b>		
1-6 Ay Önce	8	22,9
7-12 Ay Önce	8	22,9
12-60 Ay Önce	13	37,1
60 Ay Üzeri	6	17,1
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Tablo 4'te hastaların Mİ geçirme sayısı ve ne kadar süre önce geçirdiğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların % 60'ının bir kez Mİ geçirdiği ve % 45,8'inin Mİ'nü son bir yıl içinde deneyimlediği belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 5.** Hastalara göre Mİ geçirme nedenlerine ilişkin bulgular (n=35)

<b>MI Geçirme Nedenleri*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Beslenme şeklinin sağlıklı olmaması	23	65,7
Stresli yaşam tarzı	23	65,7
Sedanter (hareketsiz) yaşam tarzı	23	65,7
Sigara (tütün) veya alkol kullanmak	14	40,0
Aile Öyküsü	11	31,4
Hiperlipidemi varlığı	9	25,7
Diabetes Mellitus varlığı	7	20,0
Hipertansiyon varlığı	6	17,1

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 5'te hastalara göre, Mİ geçirme nedenleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastalara göre; beslenme şeklinin sağlıklı olmaması, stresli yaşam tarzı ve sedanter/hareketsiz yaşam tarzı % 65,7 oranında Mİ geçirme nedenleri olarak görülmektedir. Hipertansiyon hastası olmak (%17,1) Mİ geçirme nedeni olarak en son sırada yer almaktadır (Tablo 5).

**Tablo 6.** Hastalarda koroner arter hastalığı dışında kronik hastalık varlığına ilişkin bulgular

<b>Herhangi bir kronik hastalığın varlığı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Evet	26	74,3
Hayır	9	25,7
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Tablo 6’da hastalarda Koroner Arter Hastalığı dışında herhangi bir kronik hastalığın varlığına ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %74,3’ünde ek bir kronik hastalığın var olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

**Tablo 7.** Hastaların koroner arter hastalığı dışında hastalık dağılımına ilişkin bulgular

<b>Kronik Hastalıklar*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Hipertansiyon	14	40,0
Hiperlipidemi	9	25,7
Kalp Yetmezliği	7	20,0
Tip II Diyabet	6	17,1
Astım	4	11,4
Tip I Diyabet	3	8,6

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 7’de hastaların Koroner Arter Hastalığı dışında var olan kronik hastalıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların % 40,0’ında hipertansiyon, % 25,7’sinde hiperlipidemi, % 20,0’sinde kalp yetmezliği, ek kronik hastalık olarak belirlenmiştir. Tip I Diyabet ise % 8,6 oranı ile en son sırada yer almaktadır (Tablo 7).

**Tablo 8.** Hastaların 1. derece yakınlarında kronik hastalık ve koroner arter hastalığı varlığına ilişkin bulgular

	Sayı	Yüzde
Birinci derece yakınlarında kronik hastalık varlığı	23	65,7
Birinci derece yakınlarında Koroner Arter Hastalığı varlığı	15	42,9

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 8’de hastaların birinci derece yakınlarındaki kronik hastalık varlığına ilişkin bulgular görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (% 65,7) birinci derece yakınlarında, kronik hastalık, % 42,9’luk oranda ise Koroner Arter Hastalığı varlığı belirlenmiştir (Tablo 8).

### 4.3. Risk Faktörlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite durumları, beslenme alışkanlıkları ve kan şekeri ile kan basıncı değerlerini ölçtürme durumları ve beden kütle indeksi ve bel çevresi ölçümlerine ilişkin bulgularının dağılımına yer verilmiştir (Tablo 9-14).

**Tablo 9.** Hastaların sigara ve alkol kullanımına ilişkin bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Sigara Kullanıyor musunuz?</b>					
Hiç İçmedim	15	42,9	15	42,9	p=0,166
Bıraktım	10	28,6	14	40,0	
Günde 1-2 adet	6	17,1	3	8,6	
Günde 20 adet	4	11,4	3	8,6	
<b>Alkol Kullanıyor musunuz?</b>					
Hiç İçmedim	33	94,3	33	94,3	-
Bıraktım	2	5,7	2	5,7	
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	

Tablo 9’da araştırmaya katılan hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası sigara ve alkol kullanım durumuna ilişkin bulgular verilmiştir. Eğitim öncesinde araştırmaya katılanların % 42,9’unun sigarayı hiç içmediği, % 28,6’sının daha önce bıraktığı, % 17,1’nin günde 1-2 tane içtiği, % 11,4’nün ise günde 20 adet içtiği belirlenmiştir. Alkol kullanan hasta bulunmamaktadır.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası sigara kullanım durumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, non-parametrik testlerden “Marjinal Homojenlik Testi” (Marginal Homogeneity Test) kullanılmıştır.

Eğitim sonrasında sigarayı bırakan hasta oranı % 40’tır. Günde 1-2 adet sigara içen ve günde 20 adet sigara içen hasta oranı % 8,6’dır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,166), (Tablo 9).



**Tablo 10.** Hastaların fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumuna ilişkin bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz?</b>					
Evet	10	28,6	35	100	<b>p=0,0002*</b>
Hayır	25	71,4	-	-	
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	

\* p<0,05

Tablo 10’da araştırmaya katılan hastaların fiziksel aktivite durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır. Eğitim öncesinde hastaların % 28,6’sının, eğitim sonrasında ise tüm hastaların fiziksel aktivite yaptığı belirlenmiştir.

Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası fiziksel aktivite/egzersiz yapma durumu arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, bağımlı gruplarda “iki oran arası fark testi” kullanılmıştır.

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası fiziksel aktivite yapma durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,0002), (Tablo 10).

**Tablo 11.** Hastaların beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Hangi sıklıkta tahıllı gıdalar ve sebze tüketiyorsunuz?</b>					
Hiç tüketmiyorum	1	2,8	-	-	<b>p=0,001*</b>
Haftada 1-2 gün	17	48,6	5	14,3	
Haftada 3-4 gün	15	42,9	27	77,1	
Her gün tüketiyorum	2	5,7	3	8,6	
<b>Evinizde en çok tükettiğiniz yağ türü hangisidir?</b>					
<b>Tereyağı</b>					
Evet	15	42,9	3	8,6	<b>p=0,0001*</b>
Hayır	20	57,1	32	91,4	
<b>Ay çiçek yağı</b>					
Evet	19	54,3	14	40,0	p=0,302
Hayır	16	45,7	21	60,0	
<b>Zeytinyağı</b>					
Evet	24	68,6	32	91,4	<b>p=0,021*</b>
Hayır	11	31,4	3	8,6	
<b>Margarin</b>					
Evet	4	11,4	-	-	-
Hayır	31	88,6	35	100	
<b>İç yağı</b>					
Evet	-	-	-	-	-
Hayır	35	100	35	100	
<b>Evinizde en çok tükettiğiniz et türü hangisidir?</b>					
Kümes hayvanı eti	21	60,0	20	57,1	p=0,845
Dana eti	7	20,0	2	5,7	
Balık	6	17,1	13	37,1	
Koyun eti	1	2,9	-	-	
<b>Yemeklerinizde kullandığınız tuz miktarı nedir?</b>					
Normal	13	37,1	7	20,0	<b>p=0,005*</b>
Az tuzlu	11	31,4	20	57,1	
Tuzsuz	8	22,9	8	22,9	
Çok tuzlu	3	8,6	-	-	
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	

\* p&lt;0,05

Tablo 11’de araştırmaya katılan hastaların beslenme alışkanlıklarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası tahıllı gıdalar ve sebze tüketim sıklığı, en çok tükettikleri et türü ve kullandıkları tuz miktarları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, non-parametrik

testlerden “Marjinal Homojenlik testi” (Marginal Homogeneity Test) kullanılmıştır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası en çok tükettikleri yağ türleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, bağımlı gruplarda “ki-kare testi” (Mc-Nemar) kullanılmıştır.

Eğitim öncesinde tahıllı gıdalar ve sebze tüketim sıklığını haftada 3-4 gün olarak ifade eden hasta oranı %42,9 her gün tüketen hasta oranı % 5,7’dir. Eğitim sonrasında tahıllı gıdalar ve sebze tüketim sıklığını haftada 3-4 gün olarak ifade eden hasta oranı %77,1 ve her gün tüketen hasta oranı % 8,6’dır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası tahıllı gıdalar ve sebze tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,001$ ), (Tablo 11).

Eğitim öncesinde en çok tüketilen yağ türü incelendiğinde; % 54,3 ayçiçek yağı, % 42,9 tereyağı, % 11,4 margarin olarak belirlenmiştir. Zeytinyağı tüketim oranı % 68,6’dır. İç yağ tüketen hasta bulunmamaktadır. Eğitim sonrasında Ayçiçek yağı tüketim oranı % 40,0, tereyağı tüketim oranı % 8,6’dır. Margarin tüketen hasta bulunmamaktadır. Eğitim sonrasında zeytinyağı tüketim oranı % 91,4’tür (Tablo 11).

Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastaların tereyağı tüketim oranı ( $p=0,0001$ ) ve zeytinyağı tüketim oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,021$ ), (Tablo 11). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastaların ayçiçeği yağı tüketim oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,302$ ), (Tablo 11).

Eğitim öncesinde en çok tüketilen et türü incelendiğinde % 60,0 kümes hayvanı eti, % 20,0 dana eti, % 17,1 balık olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrasında kümes hayvanı eti tüketim oranı % 57,1, dana eti tüketim oranı % 5,7’dir. Eğitim sonrasında balık tüketim oranı % 37,1’dir (Tablo 11). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastaların et tüketim oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,845$ ), (Tablo 11).

Eğitim öncesinde yemeklerinde normal miktarda tuz kullanan hasta oranı % 37,1, az tuz kullanan hasta oranı % 31,4’tür. Eğitim sonrasında yemeklerinde normal miktarda tuz kullanan hasta oranı % 20,0, az tuzlu tercih eden hasta oranı % 57,1’dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası tuz tüketim oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,005$ ), (Tablo 11).

**Tablo 12.** Hastaların kan şekeri ve kan basıncını ölçtürme durumuna ilişkin bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Kan şekerini ölçtürme</b>					
Evet	10	28,6	11	31,4	p=0,86
Hayır	22	62,9	13	37,1	
Ara sıra	3	8,5	11	31,4	
<b>Kan basıncını ölçtürme</b>					
Evet	15	42,9	18	51,4	p=0,60
Hayır	20	57,1	17	48,6	
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	

Tablo 12’de hastaların kan şekeri ve kan basıncı değerlerini ölçtürme durumlarına ilişkin bulguları yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası kan şekeri ve kan basıncı değerlerini ölçtürme durumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, bağımlı gruplarda “ki-kare testi” (Mc-Nemar) kullanılmıştır.

Eğitim öncesinde hastaların % 28,6’sı kan şekeri ölçümü yaptırmaktadır. Eğitim sonrasında kan şekeri ölçtürme oranı % 37,4’tür. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası kan şekeri ölçtürme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,86), (Tablo 12).

Eğitim öncesinde hastaların kan basıncı ölçtürme oranı % 42,9’dur. Eğitim sonrasında kan basıncı ölçtürme oranı % 51,4’tür. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası kan basıncı ölçtürme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,60), (Tablo 12).

**Tablo 13.** Hastaların beden kütle indeksi sınıflandırmasına ilişkin bulgular

	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Normal</b>	6	17,1	7	20,0	p=0,083
<b>Fazla kilolu</b>	17	48,6	18	51,4	
<b>Obez</b>	12	34,3	10	28,6	
<b>Toplam</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	

Tablo 13'te hastaların beden kütle indeksi sınıflandırmasına ilişkin bulguları yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kütle indeksi sınıfları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla, "Marjinal homojenlik Testi" (Marginal Homogeneity Test) kullanılmıştır.

Eğitim öncesinde hastaların % 17,1'i normal olarak belirlenmiştir. Eğitim sonrasında normal hasta oranı % 20,0'dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kütle indeksi sınıflandırmasına ilişkin durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,083), (Tablo 13).

**Tablo 14.** Hastaların beden kütle indeksi ve bel çevresi ölçümü ortalamalarına ilişkin bulgular

	<b>Eğitim Öncesi (ort±SS)</b>	<b>Eğitim Sonrası (ort±SS)</b>	<b>p</b>
<b>BKİ kg/m<sup>2</sup>(ort±SS)</b>	28,6±4,1	28,2 ± 3,8	t=3, 237 <b>p=0,003*</b>
<b>Bel çevresi (cm)(ort±SS)</b>	102,46 ± 12,21	101,49 ± 11,40	t=2,593 <b>p=0,014*</b>

\* p<0,05

Tablo 14’te araştırmaya katılan hastaların beden kütle indeksi ve bel çevresi ölçüm ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastaların beden kütle indeksi ve bel çevresi ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “bağımlı örneklem t testi” kullanılmıştır.

Eğitim öncesinde hastaların beden kütle indeksi ortalamaları 28,6±4,1 kg/m<sup>2</sup> dir. Eğitim sonrasında beden kütle indeksi ortalamaları 28,2 ± 3,8 kg/m<sup>2</sup> olarak saptanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kütle indeksi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,003) (Tablo 14). Eğitim öncesinde hastaların bel çevresi ölçüm ortalamaları 102,46±12,21 cm dir. Eğitim sonrasında bel çevresi ölçüm ortalamaları 101,49±11,40 cm olarak saptanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası bel çevresi ölçüm ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,014), (Tablo 14).

#### 4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası Kısa Form 36 ve MİBDÖ yaşam kalitesi ölçeklerinden aldıkları alt boyut puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 15-17).

**Tablo 15.** Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgular

Kısa Form 36 Alt Boyutları	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
Fiziksel Fonksiyon	66,29	23,56	69,14	19,08	W=-1,353 p=0,176
Fiziksel Rol Güçlüğü	21,43	25,10	35,71	29,88	W=-2,546 <b>p=0,011*</b>
Ağrı	61,71	27,08	64,60	18,74	W=-0,812 p=0,417
Genel Sağlık	49,71	13,35	52,20	13,96	W=-2,162 <b>p=0,031*</b>
Vitalite (Enerji-Zindelik)	46,14	13,99	48,14	13,45	W=-0,582 p=0,560
Sosyal Fonksiyon	52,86	20,13	50,00	18,69	W=-0,763 p=0,445
Emosyonel Rol Güçlüğü	26,67	30,03	40,95	34,38	W=-2,175 <b>p=0,030*</b>
Mental Sağlık	51,54	11,26	54,97	10,82	W=-2,167 <b>p=0,030*</b>

\* p<0,05

Tablo 15’de hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ile eğitim sonrası Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla non-parametrik testlerden “Wilcoxon işaret sıralama testi” (Wilcoxon Signed Ranks Test) kullanılmıştır.

Hastaların eğitim öncesinde “fiziksel fonksiyon” alt boyut puan ortalaması 66,29±23,56’dır. Eğitim sonrasında “fiziksel fonksiyon” alt boyut puan ortalaması 69,14±19,08’dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “fiziksel fonksiyon” alt boyut puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,176$ ), (Tablo 15).

Hastaların eğitim öncesinde “fiziksel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalaması  $21,43\pm 25,10$ 'dur. Eğitim sonrasında “fiziksel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalaması  $35,71\pm 29,88$ 'dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “fiziksel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,011$ ), (Tablo 15).

Hastaların eğitim öncesinde “ağrı” alt boyut puan ortalaması  $61,71\pm 27,08$ 'dir. Eğitim sonrasında “ağrı” alt boyut puan ortalaması  $64,60\pm 18,74$ 'tür. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “ağrı” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,417$ ), (Tablo 15).

Hastaların eğitim öncesinde “genel sağlık” alt boyut puan ortalaması  $49,71\pm 13,35$ 'tir. Eğitim sonrasında “genel sağlık” alt boyut puan ortalaması  $46,20\pm 13,96$ 'dır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “genel sağlık” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,031$ ), (Tablo 15).

Hastaların eğitim öncesinde “vitalite (enerji-zindelik)” alt boyut puan ortalaması  $46,14\pm 13,99$ 'dur. Eğitim sonrasında “vitalite (enerji-zindelik)” alt boyut puan ortalaması  $48,14\pm 13,45$ 'tir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “vitalite (enerji-zindelik)” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,560$ ), (Tablo 15).

Hastaların eğitim öncesinde “sosyal fonksiyon” alt boyut puan ortalaması  $52,86\pm 20,13$ 'dir. Eğitim sonrasında “sosyal fonksiyon” alt boyut puan ortalaması  $50,00\pm 18,69$ 'dur. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “sosyal fonksiyon” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,445$ ), (Tablo 15).

Hastaların eğitim öncesinde “emosyonel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalaması  $26,67\pm 30,03$ 'tür. Eğitim sonrasında “emosyonel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalaması  $40,95\pm 38$ 'dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “emosyonel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,030$ ), (Tablo 15).



Hastaların eğitim öncesinde “mental sağlık” alt boyut puan ortalaması 51,54±11,26'dır. Eğitim sonrasında “mental sağlık” alt boyut puan ortalaması 54,97±10,82'dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “mental sağlık” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p=0,030), (Tablo 15).



**Tablo 16.** MİBDÖ yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarına ilişkin bulgular

MİBDÖ Alt Boyutları	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Güvensizlik</b>	48,33	13,18	45,95	11,28	W=-0,937 p=0,349
<b>Duygusal Tepki</b>	44,46	13,02	42,32	11,75	W=-0,706 p=0,480
<b>Sosyal Aktivite</b>	52,32	14,86	51,07	14,18	W=-0,485 p=0,628
<b>Bağımlılık</b>	44,64	9,96	44,29	10,32	W=-0,066 p=0,947
<b>İlaç Hakkında Endişe</b>	47,14	12,06	50,89	11,95	W=-1,311 p=0,190
<b>Fiziksel Sağlık</b>	24,29	10,03	16,07	12,34	W=-2,781 <b>p=0,005*</b>

\* p<0,05

Tablo 16’da hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında MİBDÖ yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ile eğitim sonrası MİBDÖ yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla non-parametrik testlerden “Wilcoxon işaret sıralama testi” (Wilcoxon Signed Ranks Test) kullanılmıştır.

Hastaların eğitim öncesinde “güvensizlik” alt boyut puan ortalaması 48,33±13,18’dir. Eğitim sonrasında “güvensizlik” alt boyut puan ortalaması 45,95±11,28’dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “güvensizlik” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,349), (Tablo 16).

Hastaların eğitim öncesinde “duygusal tepki” alt boyut puan ortalaması 44,46±13,02’dir. Eğitim sonrasında “duygusal tepki” alt boyut puan ortalaması 42,32±11,75’dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “duygusal tepki” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,480), (Tablo 16).

Hastaların eğitim öncesinde “sosyal aktivite” alt boyut puan ortalaması  $52,32 \pm 14,86$ ’dır. Eğitim sonrasında “sosyal aktivite” alt boyut puan ortalaması  $51,07 \pm 14,18$ ’dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “sosyal aktivite” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,628$ ), (Tablo 16).

Hastaların eğitim öncesinde “bağımlılık” alt boyut puan ortalaması  $44,64 \pm 9,96$ ’dır. Eğitim sonrasında “bağımlılık” alt boyut puan ortalaması  $44,29 \pm 10,32$ ’dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “bağımlılık” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,947$ ), (Tablo 16).

Hastaların eğitim öncesinde “ilaç hakkında endişe” alt boyut puan ortalaması  $47,14 \pm 12,06$ ’dır. Eğitim sonrasında “ilaç hakkında endişe” alt boyut puan ortalaması  $50,89 \pm 11,95$ ’dir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “ilaç hakkında endişe” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p=0,190$ ), (Tablo 16).

Hastaların eğitim öncesinde “fiziksel sağlık” alt boyut puan ortalaması  $24,29 \pm 10,03$ ’tür. Eğitim sonrasında “fiziksel sağlık” alt boyut puan ortalaması  $16,07 \pm 12,34$ ’tür. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası “fiziksel sağlık” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p=0,005$ ), (Tablo 16).

#### 4.5. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 17, 18, 19, 20, 21).

**Tablo 17.** Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının yaş grubuna göre incelenmesi

Kısa Form 36 -Yaş Grubu	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>					
40-50	72,50	11,90	75,00	12,25	F=3,502 p=0,042
51-60	59,47	26,77	67,11	20,37	
61-70	75,00	18,09	70,42	19,59	
Ortalama	66,29	23,56	69,14	19,08	
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>					
40-50	18,75	23,94	18,75	23,94	F=1,961 p=0,157
51-60	19,74	28,36	43,42	32,10	
61-70	25,00	21,32	29,17	25,75	
Ortalama	21,43	25,10	35,71	29,88	
<b>Ağrı</b>					
40-50	53,50	31,40	57,75	14,34	F=0,014 p=0,987
51-60	61,95	32,10	65,00	19,33	
61-70	64,08	23,49	66,25	19,95	
Ortalama	61,71	27,08	64,60	18,74	
<b>Genel Sağlık</b>					
40-50	47,25	16,15	41,00	9,56	F=1,110 p=0,342
51-60	49,16	12,53	44,32	15,15	
61-70	51,42	14,72	50,92	12,71	
Ortalama	49,71	13,35	52,20	13,96	
<b>Vitalite (Enerji)</b>					
40-50	50,00	17,80	50,00	7,07	F=0,065 p=0,937
51-60	45,26	13,59	47,63	15,67	
61-70	46,25	14,48	48,33	11,93	
Ortalama	46,14	13,99	48,14	13,45	
<b>Sosyal Fonksiyon</b>					
40-50	59,38	27,72	59,38	15,73	F=0,038 p=0,963
51-60	53,95	18,66	50,66	16,91	
61-70	48,96	20,96	45,83	22,19	
Ortalama	52,86	20,13	50,00	18,69	
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>					
40-50	0,00	0,00	0,00	0,00	F=1,828 p=0,177
51-60	40,35	32,54	43,86	33,43	
61-70	13,89	17,16	41,67	37,94	
Ortalama	26,67	30,03	40,95	34,38	
<b>Mental Sağlık</b>					
40-50	51,00	15,10	58,00	12,44	F=1,814 p=0,179
51-60	49,26	11,32	54,32	9,64	
61-70	55,33	9,77	55,00	12,78	
Ortalama	51,54	11,26	54,97	10,82	

Tablo 17’de hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların yaş gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaş grupları ile Kısa Form 36 alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Yaş grubu ile Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; “Fiziksel fonksiyon” alt boyut puan ortalamalarının, istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,042$ ), diğer alt boyut puan ortalamalarının ise tüm yaş gruplarında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ), (Tablo 17).

**Tablo 18.** Kısa Form 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımının incelenmesi

Kısa Form 36-Cinsiyet	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>					
Kadın	44,38	21,95	45,00	17,53	F=0,281 p=0,599
Erkek	72,78	20,11	76,30	12,68	
Ortalama	66,29	23,56	69,14	19,08	
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>					
Kadın	6,25	11,57	21,88	31,16	F=0,018 p=0,894
Erkek	25,93	26,39	39,81	28,81	
Ortalama	21,43	25,10	35,71	29,88	
<b>Ağrı</b>					
Kadın	54,63	32,73	53,75	19,23	F=0,251 p=0,593
Erkek	63,81	25,51	67,81	17,69	
Ortalama	61,71	27,08	64,60	18,74	
<b>Genel Sağlık</b>					
Kadın	47,13	15,37	38,75	11,57	F=3,350 p=0,076
Erkek	50,48	12,91	48,41	14,02	
Ortalama	49,71	13,35	52,20	13,96	
<b>Vitalite (Enerji)</b>					
Kadın	37,50	14,39	40,00	13,09	F=0,019 p=0,892
Erkek	48,70	13,05	50,56	12,81	
Ortalama	46,14	13,99	48,14	13,45	
<b>Sosyal Fonksiyon</b>					
Kadın	56,25	25,88	43,75	23,15	F=2,167 p=0,151
Erkek	51,85	18,57	51,85	17,23	
Ortalama	52,86	20,13	50,00	18,69	
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>					
Kadın	25,00	29,55	25,00	34,50	F=1,546 p=0,223
Erkek	27,16	30,71	45,68	33,52	
Ortalama	26,67	30,03	40,95	34,38	
<b>Mental Sağlık</b>					
Kadın	53,00	11,86	53,50	12,82	F=1,141 p=0,293
Erkek	51,11	11,28	55,41	10,39	
Ortalama	51,54	11,26	54,97	10,82	

Tablo 18’de hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası cinsiyet ile Kısa Form 36 alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Cinsiyet ile Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ), (Tablo 18).

**Tablo 19.** Kısa Form 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre incelenmesi

Kısa Form 36-Eğitim Düzeyi	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>					
İlköğretim	66,00	23,82	66,50	21,95	F=1,461
Ortaöğretim	66,67	24,03	72,67	14,38	p=0,235
Ortalama	66,29	23,56	69,14	19,08	
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>					
İlköğretim	18,75	22,76	41,25	30,65	F=3,376
Ortaöğretim	25,00	28,35	28,33	28,14	p=0,076
Ortalama	21,43	25,10	35,71	29,88	
<b>Ağrı</b>					
İlköğretim	57,05	26,38	63,70	20,65	F=1,352
Ortaöğretim	67,93	27,64	65,80	16,49	p=0,253
Ortalama	61,71	27,08	64,60	18,74	
<b>Genel Sağlık</b>					
İlköğretim	50,95	12,09	47,50	12,56	F=0,002
Ortaöğretim	48,07	15,14	44,47	15,92	p=0,961
Ortalama	49,71	13,35	52,20	13,96	
<b>Vitalite (Enerji)</b>					
İlköğretim	44,25	14,17	47,50	12,56	F=0,530
Ortaöğretim	48,67	13,82	49,00	12,13	p=0,472
Ortalama	46,14	13,99	48,14	13,45	
<b>Sosyal Fonksiyon</b>					
İlköğretim	50,00	19,87	49,38	21,26	F=0,498
Ortaöğretim	56,67	20,52	50,83	15,28	p=0,485
Toplam	52,86	20,13	50,00	18,69	
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>					
İlköğretim	28,33	31,11	45,00	39,40	F=0,186
Ortaöğretim	24,44	29,46	35,56	26,63	p=0,669
Ortalama	26,67	30,03	40,95	34,38	
<b>Mental Sağlık</b>					
İlköğretim	51,60	10,37	54,00	11,20	F=0,624
Ortaöğretim	51,47	12,73	56,27	10,53	p=0,435
Ortalama	51,54	11,26	54,97	10,82	

Tablo 19’da hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların eğitim durumuna göre dağılımı yer almaktadır.

Hastaların eğitim öncesinde ve eğitim sonrasında eğitim durumu ile Kısa Form 36 alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır. Eğitim durumu ile Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0,05$ ), (Tablo 19).





**Tablo 20.** Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut puan ortalamalarının beden kütle indeksi sınıfına göre incelenmesi

Kısa Form 36 -BKI	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	72,36	26,12	70,71	23,35	F=0,836
Hafif Şişman-Düşük Risk	65,00	27,76	66,67	21,76	p=0,443
Şişman-Orta Risk	66,67	9,01	72,78	10,03	
Ortalama	66,29	23,56	69,14	19,08	
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	25,00	25,00	39,29	31,81	F=6,369
Hafif Şişman-Düşük Risk	25,00	27,12	37,50	31,21	<b>p=0,017*</b>
Şişman-Orta Risk	13,89	22,05	33,33	27,95	
Ortalama	21,43	25,10	35,71	29,88	
<b>Ağrı</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	73,71	33,46	64,43	16,91	F=1,204
Hafif Şişman-Düşük Risk	57,61	26,55	63,17	22,56	p=0,314
Şişman-Orta Risk	62,89	23,69	66,56	13,31	
Ortalama	61,71	27,08	64,60	18,74	
<b>Genel Sağlık</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	48,00	14,46	47,86	13,50	F=0,747
Hafif Şişman-Düşük Risk	48,89	13,69	45,50	14,75	p=0,482
Şişman-Orta Risk	54,89	10,91	49,22	11,38	
Ortalama	49,71	13,35	52,20	13,96	
<b>Vitalite (Enerji)</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	47,14	18,45	51,43	11,80	F=1,620
Hafif Şişman-Düşük Risk	47,22	15,07	46,39	14,63	p=0,214
Şişman-Orta Risk	43,89	8,94	51,11	11,93	
Ortalama	46,14	13,99	48,14	13,45	
<b>Sosyal Fonksiyon</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	42,86	17,47	46,43	23,62	F=1,058
Hafif Şişman-Düşük Risk	57,64	19,24	49,31	19,40	p=0,359
Şişman-Orta Risk	52,78	23,20	54,17	15,31	
Ortalama	52,86	20,13	50,00	18,69	
<b>Emosyonel Rol Güçlüğü</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	19,05	17,82	38,10	29,99	F=7,562
Hafif Şişman-Düşük Risk	33,33	32,34	37,04	34,09	<b>p=0,010*</b>
Şişman-Orta Risk	18,52	33,79	51,85	41,20	
Ortalama	26,67	30,03	40,95	34,38	
<b>Mental Sağlık</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	51,43	11,41	49,14	6,82	F=2,001
Hafif Şişman-Düşük Risk	50,67	11,72	56,00	11,40	p=0,152
Şişman-Orta Risk	55,11	10,15	59,55	9,26	
Ortalama	51,54	11,26	54,97	10,82	

\* p<0,05

Tablo 20’de hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların, beden kütle indeksi sınıfına göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kütle indeksi sınıfı ile Kısa Form 36 alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Beden kütle indeksi sınıfı ile Kısa Form 36 yaşam kalitesi leğinin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; “Fiziksel rol güçlüğü” ve “emosyonel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalamalarının, beden kütle indeksi sınıflarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,017$ ), ( $p=0,010$ ) diğer alt boyut puan ortalamalarının ise beden kütle indeksi sınıflarında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ), (Tablo 20).



**Tablo 21.** Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalık varlığına göre incelenmesi

Kısa Form 36 -Kronik Hastalık	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>					
Var	60,38	23,41	64,81	18,84	F=1,395
Yok	83,33	14,36	81,67	14,14	p=0,246
Ortalama	66,29	23,56	69,14	19,08	
<b>Fiziksel Rol Güçlüğü</b>					
Var	16,35	25,44	32,69	29,81	F=0,421
Yok	36,11	18,16	44,44	30,05	p=0,521
Ortalama	21,43	25,10	35,71	29,88	
<b>Ağrı</b>					
Var	58,69	27,80	58,69	27,80	F=1,054
Yok	70,44	24,22	66,78	16,63	p=0,312
Ortalama	61,71	27,08	64,60	18,74	
<b>Genel Sağlık</b>					
Var	48,46	14,88	43,35	14,08	F=3,656
Yok	53,33	6,71	54,44	10,26	p=0,058*
Ortalama	49,71	13,35	52,20	13,96	
<b>Vitalite (Enerji)</b>					
Var	44,62	14,83	45,58	12,52	F=0,799
Yok	50,56	10,74	55,56	14,02	p=0,378
Ortalama	46,14	13,99	48,14	13,45	
<b>Sosyal Fonksiyon</b>					
Var	50,00	20,31	47,12	17,43	F=0,001
Yok	61,11	18,16	58,33	20,73	p=0,990
Ortalama	52,86	20,13	50,00	18,69	
<b>Emosyonel RolGüçlüğü</b>					
Var	17,95	23,53	39,74	34,02	F=4,523
Yok	51,85	33,79	44,44	37,27	P=0,041*
Ortalama	26,67	30,03	40,95	34,38	
<b>Mental Sağlık</b>					
Var	50,77	11,80	54,92	11,40	F=0,673
Yok	53,78	9,82	55,11	9,55	p=0,418
Ortalama	51,54	11,26	54,97	10,82	

\* p<0,05

Tablo 21’de hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların, kronik hastalık durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası kronik hastalık varlığı ile Kısa Form 36 alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Kronik hastalık durumu ile Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; “genel

sağlık” ve “emosyonel rol g¼cl¼đ¼” alt boyut puan ortalamalarının, istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,058$ ), ( $p=0,041$ ) diğer alt boyut puan ortalamalarının ise kronik hastalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ), (Tablo 21).



#### 4.6. MİBDÖ Ölçeği Alt Boyutlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası, MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının bazı sosyo-demografik özellikler ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 22, 23, 24, 25, 26).

**Tablo 22.** MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının yaş grubuna göre incelenmesi

MİBDÖ -Yaş Grubu	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Aktivite</b>					
40-50	28,13	6,25	15,63	18,75	F=0,461 p=0,635
51-60	26,32	10,94	17,11	12,65	
61-70	19,79	8,36	14,58	10,44	
Ortalama	24,29	10,03	16,07	12,34	
<b>Güvensizlik</b>					
40-50	50,00	12,27	45,83	8,33	F=0,870 p=0,429
51-60	48,90	15,27	48,68	12,58	
61-70	46,87	10,53	41,67	9,06	
Ortalama	48,33	13,18	45,95	11,28	
<b>Duygusal tepki</b>					
40-50	48,44	9,38	37,50	8,84	F=1,394 p=0,263
51-60	43,09	13,64	44,74	13,38	
61-70	45,31	13,62	40,10	9,41	
Ortalama	44,46	13,02	42,32	11,75	
<b>Sosyal tepki</b>					
40-50	43,75	15,31	53,13	6,25	F=1,478 p=0,243
51-60	52,96	15,22	51,64	15,14	
61-70	54,17	14,43	49,48	15,18	
Ortalama	52,32	14,86	51,07	14,18	
<b>Bağımlılık</b>					
40-50	48,44	5,98	35,94	5,98	F=3,013 p=0,043*
51-60	41,45	10,87	44,74	10,68	
61-70	45,44	8,05	46,35	10,13	
Ortalama	44,64	9,96	44,29	10,32	
<b>İlaç Hakkında Endişe</b>					
40-50	43,75	5,10	37,50	5,62	F=1,023 p=0,371
51-60	46,38	13,23	50,99	10,88	
61-70	49,48	12,05	55,21	12,73	
Ortalama	47,14	12,06	50,89	11,95	

\* p<0,05

Tablo 22’de hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında MİBDÖ ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların yaş gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası yaş grupları ile MİBDÖ alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Yaş grubu ile “bağımlılık” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ( $p=0,043$ ) belirlenmiştir (Tablo 22).



**Tablo 23.** MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının cinsiyete göre incelenmesi

MİBDÖ -Cinsiyet	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Aktivite</b>					
Kadın	25,00	0,00	20,31	16,28	F=0,605
Erkek	24,07	11,46	14,81	10,98	p=0,442
Ortalama	24,29	10,03	16,07	12,34	
<b>Güvensizlik</b>					
Kadın	54,69	15,18	52,60	8,89	F=0,008
Erkek	46,45	12,21	43,98	11,28	p=0,930
Ortalama	48,33	13,18	45,95	11,28	
<b>Duygusal tepki</b>					
Kadın	50,00	12,50	48,44	12,83	F=0,013
Erkek	42,82	12,94	40,51	11,01	p=0,909
Ortalama	44,46	13,02	42,32	11,75	
<b>Sosyal tepki</b>					
Kadın	57,03	17,18	54,69	14,85	F=0,058
Erkek	50,93	14,16	50,00	14,08	p=0,810
Ortalama	52,32	14,86	51,07	14,18	
<b>Bağımlılık</b>					
Kadın	48,44	9,30	47,66	9,41	F=0,011
Erkek	43,52	10,03	43,29	10,53	p=0,917
Ortalama	44,64	9,96	44,29	10,32	
<b>İlaç Hakkında Endişe</b>					
Kadın	42,97	9,70	58,59	13,34	F=7,772
Erkek	48,38	12,57	48,61	10,73	p=0,009*
Ortalama	47,14	12,06	50,89	11,95	

\* p<0,05

Tablo 23'te hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında MİBDÖ ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası cinsiyet ile MİBDÖ alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Cinsiyet ile “ilaç hakkında endişe” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu (p=0,009) belirlenmiştir (Tablo 23).

**Tablo 24.** MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre incelenmesi

MİBDÖ -Eğitim Düzeyi	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Aktivite</b>					
İlköğretim	25,00	5,74	17,50	11,75	F=0,110
Ortaöğretim	23,33	14,07	14,17	13,25	p=0,742
Ortalama	24,29	10,03	16,07	12,34	
<b>Güvensizlik</b>					
İlköğretim	48,54	14,00	45,21	10,67	F=0,369
Ortaöğretim	48,06	12,49	46,94	12,35	p=0,548
Ortalama	48,33	13,18	45,95	11,28	
<b>Duygusal tepki</b>					
İlköğretim	45,62	11,84	42,81	11,87	F=0,080
Ortaöğretim	42,92	14,73	41,67	11,97	p=0,779
Ortalama	44,46	13,02	42,32	11,75	
<b>Sosyal tepki</b>					
İlköğretim	55,63	14,75	53,44	12,08	F=0,194
Ortaöğretim	47,92	14,30	47,92	16,48	p=0,662
Ortalama	52,32	14,86	51,07	14,18	
<b>Bağımlılık</b>					
İlköğretim	44,06	11,38	44,06	9,82	F=0,035
Ortaöğretim	45,42	8,00	44,58	11,30	p=0,852
Ortalama	44,64	9,96	44,29	10,32	
<b>İlaç Hakkında Endişe</b>					
İlköğretim	45,31	10,11	53,44	11,73	F=4,348
Ortaöğretim	49,58	14,27	47,50	11,76	p=0,045*
Ortalama	47,14	12,06	50,89	11,95	

\* p<0,05

Tablo 24’te hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında MİBDÖ ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların eğitim durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası eğitim durumu ile MİBDÖ alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Eğitim durumu ile “ilaç hakkında endişe” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu (p=0,045) belirlenmiştir (Tablo 24).



**Tablo 25.** MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının beden kütle indeksi sınıfına göre incelenmesi

MİBDÖ -BKİ	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS (Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Aktivite</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	16,07	9,45	19,64	6,68	F=4,013
Hafif Şişman-Düşük Risk	27,78	10,11	18,06	13,71	<b>p=0,028*</b>
Şişman-Orta Risk	25,00	6,25	9,72	12,14	
Ortalama	24,29	10,03	16,07	12,34	
<b>Güvensizlik</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	41,07	10,87	41,67	4,81	F=0,406
Hafif Şişman-Düşük Risk	49,31	15,80	46,30	13,70	p=0,670
Şişman-Orta Risk	50,92	7,15	46,76	8,53	
Ortalama	48,33	13,18	45,95	11,28	
<b>Duygusal tepki</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	36,61	12,72	40,18	7,95	F=1,524
Hafif Şişman-Düşük Risk	45,49	13,35	43,75	14,22	p=0,234
Şişman-Orta Risk	48,61	12,01	38,89	6,07	
Ortalama	44,46	13,02	42,32	11,75	
<b>Sosyal tepki</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	50,89	15,91	55,36	6,68	F=0,637
Hafif Şişman-Düşük Risk	53,47	16,50	50,69	18,05	p=0,536
Şişman-Orta Risk	50,69	12,67	50,00	9,37	
Ortalama	52,32	14,86	51,07	14,18	
<b>Bağımlılık</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	46,43	10,74	44,64	8,41	F=0,170
Hafif Şişman-Düşük Risk	44,79	10,77	45,49	11,70	p=0,844
Şişman-Orta Risk	43,75	8,84	41,67	9,88	
Ortalama	44,64	9,96	44,29	10,32	
<b>İlaç Hakkında Endişe</b>					
Normal-Çok Düşük Risk	50,89	15,06	48,21	6,95	F=2,118
Hafif Şişman-Düşük Risk	44,10	10,16	53,13	13,60	p=0,137
Şişman-Orta Risk	47,22	9,93	47,91	12,10	
Ortalama	47,14	12,06	50,89	11,95	

\* p<0,05

Tablo 25’te hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında MİBDÖ ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların, beden kütle indeksi sınıfına göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası beden kütle indeksi sınıfı ile MİBDÖ alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır.

Beden kütle indeksi sınıfı ile ‘‘Fiziksel aktivite’’ alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ( $p=0,028$ ) belirlenmiştir (Tablo 25).



**Tablo 26.** MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamalarının kronik hastalık varlığına göre incelenmesi

MİBDÖ -Kronik Hastalık	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Test
	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	Ort( $\bar{x}$ )	SS(Sd)	
<b>Fiziksel Aktivite</b>					
Var	25,00	10,00	15,87	13,95	F=6,721 p=0,014*
Yok	22,22	10,42	16,67	6,25	
Ortalama	24,29	10,03	16,07	12,34	
<b>Güvensizlik</b>					
Var	50,16	13,51	48,08	10,82	F=0,077 p=0,783
Yok	43,06	11,22	39,81	10,85	
Ortalama	48,33	13,18	45,95	11,28	
<b>Duygusal tepki</b>					
Var	45,67	12,84	43,75	12,37	F=0,019 p=0,892
Yok	40,97	13,66	38,19	9,08	
Ortalama	44,46	13,02	42,32	11,75	
<b>Sosyal tepki</b>					
Var	54,81	14,07	53,37	54,81	F=0,018 p=0,895
Yok	45,14	15,56	44,44	45,14	
Ortalama	52,32	14,86	51,07	52,32	
<b>Bağımlılık</b>					
Var	46,37	9,21	44,95	9,69	F=0,724 p=0,401
Yok	39,58	10,83	42,36	12,41	
Ortalama	44,64	9,96	44,29	10,32	
<b>İlaç Hakkında Endişe</b>					
Var	49,04	13,07	51,92	12,96	F=0,329 p=0,570
Yok	41,67	6,25	47,92	8,27	
Ortalama	47,14	12,06	50,89	11,95	

\* p<0,05

Tablo 26’da hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında MİBDÖ ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların, kronik hastalık durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların eğitim öncesi ve eğitim sonrası kronik hastalık varlığı ile MİBDÖ alt boyutlarından alınan puan ortalamaları arasında bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla “tekrarlı ölçümlerde varyans analizi” kullanılmıştır. Kronik hastalık varlığı ile “Fiziksel aktivite” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu (p=0,014) belirlenmiştir (Tablo 26).

#### 4.7. Yaşam Kalitesi Ölçekleri (Kısa Form 36-MİBDÖ) Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Tablo 27’de Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarıyla, MİBDÖ ölçeği alt boyut puanlarının arasındaki korelasyon ilişkisi incelenmektedir.

Kısa Form 36 “fiziksel fonksiyon” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” ve “ilaç hakkında endişe” alt boyutları arasında orta düzey, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki ( $p<0,05$ ), “bağımlılık” alt boyutu arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).

Kısa Form 36 “fiziksel rol güçlüğü” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” alt boyutu arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).

Kısa Form 36 “ağrı” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” ve “fiziksel sağlık” alt boyutları arasında orta düzey, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).

Kısa Form 36 “genel sağlık” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” alt boyutu arasında yüksek düzey, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ), ve “duygusal tepki” alt boyutu arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).

Kısa Form 36 “vitalite (enerji-zindelik)” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik”, “duygusal tepki” alt boyutları arasında yüksek düzey, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ), “bağımlılık” alt boyutu arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ),ve “ilaç hakkında endişe” alt boyutu arasında orta düzey, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).

Kısa Form 36 “sosyal fonksiyon” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “duygusal tepki” ve “fiziksel sağlık” alt boyutları arasında orta düzey, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).

Kısa Form 36 “emosyonel rol güçlüğü” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “duygusal tepki” ve “fiziksel sağlık” alt boyutları arasında zayıf, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).

Kısa Form 36 “mental sağlık” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” ve “sosyal aktivite” alt boyutları arasında orta düzey, negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ), (Tablo 27).



**Tablo 27.** Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile MIBDÖ Ölçeği'nin alt boyut puanlarının korelasyonu

Kısa Form 36-Alt Boyutları	MIBDÖ Ölçeği Alt Boyutları											
	Güvensizlik		Duygusal Tepki		Sosyal Aktivite		Bağımlılık		İlaç Hakkında Endişe		Fiziksel Sağlık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Fiziksel Fonksiyon</b>	-0,569	<b>0,001</b>	-0,420	0,12	-0,170	0,329	-0,376	<b>0,026</b>	-0,476	<b>0,004</b>	-0,315	0,066
<b>F.Rol Güçlüğü</b>	-0,368	<b>0,03</b>	-0,295	0,085	0,059	0,737	0,055	0,752	-0,118	0,501	-0,306	0,074
<b>Ağrı</b>	-0,428	<b>0,01</b>	-0,251	0,147	-0,153	0,382	-0,037	0,833	-0,021	0,903	-0,486	<b>0,003</b>
<b>Genel Sağlık</b>	-0,601	<b>0,001</b>	-0,349	<b>0,04</b>	-0,294	0,087	-0,192	0,269	-0,291	0,09	-0,186	0,286
<b>Vitalite (Enerji)</b>	-0,641	<b>0,001</b>	-0,552	<b>0,001</b>	-0,225	0,193	-0,33	<b>0,053</b>	-0,401	<b>0,017</b>	-0,269	0,118
<b>Sosyal Fonksiyon</b>	-0,247	0,152	-0,419	<b>0,012</b>	0,017	0,921	-0,202	0,243	-0,185	0,287	-0,418	<b>0,012</b>
<b>E. Rol Güçlüğü</b>	-0,118	0,498	-0,336	<b>0,048</b>	-0,017	0,922	0,144	0,411	0,102	0,559	-0,384	<b>0,023</b>
<b>Mental Sağlık</b>	-0,433	<b>0,009</b>	-0,284	0,099	-0,462	<b>0,005</b>	-0,160	0,360	-0,209	0,229	-0,247	0,152

## 5. TARTIŞMA

### 5.1. Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında; % 77,1'nin erkek, % 22,9'unun kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Mİ geçiren ya da KAH tanısı ile izlenen hastaların dâhil edildiği araştırmalar incelendiğinde; Aldana ve ark.'nın (2003) araştırmasında deney grubu % 71,4 oranında erkek hastadır (84). Koroner arter hastalarının sağlık eğitiminde hemşirenin rolünü inceleyen Ünsar ve ark.'nın (2004) araştırmasında örneklemin çoğunluğu (% 70,4) erkek hasta grubudur. Irmak ve Fesli'nin (2005) araştırmasında % 77,8 oranında erkek hasta örneklem grubunu oluşturmuştur (11,85). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir diğer araştırmada hastaların % 78,8'ini erkek cinsiyetin oluşturduğu belirlenmiştir (72). Mİ geçiren hastalara verilen bireysel danışmanlığın yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum üzerine etkisini inceleyen Uysal'ın (2009) araştırmasında deney grubunun % 80'nini erkek hastalar oluşturmuştur (69). Sevinç ve Akyol'un (2009) araştırmasında hastaların, % 71,5'ini erkek hastalar oluşturmuştur (86). Koroner arter hastalarında yaşam tarzı değişikliğinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bir diğer araştırmada ise erkek hastalar % 67,0 oranındadır (87). Yılmaz ve ark.'nın (2011) araştırmasında hastaların % 82,2'si erkek cinsiyetten oluşmaktadır (79). Mİ geçiren hastaların ikincil korunma davranışlarının incelendiği bir araştırmada % 68,5'inin erkek olduğu görülmüştür (88). Wang ve ark.'nın (2014) 192 hasta ile yaptığı kesitsel araştırmanın % 76,6'sını benzer şekilde erkek hastalar oluşturmuştur (89). Öner Alibaz F. ve ark.'nın (2009) yaptığı "Miyokard İnfarktüsü Hastaların Klinik ve Demografik Özelliklerinin İncelenmesi" adlı araştırmada erkek hasta oranı %79,34'tür (90). İncelenen literatürdeki araştırmalarda olduğu gibi bu araştırmada da erkek örneklemin çoğunlukta olduğu söylenebilir.

Araştırmadaki hastaların yaş gruplarına bakıldığında % 54,3'ünün 51-60 yaş aralığında, % 34,3'ünün 61-70 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir. Yaş ortalaması 58±09'dir (Tablo 3). Mİ geçiren ya da KAH tanısı ile izlenen hastaların dâhil edildiği; araştırmalar incelendiğinde; Ünsar ve ark.'nın (2004) araştırmasında

hastaların % 54,8'inin 60-69 yaş aralığında yer aldığı, Dilek'in araştırmasında (2008) % 37,4'ünün 56-65 yaş aralığında yer aldığı görülmektedir (11,72). Yaş ortalaması  $61,94 \pm 11,05$ 'tir. Koroner arter hastalarında risk faktörü dağılımlarının incelendiği Sevinç ve Akyol'un (2009) araştırmasında hastaların, % 32,6'sı, 50-59 yaş aralığında ve yaş ortalaması  $58,7 \pm 9,14$ 'tür (86). Barlow ve ark.'nın (2009), araştırmasında yaş ortalaması  $65,1 \pm 9,5$  olarak tespit edilmiştir (91). Yapılan diğer bir çalışmada hastaların yaş ortalamasının  $64,1 \pm 10,93$  olduğu bulunmuştur (70). Benzer şekilde kalp hastalarının yaşam kalitelerinin incelendiği iki çalışmada da yaş ortalamasının sırasıyla  $59,8 \pm 12,1$  ve  $56,98 \pm 11,89$  olduğu görülmüştür (89,92). KAH olan hastalarda kardiyovasküler riskin azaltılmasında yaşam tarzı müdahalelerinin etkisinin incelendiği bir diğer çalışmada ise yaş ortalaması  $58 \pm 9$  olarak saptanmıştır (93). Araştırma sonuçları yaş ortalaması açısından incelenen literatürle benzerlik göstermektedir. Araştırmanın Mİ geçiren hastalar ile yapılması ve kardiyovasküler risk yaş grubunda olması; araştırma grubunun yaş dağılımı açısından benzer özellik göstermesinin nedeni olabilir.

Araştırma bulgularına göre, hastaların % 57,1'i ilköğretim mezunudur (Tablo 3). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması'na (2013) göre kişilerin ( $n=18477$ ) yarısından fazlası (% 55) ilköğretim düzeyinde bir öğrenim durumuna sahiptir (53). Ünsar ve ark.'nın (2004) araştırmasında hastaların; % 59,1'i ilköğretim mezunu, Irmak ve Fesli'nin (2005) araştırmasında çoğunluğu (% 69,4) ilköğretim mezunudur (11,85). Miyokard infarktüs geçirmiş olan hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada eğitim durumlarına bakıldığında % 77,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir (71). Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği bir diğer çalışmada örneklemin yarıdan fazlası (% 58,5) ilköğretim mezunudur (72). Benzer şekilde Mİ geçiren hastaların örneklemini oluşturduğu Uysal'ın (2009) araştırmasında deney grubunun % 48,9'u ilköğretim mezunudur (69). Küçükberber ve ark.'nın (2011) araştırmasında da hastaların çoğunluğunun (%48,6) eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu belirtilmiştir (92). Dural ve Sarıtaş'ın (2017) "Akut koroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler" başlıklı araştırmasında ilköğretim düzeyinde (%55,5) hasta grubu çoğunluktadır (8). Araştırma grubunun eğitim düzeyinin, incelenen araştırma bulguları ile benzer özellikte olduğu görülmektedir.



Araştırma bulgularına göre hastaların çoğunluğu (% 62,9) emeklidir ve araştırmaya katılan tüm kadın hastalar (n=8) ev hanımıdır (Tablo 3). Irmak ve Fesli'nin (2005) araştırmasında hastaların % 58,3'ü emekli/ev hanımıdır (85). Uysal'ın (2009) araştırmasında deney grubunun % 40'ı, Özbay'ın (2010) yaptığı araştırmada hastaların çoğunluğu (% 46,7) ve Sevinç ve Eşer'in (2011) araştırmasında % 52,2'si emeklidir (69,70,88). Araştırmaya dâhil edilen hastaların yaş grupları ve yaş ortalaması dikkate alındığında çoğunluğun emekli/ev hanımı olması beklenen bir sonuç olup, incelenen araştırmalar ile uyum göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre tamamının sosyal güvencesi vardır (Tablo 3). Ünsar ve ark.'nın (2004) araştırmasında hastaların % 96,5'inin sosyal güvencesi mevcuttur (11). Uysal'ın (2009) araştırmasında deney grubunun % 95,5'inin sosyal güvencesi vardır (69). Özbay'ın (2010) yaptığı araştırmada tamamının sosyal güvencesi vardır (70). Araştırmaya katılan hasta grubunun tamamının sosyal güvencesinin olması incelenen araştırmalar ile paraleldir.

## **5.2. Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Araştırmaya dâhil edilen hastaların % 60'ının bir kez Mİ'ü, % 40'ının ise iki ve daha fazla sayıda Mİ geçirdiği ve % 45,8'inin Mİ'nü son bir yıl içinde deneyimlediği belirlenmiştir (Tablo 4). Miyokard infarktüs geçirmiş hastaların dâhil edildiği araştırmalar incelendiğinde; sekonder eğitim programına alınan hastaların bilgi düzeylerinin ölçüldüğü bir araştırmada hastaların % 88,9'unun ilk kez Mİ geçirdiği saptanmıştır (85). Olgun'un (2006) araştırmasında, hastaların % 70,7'si bir kez Mİ geçirmiş, % 29,3'ü iki ve daha fazla sayıda Mİ geçirmiştir (71). Mİ geçiren hastalara kardiyak rehâbitasyon programı uygulayan Wang ve ark.'nın araştırmasına göre deney grubunun % 91,8'i ilk kez, % 5,9'u iki kez Mİ geçirdiğini belirlenmiştir (94). Akçay Fırat ve Dedeli'nin (2016) Mİ geçiren hastalarda umutsuzluk ve yaşam kalitesini değerlendirdiği araştırmalarında bir kez Mİ geçiren hasta oranı % 66,1, iki kez Mİ geçiren hasta oranı % 20,6'dır (9). Araştırma bulgularının sonuçlarının incelenen literatür ile uyumlu olduğu ve koroner olayın tekrarlayabileceği söylenebilir.

Araştırmada hastalara “Size göre kalp krizi geçirmenize ne/neler neden olmuş olabilir?” diye sorulduğunda hastalar; sedanter/hareketsiz yaşam şekli, stresli yaşam şekli ve beslenme şeklinin sağlıklı olmamasını en yüksek (% 65,7) oranda Mİ geçirme nedenleri olarak belirtmişlerdir (Tablo 5). Miyokard infarktüs geçiren hastalarla yapılan bir araştırmada hastaların (2006) Mİ ile yaşam şekli arasında bağlantı kurma durumu incelendiğinde; hastaların %37,3’ü Mİ geçirmelerini stres/sıkıntı faktörüne bağlamaktadır (71). Gün’ün araştırmasında (2012) hastaların hipertansiyon hastası olma nedenlerini, sırasıyla stres (%76,7), diyet-yemek alışkanlıkları (%39,5) ve kalıtsal (%24,1) olarak açıkladıkları ifade edilmiştir (95). Araştırma bulguları incelenen araştırma sonuçları ile uyumludur. Araştırma grubunun sağlık profesyonellerince bilgilendirilmeleri, hastaların bir kısmının Mİ geçirdiği gün herhangi bir nedenle yoğun stres/öfke veya aşırı sevinç yaşamaları, son yıllarda görsel ve yazılı medya tarafından sağlıklı yaşam için egzersiz, kilo kontrolü, sağlıklı beslenme ve sigara kullanımı gibi konularla ilgili artan bilgi paylaşımları ile hastaların hastalıklarına yönelik bilgi edinimleri, Mİ geçirmelerine zemin olabilen risk faktörleri ile ilgili görüşlerini etkilemiş olabilir.

Araştırma kapsamına giren hastaların Mİ dışında ek bir kronik hastalık durumuna bakıldığında; % 74,3’ünde ek bir kronik hastalık varlığı belirlenmiştir (Tablo 6). Dural ve Sarıtaş’ın (2017) araştırmasında AKS’a ek olarak kronik hastalık varlığı %58 oranında bulunmuştur (8). Araştırmaya katılan hastaların % 40,0’ında hipertansiyon varlığı tespit edilmiştir (Tablo 7). Koroner arter hastalarında risk faktörlerinin dağılımını inceleyen bir araştırmada hastaların, % 47,8’i hipertansiyon hastasıdır (86). Mİ geçirmiş olan Çin’li hastalarla yapılan bir diğer araştırmada hipertansiyon oranı % 62,5 oranında bulunmuştur (89). KAH olan hastalarla yapılan bir çalışmada deney grubunun % 95’inde hipertansiyon varlığı saptanmıştır (93). Wang ve arkadaşlarının Mİ geçiren hastalar ile yaptıkları araştırmanın (2016) katılımcılarında % 56,3 oranında hipertansiyon varlığı tespit edilmiştir (96). Araştırmanın hasta grubunda hipertansiyon görülme oranı ile incelenen literatür sonuçları benzerlik göstermiştir (8,86,89,93,96). Hipertansiyon hastalığının örneklem grubunda en çok görülen ek kronik hastalık olması, hipertansiyonun KKH majör risk faktörü olması ile birlikte orta ve ileri yaş kalp hastalarında yüksek oranda görüldüğü söylenebilir.

Araştırmaya katılan hastaların birinci derece yakınlarında KAH varlığı incelendiğinde; % 42,9 oranında KAH belirlenmiştir (Tablo 8). Miyokard infarktüs geçiren hastaların dâhil edildiği iki araştırmada ailesinde Mİ geçiren hasta oranı sırasıyla % 60,9 ve % 45,3'tür (11,71). Sevinç ve Eşer'in araştırmasında % 33,7'sinin ailesinde Mİ öyküsü olduğu, Mİ geçirenlerin çoğunluğunu (% 58) anne ve babanın oluşturduğu saptanmıştır (88). Koroner arter hastalığı olan hastaları inceleyen randomize kontrollü bir araştırmanın deney grubunun % 58'inde aile öyküsü tespit edilmiştir (93). Araştırma bulguları ile incelenen literatür verileri (11,45,46,47,71,88,93) paralellik göstermektedir. Değiştirilemeyen risk faktörleri arasında bulunan aile öyküsünde KAH varlığı, araştırmanın bulguları ile benzemekte, hasta grubunun profil olarak AMİ hastasını yansıttığı düşünülebilir.

### **5.3. Risk Faktörlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Araştırma bulgularına göre hastaların eğitim öncesinde % 42,9'unun sigarayı hiç kullanmadığı, % 28,5'inin sigara kullandığı belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise sigara kullanan hasta oranı azalmasına rağmen (% 17,2) anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 9). Mİ geçiren hastalara kardiyak rehâbilitasyon programı uygulanan bir araştırmada deney grubunun eğitim öncesinde % 62,2'sinin sigara kullandığı, eğitim sonrasında ise sigara kullanan oranın % 20'ye düştüğü tespit edilmesine rağmen anlamlı fark bulunmamıştır (69). Özbay'ın (2010) araştırmasında hastaların eğitim sonrası sigara alışkanlığı değerlerinde, eğitim öncesine göre anlamlı fark bulunmamıştır (70). Önen ve arkadaşlarının sigara bırakma polikliniğine başvuran ve kardiyopulmoner hastalığı olan hastalarla yaptıkları araştırmada, sigara bırakma oranları düşükken, tekrar sigaraya başlama oranları da yüksek bulunmuştur (97). Hipertansiyonlu hastalarına verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği Kulak'ın (2014) araştırmasında hastaların sigara içme oranlarında eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (98). Eğitim öncesi ve eğitim sonrası sigarayı bırakma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması; hastaların eğitim sonrası sigarayı bırakma düzeyinin yetersiz olması, kısa zamanlı çalışmalarda bağımlı davranışının değiştirilmesinin güç olması ve kronik hastalığı olan bireylerde tutum değişikliğinin kolay yapılamamasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların fiziksel aktivite/egzersiz alışkanlıkları incelendiğinde; eğitim öncesinde % 28,6'sının fiziksel aktivite/egzersiz yaptığı, eğitim sonrasında ise tüm hastaların fiziksel aktivite/egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 10). Barlow ve arkadaşlarının (2009) kardiyak rehâbitasyon programı uygulandıktan dört ay sonra tekrar değerlendirilen deney grubundaki düzenli olarak fiziksel aktivite/egzersiz yapan hasta oranında iyileşme gözlenmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (91). Benzer diğer iki araştırmanın sonuçlarına bakıldığında; eğitim öncesine göre düzenli olarak fiziksel aktivite/egzersiz yapan hasta oranı ve egzersiz süreleri ile ilgili özelliklerinin eğitim sonrasında anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür (69,70). Araştırma bulgusu ile incelenen araştırma sonuçları benzeşmektedir. Hastaların tümünün egzersize (yürüyüş/günde en az yarım saat) başlaması sonucuna göre, verilen eğitimin hastalar üzerinde etkili olduğu ve hastaların eğitim sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanabileceği düşünülebilir. Araştırmaya katılanların tamamının yürümeyi tercih etmesi; yaş grubu itibariyle kolaylıkla yapabilecekleri bir fiziksel aktivite olması, herhangi bir zaman diliminde yapabilmeleri ve kısa süreli de yapılabilen bir aktivite olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan hastaların sağlıklı beslenme alışkanlıkları incelendiğinde; eğitim sonrasında tahıllı gıdalar ve sebze tüketim sıklığını haftada 3-4 gün olarak ifade eden hasta oranı, en çok tüketilen yağ türü incelendiğinde zeytinyağı tüketen hasta oranı ve diyetinde az tuz kullanan hasta oranı eğitim öncesi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 11)( $p<0,05$ ). Uysal'ın (2009) araştırmasında eğitim sonrasında hayvansal ve katı yağ tüketiminin zararlı olduğunu bildiklerini ifade eden hasta oranı, eğitim öncesine göre anlamlı derecede yükselmiştir (69). Irmak ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları araştırmada eğitim programından altı ay sonra diyetine uyan hasta oranında ciddi bir artış gözlenmiş, doymuş yağ ve kolesterolden zengin besinlerin tüketiminde de azalma olmuştur (99). Araştırma bulguları incelenen araştırma bulguları ile uyumludur. Araştırmaya katılan hastalara verilen eğitim sonrasında sağlıklı beslenme önerilerini dikkate aldığı ve davranışlarını olumlu yönde değiştirmeye başladıkları söylenebilir.

Araştırmaya dâhil edilen hastalarda diyabet varlığı incelendiğinde; hastaların % 17,1'inde tip 2 diyabet, % 8,6'sında tip 1 diyabet saptanmıştır (Tablo 12). KAH

hastaları ile yapılan bir çalışmada diyabetli hasta oranı % 27,8, benzer şekilde Mİ geçirmiş hastalar ile yapılan farklı araştırmalarda diyabetli hasta oranı sırasıyla % 33,8 ve % 39,8 olarak tespit edilmiştir (86,89,96). Araştırma grubunun diyabetli birey oranının incelenen literatürle benzer olduğu söylenebilir.

Araştırmada hastaların eğitim öncesinde % 28,6'sı kan şekeri ölçümü, % 42,9'u da düzenli kan basıncı ölçtürme oranı yaptırırken, eğitim sonrasında kan şekeri ölçtürme oranı %37,4'e, kan basıncı ölçtürme oranı % 51,4'e yükselmiş fakat anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 12) ( $p<0,05$ ). Uysal'ın (2009) araştırmasında eğitim öncesine göre düzenli olarak kan şekeri ve kan basıncı ölçümü yaptıran deney grubundaki hasta oranı, eğitim sonrasında yükselmiştir (69). Araştırmaya katılan hastalara düzenli ve sürekli olarak kan glikoz ve kan basıncı kontrollerinin önemi anlatılmış, KAH tanısı olan bireylerde diyabet ve hipertansiyonun etkileri vurgulanmıştır. Araştırmada düzenli olarak kontrollerini yaptıran hasta oranında artış gözlenmesi ile eğitimin farkındalığı arttırabileceği söylenebilir.

Araştırma bulgularına göre hastaların eğitim öncesinde % 34,3'ü obez hasta grubu iken, eğitim sonrasında % 28,6'sı obez olarak belirlenmiştir. Eğitim öncesinde hastaların BKİ ortalamaları  $28,6\pm 4,1$  iken eğitim sonrasında  $28,2 \pm 3,8$  olarak saptanmıştır. İkinci ölçüm sonrası BKİ ortalamaları eğitim öncesi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 13) ( $p<0,05$ ). Bel çevresi ölçüm ortalamaları ile ilgili de benzer sonuçlar bulunmuştur (Tablo 14). Kardiyak rehâbilitasyon uygulanan benzer araştırmada deney grubundaki hastaların eğitim öncesi beden kütle indeksi ortalamaları  $28,47\pm 3,71$  iken, eğitim sonrası beden kütle indeksi ortalamaları  $27,54\pm 3,06$  bulunmuştur. İkinci ölçüm sonrası BKİ oranlarında ileri düzeyde anlamlı azalma olduğu tespit edilmiştir (69).Aldana ve ark (2003) araştırmasında yapılan eğitimler sonrasında deney grubundaki hastaların BKİ ortalamalarının, kontrol grubundaki hastaların ortalamalarına göre ileri düzeyde iyileşme gözlenmiştir (84). Koroner arter hastalarına yaşam tarzı değişikliği için eğitim veren Özbay'ın (2010) araştırmasında hastaların eğitim öncesi beden kütle indeksi ortalamaları  $28,3\pm 3,84$  iken, eğitim sonrası beden kütle indeksi ortalamaları  $27,9\pm 3,82$  bulunmuştur. Eğitim sonrası, eğitim öncesine göre değerlerinde anlamlı düzeyde azalma gerçekleşmiştir (70). Saffi ve ark.'nın (2014) yaptığı bir diğer araştırmada girişim grubunun BKİ ortalamalarının bir yıl sonrası tekrarlanan

ölçümlerinde anlamlı düzeyde iyileşme gözlemlenmiştir (93). Araştırma bulguları incelenen literatür ile uyumlu olup, hastalara verilen eğitim sonucunda BKI ve bel çevresi ortalamalarındaki eğitim öncesine göre sağlanan iyileşme; beslenme önerilerine dikkat etmeleri ve araştırma grubunun tamamının fiziksel aktivite/egzersize başlamasının sonucu olabilir.

Araştırmaya katılan hastalara verilen eğitim ile kardiyak risk faktörlerine yönelik (sigarayı bırakmaları, beslenme alışkanlıkları değiştirmeleri, fiziksel aktivite/egzersize başlamaları ve kilo kontrolü/obeziteye yönelik BKI ortalamalarının azalması) olumlu/sağlıklı yaşam biçimi davranışları gerçekleştirmeye başladıklarını göstermektedir.

#### **5.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Araştırma bulgularına göre hastaların Kısa Form 36 ölçeğinin "sosyal fonksiyon" dışındaki tüm alt boyut puan ortalamalarında iyileşme gözlenmiş, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ) (tablo 15). Yaşam kalitesini iyileştirmek için birçok yol vardır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanımı için verilen hasta eğitimleri ve daha geniş kapsamlı yapılan kardiyak rehâbilitasyon programları bunlar arasındadır.

Arslantaş ve arkadaşlarının araştırmasında, kronik bir hastalığı olan bireylerin sosyal alan dâhil olmak üzere tüm alanlarda yaşam kalitelerinin azaldığı sonucuna varılmıştır (100). Acaray ve Pınar'ın kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmalarında hastalık ve hemodiyalize ilişkin eğitim alan hastaların yaşam kalitesi eğitim almayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur (101). Chan ve ark (2005) uyguladıkları kardiyak rehâbilitasyon programının altı aylık takibi sonunda yaşam kalitesi puan ortalamaları başlangıç değerleriyle tekrar değerlendirilmiştir. Kısa Form 36 ölçeğinin kullanıldığı çalışmada hastaların sonuçlarına bakıldığında tüm alt boyutlarında anlamlı derecede farklılıklar saptanmış ve yaşam kalitesinde önemli oranda iyileşme olduğu belirlenmiştir (102). Uysal (2009) Mİ geçiren hastaları deney ve kontrol grubu

oluşturarak kardiyak rehâbilitasyon programı uygulamış, üç aylık süreç sonunda deney grubunun Kısa Form 36 ölçeğinin "genel sağlık" alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarında iyileşme olduğu görülmüştür (69). Barlow ve ark.'nın (2009) çalışmasında; kardiyak rehâbilitasyon programı uygulandıktan 4 ay sonra; girişim grubunun Kısa Form 36 puan ortalamalarının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da iyileşme yönünde olduğunu tespit edilmiştir (91). Özbay (2010) koroner arter hastalarına danışmanlık programı düzenleyerek yaşam kalitesine etkisini incelemiştir. Eğitim programından bir ay sonra hastaları tekrar değerlendirdiğinde Kısa Form 36 ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde iyileştiğini tespit etmiştir (70). Efe ve Olgun'un çalışmasında (2011) kalp yetersizliği olan hastalarda hemşire tarafından uygulanan hasta eğitimi ve sonrası düzenli aralıklarla yapılan izlem sonucunda, enerji düzeyinin ve yaşam kalitesinin arttığı görülmüştür (103).

Araştırma bulgularına göre; Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği fiziksel ve mental alt bileşenlerinden "sosyal fonksiyon" dışındaki tüm alt boyut puan ortalamalarında iyileşme gözlenmiş, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları incelenen araştırma sonuçları ile benzeşmektedir. Araştırma bulgularında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin, fiziksel rol güçlüğü, genel sağlık alt boyut puan ortalamalarındaki anlamlı iyileşmenin nedeni; sigarayı bırakmaları, beslenme alışkanlıkları değiştirmeleri, fiziksel aktivite/egzersize başlamaları ve kilo kontrolü/obeziteye yönelik BKİ ortalamalarının azalmaya başlaması ile açıklanabilir. Bazı alt boyutlarda (fiziksel fonksiyon, ağrı, vialite/enerji/zindelik, sosyal fonksiyon) anlamlı farklılığın oluşmamasında; eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olması, araştırma grubunun yaş ortalaması (58±09) nedeniyle fizyolojik kapasite, psikolojik ve sosyal alanlardaki değişimlerin etkisi, kronik hastalık varlığı, birçoğunun yalnız yaşaması sonucu aile-arkadaş gibi sosyal destek bileşenlerinin az olması ve hastaların kendilerini ifade etmede güçlük yaşamaları ve araştırmanın izlem süresinin kısa olması etkili olabilir.

Araştırma bulgularına göre MİBDÖ ölçeğinin güvensizlik, duygusal tepki, sosyal aktivite, bağımlılık ve fiziksel sağlık alt boyutlar puan ortalamalarında eğitim sonrasında eğitim öncesine göre iyileşme gözlenmiş, fiziksel sağlık alt boyut puan

ortalamasının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 16). Mİ sonrası hastalarda ortaya çıkan duygusal tepkiler hastaya göre değişmekle beraber, ölüm korkusu, kızgınlık/öfke, güçsüzlük, güvensizlik, yetersizlik ve başarısızlık, suçluluk, sosyal geri çekilme (izolasyon), umutsuzluk, anksiyete ve depresyon gibi durumlar yaşanabilmektedir (104). Araştırma bulgularında sigarayı bırakmaları, beslenme alışkanlıkları değiştirmeleri, fiziksel aktivite/egzersize başlamaları ve kilo kontrolü/obeziteye yönelik BKİ ortalamalarının azalmaya başlaması MİBDÖ ölçeği fiziksel sağlık alt boyut puan ortalamalarındaki anlamlı iyileşmenin nedeni olabilir.

Yaşam kalitesi sadece fiziksel sağlıktaki iyileşmeyi değil ruhsal ve sosyal iyiliği de kapsamaktadır. Mİ sonrası verilen eğitim ile hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma çabası, hastalarda farkındalığa ve içinde buldukları olumsuz duygusal düşüncelerin değişimine neden olmuş olabilir. Sosyal izolasyon yerine sosyal çevre ile paylaşımlar, hareketsiz/sedanter yaşam yerine egzersiz/yürüyüş önerileri, kendi günlük bireysel aktivitelerini yerine getirmeleri, olumsuz duygular yerine olumlu düşünmenin önemini vurgulanması; hastaların bağımlılık, güvensizlik, duygusal tepki ve sosyal aktivite alt boyutlarındaki iyileşmeyi açıklayabilir.

Araştırma sonuçları ve benzer araştırma sonuçları incelendiğinde kardiyak rehâbilitasyon programı uygulanan veya eğitim verilirse hasta gruplarında eğitim öncesine göre yaşam kalitesi ölçümlerinde iyileşme veya anlamlı iyileşmenin gerçekleştiği görülmektedir.

### **5.5. Kısa Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, BKİ sınıfı ve kronik hastalık varlığına ilişkin bulgular karşılaştırılmış, bulunan sonuçlar tartışılmıştır.

Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı bir araştırmada 70 yaş üstü hasta grubunun yaşam kalitesi puanlarının düştüğü görülmüş (105). Aydemir ve



arkadaşlarının (2005) hipertansiyonlu hastalar ile yaptıkları çalışmada sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanları ileri yaşlarda daha düşük olarak belirlenmiş (106). Başka bir çalışmada da (2008) Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt gruplarında yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam kalitesi puanlarının düştüğü tespit edilmiştir (67).

Yaş grubu ile Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; “Fiziksel fonksiyon” alt boyut puan ortalamalarının, tüm yaş gruplarında anlamlı olduğu ( $p=0,042$ ), diğer alt boyut puan ortalamalarının ise anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ), (Tablo 17). Hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesini yükselttiği saptanmış ve yaş grubu özelliğinin “Fiziksel fonksiyon” alt boyut puan ortalamaları dışında, yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarında bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon alt boyut puan ortalamasında anlamlı farklılık göstermesinin nedeni olarak hastaların tümünün egzersize başlaması, verilen eğitim ile kazandıkları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel olarak kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamış olabilir.

Araştırmada hastalara verilen eğitim ile Kısa Form 36 alt boyut puan ortalamalarının her iki cinsiyette yükseldiği saptanmış ve cinsiyetin Kısa Form 36 alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir farklılığın oluşmasında etken olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 18). Çalışmada kadın ( $n=8$ ) ve erkek ( $n=27$ ) hasta sayısının ve istatistiksel değerlendirmede cinsiyet faktörünün ayrı ayrı değil tek bir etken olarak ele alınması sonucu olabilir. Yapılacak olan benzer çalışmalarda cinsiyet faktörünün istatistiksel değerlendirmede ayrı ayrı ele alınması önerilebilir.

Araştırmada hastalara verilen eğitim ile Kısa Form 36 yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarının yükseldiği saptanmış ve örneklem grubunun eğitim seviyesi durumunun, Kısa Form 36 alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir farklılığın oluşmasında etken olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 19). Çalışmada hasta grubunun ilköğretim ( $n=20$ ) ve ortaöğretim ( $n=15$ ) eğitim düzeyinde olmaları ve istatistiksel değerlendirmede eğitim durumunun ayrı ayrı değil tek bir etken olarak ele alınması nedeniyle olabilir. Yapılacak olan benzer çalışmalarda eğitim düzeyi faktörünün istatistiksel değerlendirmede ayrı ayrı ele alınması önerilebilir.

BKI sınıfı ile Kısa Form 36 alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; “fiziksel rol güçlüğü” ve “emosyonel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalamalarının, istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,017$ ), ( $p=0,010$ ), diğer alt

boyut puan ortalamalarının ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ), (Tablo 20). Gün ve Korkmaz'ın araştırmasında Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının BKİ sınıfına göre dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanmamış (95). Eğitim sonrası hastaların BKİ ve bel çevresi ortalamalarındaki iyileşme Kısa Form 36 “fiziksel rol güçlüğü” ve “emosyonel rol güçlüğü” alt boyutlarında anlamlı farklılığın oluşmasında etken olabilir.

Kronik hastalık durumu ile Kısa Form 36 alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; “genel sağlık” ve “emosyonel rol güçlüğü” alt boyut puan ortalamalarının, istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,058$ ) ( $p=0,041$ ) diğer alt boyut puan ortalamalarının ise kronik hastalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 21). Hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği Göçgeldi ve ark.nın araştırmasında, herhangi bir ek kronik hastalığa (DM, HT, kalp yetmezliği, MI, v.b.) sahip olanlar olmayanlara göre bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde etmiş (67). Işıklı ve ark.nın çalışmasında kronik bir hastalığın olması durumunun, bireylerin sosyal alan dâhil olmak üzere tüm alanlarda yaşam kalitesini azalttığı sonucuna varılmış (107). Eğitim sonrasında hastaların yaşam kalitesi puanlarındaki iyileşme, ek kronik hastalık varlığından bağımsız olarak “genel sağlık” ve “emosyonel rol güçlüğü” alt boyutlarındaki anlamlı farklılığın nedeni olabilir.

#### **5.6. MİBDÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi**

MİBDÖ ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, BKİ sınıfı ve kronik hastalık varlığı ilişkin bulgular karşılaştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bulunan sonuçlar tartışılmıştır.

Yaş grubu ile “bağımlılık” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ( $p=0,043$ ) belirlenmiştir (Tablo 22). Cinsiyet ile “ilaç hakkında endişe” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ( $p=0,009$ ) belirlenmiştir (Tablo 23). Eğitim durumu ile “ilaç hakkında endişe” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ( $p=0,045$ ) belirlenmiştir (Tablo 24). BKİ ile “fiziksel

aktivite” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ( $p=0,028$ ) belirlenmiştir (Tablo 25). Kronik hastalık varlığı ile “fiziksel aktivite” alt boyut puan ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu ( $p=0,014$ ) belirlenmiştir (Tablo 26).

MİBDÖ ile sosyo-demografik ve hastalığa özgü özelliklerin incelendiği benzer bir araştırmaya incelenen literatürde rastlanmamıştır. Hastalığa özgü MİBDÖ yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamalarında iyileşme gözlenmiş ve bu iyileşmenin sosyo-demografik ve hastalığa özgü özelliklerden bağımsız olduğu tespit edilmiştir.

### **5.7. Yaşam Kalitesi Ölçekleri (Kısa Form 36, MİBDÖ) Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Kısa Form 36 “fiziksel fonksiyon” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik”, “bağımlılık” ve “ilaç hakkında endişe” alt boyutları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 27). Fiziksel fonksiyon skoru yükseldikçe, “güvensizlik”, “bağımlılık” ve “ilaç hakkında endişe” skorları düşmektedir.

Kısa Form 36 “fiziksel rol güçlüğü” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” alt boyutu arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 27). Fiziksel rol güçlüğü skoru yükseldikçe, “güvensizlik” skoru düşmektedir.

Kısa Form 36 “ağrı” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” ve “fiziksel sağlık” alt boyutları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 27). Ağrı skoru yükseldikçe “güvensizlik” ve “fiziksel sağlık” skoru düşmektedir. Kısa Form 36 “genel sağlık” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” ve “duygusal tepki” alt boyutları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 27). Genel sağlık skoru yükseldikçe “güvensizlik” ve “duygusal tepki” skoru düşmektedir.

Kısa Form 36 “vitalite (enerji/zindelik)” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik”, “duygusal tepki”, “bağımlılık” ve “ilaç hakkında endişe” alt boyutları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 27). Vitalite

(enerji) skoru yükseldikçe “güvensizlik”, “duygusal tepki”, “bağımlılık” ve “ilaç hakkında endişe” skoru düşmektedir.

Kısa Form 36 “sosyal fonksiyon” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “duygusal tepki” ve “fiziksel sağlık” alt boyutları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 27). Sosyal fonksiyon skoru yükseldikçe “duygusal tepki” ve “fiziksel sağlık” skoru düşmektedir.

Kısa Form 36 “mental sağlık” alt boyutu ile MİBDÖ ölçeğinin “güvensizlik” ve “sosyal aktivite” alt boyutları arasında negatif yönde, anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ), (Tablo 27). Mental sağlık skoru yükseldikçe “güvensizlik” ve “sosyal aktivite” skoru düşmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerde Kısa Form 36’nın fiziksel sağlık boyut puanları yükseldikçe MİBDÖ’nin tüm alt boyut puanlarının düşmesi beklenmektedir. Ölçeklerin özellikleri dikkate alındığında Kısa Form 36 ölçeğinin puanları yükseldikçe bireylerin yaşam kalitelerinin artmakta, MİBDÖ’nin puanları düştükçe yaşam kalitesi yükselmektedir. Elde edilen sonuçlar bu ilişkiyi göstermektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Mİ sonrası eğitimin kardiyak risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek ve aynı zamanda sağlığı koruyucu ve olumlu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

### *Sosyo-demografik özelliklere ve hastalık özelliklerine ilişkin sonuçlar:*

- Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması  $58 \pm 09$  olarak belirlenmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların % 77,1'sini erkek, % 22,9'unu kadın hastalar oluşturmuştur.
- Araştırma kapsamına alınan hastaların % 57,1 'inin ilköğretim mezunu mezunu olarak belirlenmiştir.
- Araştırma katılan hastaların % 62,9'u emekli olduğu saptanmıştır.
- Hastaların tamamının sosyal güvencesi olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan hastaların % 60'ının bir kez Mİ geçirdiği ve % 45,8'inin Mİ tablosunu son bir yıl içinde deneyimlediği belirlenmiştir.
- Araştırmaya dâhil olan hastaların beslenme şeklinin sağlıklı olmaması, stresli yaşam tarzı ve sedanter/hareketsiz yaşam tarzını Mİ geçirme nedenleri olarak (% 65,7) düşündükleri tespit edilmiştir.
- Hastaların %74,3'ünde ek bir kronik hastalığın var olduğu, en yüksek oranda ise (% 40,0) hipertansiyon varlığı tespit edilmiştir.
- Hastaların % 17,1'inde tip II diyabet, % 8,6'sında tip I diyabet saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hastaların birinci derece yakınlarında, % 42,9'luk oranda KAH varlığı belirlenmiştir.

### *Risk faktörlerine ilişkin sonuçlar:*

- Eğitim öncesine (% 28,5) göre eğitim sonrasında sigara kullanan hasta oranı azalmasına rağmen (% 17,2) anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Eğitim öncesinde % 28,6'sının fiziksel aktivite/egzersiz yaptığı, eğitim sonrasında ise tüm hastaların (% 100) fiziksel aktivite/egzersiz yaptığı belirlenmiştir.
- Eğitim öncesine göre eğitim sonrasında hastaların tahıllı gıdalar ve sebze tüketim sıklığını haftada 3-4 gün olarak ifade eden hasta oranı, en çok tüketilen yağ türü incelendiğinde zeytinyağı tüketen hasta oranı ve diyetinde az tuz kullanan hasta oranı eğitim öncesi hasta oranları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Eğitim öncesinde hastaların % 28,6'sı kan şekeri ölçümü, % 42,9'u da düzenli kan basıncı ölçtürme oranı yaptırırken, eğitim sonrasında kan şekeri ölçtürme oranı %37,4'e, kan basıncı ölçtürme oranı % 51,4'e yükselmiş fakat anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Eğitim öncesinde hastaların % 34,3'ü obez hasta grubu iken, eğitim sonrasında % 28,6'sı obez olarak belirlenmiştir. Eğitim öncesinde hastaların BKİ ortalamaları  $28,6\pm 4,1$  iken eğitim sonrasında  $28,2 \pm 3,8$  olarak saptanmıştır. İkinci ölçüm sonrası BKİ oranlarında anlamlı düzeyde iyileşme görülmeye başlandığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bel çevresi ölçüm ortalamaları ile ilgili de benzer sonuçlar bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Araştırma sonuçlarına göre hastaların eğitim sonrası, sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanması, kilo kontrolü ve BKİ ve bel çevresi değerlerinde iyileşme, fiziksel aktiviteye başlamaları ya da süresinin artırılması, sigara içmeyi bırakmaları gibi olumlu sağlık davranışı geliştirdikleri tespit edilmiştir.

***Yaşam kalitesine (Kısa Form 36; MIBDÖ) ilişkin sonuçlar:***

- Araştırma sonuçlarına göre; SF-36 yaşam kalitesi ölçeği "sosyal fonksiyon" dışındaki tüm alt boyut puan ortalamalarında iyileşme gözlenmiş, "fiziksel rol güçlüğü", "genel sağlık", "emosyonel rol

güçlüğü” ve “mental sağlık” puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

- Araştırma sonuçlarına göre MİBDÖ ölçeğinin tüm alt boyutlar puan ortalamalarında eğitim sonrasında eğitim öncesine göre iyileşme gözlenmiş, “fiziksel sağlık” alt boyut puan ortalamasının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).
- Mİ sonrası uygulanan eğitim programı ile hastaların yaşam kalitelerinde iyileşme gözlenmiştir.

***Öneriler, araştırmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda sunulmuştur.***

- Mİ sonrası hastalara verilen eğitim ile olumlu ve koruyucu sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilebilmesi ve değiştirilebilir risk faktörleri üzerinde etkili olunabilmesi için hem hastanede yatma sürecinde hem de taburculuktan sonra hemşire ve diğer sağlık personelleri aracılığı ile uygulanan eğitim programlarının devamlılığının sağlanması,
- Profesyonel sağlık ekibinde yer alan farklı disiplinler (kardiyolog, fizyoterapist, rehâbitasyon hemşiresi, diyetisyen, psikolog gibi) ile işbirliğinin yapılması,
- Bireye özgü eğitim programları düzenlenmeli, eğitim programlarının ev ziyaretleri, telefon danışmanlığı gibi yöntemlerle devamlılığın sağlanması,
- Hemşirelerin, hastalarda yaşam kalitesini incelediği girişimsel çalışmaların devam etmesi önerilebilir.

## 7. ÖZET

### **Miyokard İnfarktüsü (MI) Geçiren Bireylere Uygulanan Eğitim Programının Kardiyak Risk Faktörleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi**

**Amaç:** Bu araştırma Miyokard İnfarktüsü (MI) geçiren bireylere uygulanan eğitim programının kardiyak risk faktörleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Materyal-Metot:** Araştırmanın örneklemini Eylül 2012-Mart 2013 tarihleri arasında Isparta Devlet Hastanesi kardiyoloji polikliniklerine tedavi ya da kontrol için başvuran, olasılıksız-rastgele örneklem tekniği ile seçilen 35 hasta oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, “Hasta Bilgi Formu”, “Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği-MİBDÖ”, “Kısa Form 36-Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Verilen eğitim sonrası dört hafta sonra hasta bilgi formu ve ölçekler tekrar uygulanmıştır. Araştırma sonunda elde edilen veriler, tanımlayıcı ve karşılaştırma istatistikleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı özelliklerde yüzdelik, ortalama, standart sapma kullanılırken, karşılaştırma istatistiklerinde parametrik ve non-parametrik testler kullanılmıştır. Veriler PASW 20 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistik değerlendirmelerde  $p<0,05$  değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması  $58\pm 09$ , % 77,1’si erkek, % 57,1’inin ilköğretim mezunu, % 62,9’u emekli ve tamamının sağlık güvencesi vardır. Araştırma sonuçlarına göre hastaların eğitim sonrası, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite/egzersiz alışkanlıkları, kilo kontrolü ve BKİ ve bel çevresi değerlerinde anlamlı iyileşme saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Kısa Form 36 yaşam kalitesi ölçeği "sosyal fonksiyon" dışındaki tüm alt boyut puan ortalamalarında iyileşme gözlenmiş, “fiziksel rol güçlüğü”, “genel sağlık”, “emosyonel rol güçlüğü” ve “mental sağlık” puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). MİBDÖ ölçeğinin tüm alt boyutlar puan ortalamalarında eğitim sonrasında eğitim öncesine göre iyileşme gözlenmiş, “fiziksel sağlık” alt boyut puan ortalamasının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Miyokard İnfarktüsü (MI) geçiren bireylere gereksinimleri doğrultusunda uygulanan eğitim programının, kardiyak risk faktörlerinin yönetiminde ve yaşam kalitelerinde iyileşmeyi olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Miyokard İnfarktüsü, Eğitim, Kardiyak Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesi.



## ABSTRACT

### **The Effect of the Training Program On Cardiac Risk Factors and Quality of Life for Individuals Undergoing Myocardial Infarction (MI)**

**Objective:** This research was conducted to examine the impact of the training program on cardiac risk factors and quality of life for individuals who have suffered myocardial infarction (MI).

**Material and Method:** 35 patients who applied to the Isparta State Hospital Cardiology Clinics between September 2012 and March 2013 for treatment or control were selected with the non-probability-random sampling technique.

In this study, "Patient Information Form", "Myocardial Infarction Dimensional Evaluation Scale (MIDAS)", "Short Form 36-SF 36 - life quality scale" were used as data collection tool. Four weeks after the training, Patient Information Form and the related scales were applied again. The data obtained at the end of the study were evaluated through descriptive and comparison statistics. Descriptive properties were used for percentages, mean and standard deviation and parametric and non-parametric tests were used for comparison statistics. Data were analysed using PASW 20 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA).  $P < 0.05$  was considered significant in statistical analysis.

**Findings and Discussion:** The mean age of the participants was  $58 \pm 09$ , 77.1% were male, 57.1% were primary school Fgraduates, 62.9% were retired and all had health insurance. According to the results of the study, healthy eating and physical activity/exercise habits, weight control and BMI and waist circumference values were significantly improved after the study ( $p < 0.05$ ). SF-36 quality of life scale improvement was observed in all subscales scores except "social function", "physical role difficulties", "general health", "emotional disability" and "mental health" scores were significantly increased ( $p < 0.05$ ). In all sub-dimensions of the Midas scale, improvement was observed after the education period, and the "physical health" subscale score was increased significantly before the education period ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was determined that the education program applied in accordance with the requirements of individuals with myocardial infarction (MI) had a positive effect on the improvement of quality of life and management of cardiac risk factors.

**Keywords:** Myocardial Infarction, Education, Cardiac Risk Factors, Quality of Life.

## 8. KAYNAKLAR

- 1- T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 Ankara. <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>Erişim Tarihi: 25.03.2019
- 2- Türk Kardiyoloji Derneği, ESC Kılavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu 2012;40(3):1-76 [https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_40\\_70\\_1\\_76.pdf](https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_40_70_1_76.pdf) Erişim Tarihi: 10.03.2019
- 3- Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO.DSÖ Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854\\_eng.pdf;jsessionid=41A46299CB23E869338A90D5C6181A41?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf;jsessionid=41A46299CB23E869338A90D5C6181A41?sequence=1) Erişim Tarihi: 20.03.2019
- 4- Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018, Sayı: 30626. file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Rar\$DIa15176.19259/Haber\_Bulteni.pdf Erişim tarihi: .01.05.2019
- 5- Berkalp B, Polat C. Aterosklerotik Kalp Hastalıkları: Akut Miyokard İnfarktüsü. İçinde: Klinik Kardiyoloji. Erol Ç (Ed.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2011: s.63-87.
- 6- Aygün F, Ural E. Koroner Arter Hastalığının Tanısı ve Sınıflandırılması. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011:s.761-772.
- 7- Erdem N, Ergüney S. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(3):1-9.
- 8- Dural G, Çıtlık Sarıtaş S. Miyokard İnfarktüsünde Ev Tabanlı Eğitim ve Yaşam Kalitesi. Journal of Cardiovascular Nursing Journal of Cardiovascular Nursing 2017;8(17): 86-94 doi: 10.5543/khd.2017.04796
- 9- Akçay Fırat F, Dedeli Ö. Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Journal of Cardiovascular Nursing 2016;7(14): 153-161 doi: 10.5543/khd.2016.72792
- 10- Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, ve ark. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2014;129(25 Suppl 2): S76-S99. doi: 10.1161/01.circ.0000437740.48606.d1
- 11- Ünsar S, Durna Z, Sut N. Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Sağlık Eğitiminde Hemşirenin Rolü. Hemşirelik Forumu Dergisi. Mart-Nisan 2004;(2):27-41.

- 12- Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005;1:63-77.
- 13- Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörlerinden Korunmada Hemşirenin Rolü. Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;(2)4:18-27. DOI: 10.26453/otjhs.338014
- 14- Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. İÜ Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2007;15(59): 100-106.
- 15- İnançgil D, Şendir M. Koroner Arter Hastalarının Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;5(2): 96-101.
- 16- Uysal H. Kardiyak Rehâbilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2012;3(3):49-59. DOI: [10.5543/khd.2012.006](https://doi.org/10.5543/khd.2012.006)
- 17- Alkan Öz H. Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;7(2): 41-47 doi: 10.5543/khd.2016.29591
- 18- Erol Ç. Kardiyoloji. Erol Ç (Ed.)(2008) İç hastalıkları.1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri. Ankara: Özyurt matbaacılık; 2008.s:2170-2198.
- 19- Öncü G, T. Kardiyak Rehâbilitasyonun Tanımı, Ekip Çalışmasının Önemi ve Ekip Üyelerinin Rollerini. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016;7(2): 35-40 doi: 10.5543/khd.2016.37450.
- 20- Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. Journal of Clinical Nursing 2010;20(5- 6):692-705.
- 21- Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. 5. edition. USA: Human Kinetics; 2013.
- 22- Monsen K.A, Oftedahl G. Kardiyak Rehâbilitasyon ve Bilişim. Kardiyak Rehâbilitasyonun Halk Sağlığı Üzerindeki Global Etkisini Artırma Stratejileri. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2012;5(2): 14-20.
- 23- Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(3): 67-73.
- 24- Buğan B, Çelik T. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2014;5(2): 159-63 DOI: 10.4328/JCAM.1304
- 25- Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi 2016;8(15):137-150.
- 26- Ural E, Komşuoğlu B. Koroner Kalp Hastalıkları. İçinde: Klinik Kardiyoloji. Komşuoğlu B (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2004:511-583.

- 27- Bitigen A, Yaymacı B. Ateroskleroz. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö. (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011: s.749-753.
- 28- Bitigen A, Yaymacı B. Angina Pektoris Tanımı, Sınıflandırması ve Ayırıcı Tanısı. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö. (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011:54-760.
- 29- Coşkun S.,Tanrıverdi F.,Yavuz G.,Yavuz S. Kardiyovasküler Aciller. İçinde: Paramedikler İçin Hastane Öncesi Acil Tıp. Yavuz S., Yavuz G (Ed.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: s.327-371 .
- 30- Tintinalli JE. Tintinalli Acil Tıp: Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. Çeviren (ler): Çete Y, Denizbaşı A, Çevik AA, Oktay C, Atilla R. İçinde: Akut Koroner Sendromlar: Akut Miyokard İnfarktüsü ve Kararsız Anjina. Çeviri: Kartal M. Basım sayısı 1. Nobel Tıp Kitabevi 2012.
- 31- Çelik M. Çelik T, Yetkin E. Kararlı Anjina Pektoris Tedavisi. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011: s.773-786.
- 32- Akıllı A. Koroner Kalp Hastalıkları. İçinde: Klinik Kardiyoloji. Çağatay G, Soydan İ. (Ed.). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 2004: s.131-170.
- 33- Ekşi A, Zoghi M, Çertuğ A. Akut Koroner Sendromlar. İçinde: Hastane Öncesi Acil Bakımda EKG ve Aritmi Yönetimi. Ekşi A, Zoghi M, Çertuğ A (Ed.). İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 2011: s.115-142.
- 34- Erol M. K. Akut Koroner Sendromların Tanı ve Tedavisi. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011: s.787-807.
- 35- Türk Kardiyoloji Derneği ST-segment Yükselmeli Akut Miyokart Enfarktüsü ile Başvuran Hastaların Tedavisine İlişkin ESC Kılavuzu. Türk Kardiyol Derneği Araş 2013;41(3):1-51. [https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_41\\_70\\_1\\_51.pdf](https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_1_51.pdf) Erişim Tarihi: 15.03.2016
- 36- Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel Ünaltuna N, Kaya A. Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, TEKHARF 2017. Onat A (Ed.). İstanbul: Logos Yayıncılık, 2017: s.1-25 <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> Erişim Tarihi: 10.05.2019
- 37- Thygesen K, Alpert J.S, Jaffe A.S, Simoons M.L, Chaitman B.R, ve White H.D. ESC/ACCF/AHA/WHF Birleşik Çalışma Kolu Yazar Grubu, Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Tanımı. Türk Kardiyol Dern Arş 2013;41(3): 129-145. [https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA\\_41\\_70\\_129\\_145.pdf](https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_41_70_129_145.pdf) Erişim Tarihi: 10.05.2019
- 38- Tintinalli JE. Tintinalli Acil Tıp: Kapsamlı Bir Çalışma Kılavuzu. Çeviren (ler): Çete Y, Denizbaşı A, Çevik AA, Oktay C, Atilla R. İçinde: Bölüm:52 Göğüs Ağrısı: Kardiyak mı, Değil mi? Çeviri: Karcioğlu Ö. Basım sayısı: 1. Nobel Tıp Kitabevi 2012.

- 39- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et all (INTERHEART Study Investigators) Effect of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial Infarction in 52 Countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet 2004; 364: 937-52.
- 40- Cheek D, Cesan A. What's different about heart disease in woman? Nursing, 2003;33(8): 36-42.
- 41- Hindistan N, Nural N. Miyokard İnfarktüsünde Kadın ve Erkek Arasındaki Farklılıklar. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.2010; 3(1):66-72.
- 42- Kemal SH., Çakan ÖF. (2014) Hormonlar ve Kardiyovasküler Sistem. Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2014;7(3):1-7.
- 43- Gray GA, Sharif I, Webb DJ, Seckl JR. Oestrogen and the cardiovascular system: the good, the bad and the puzzling. Trends Pharmacol Sci. 2001;22(3): 152-156.
- 44- Baker L, Meldrum KK, Wang M, Sankula R, Vanam R, Raiesdana A, et al. The Role of Estrogen in Cardiovascular Disease. Journal of Surgical Research. 2003;115(2):325–344 doi: 10.1016/S0022-4804(03)00215-4
- 45- Alioğlu E. Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011: s.1449-1453.
- 46- Onat A, Büyüköztürk K, Sansoy V, Surdum Avcı G, Çam N, Akgün G, ve ark. Koroner Kalp hastalığı, Korunma ve Tedavi Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi.2002; 30: 568-94.
- 47- Badır A, Korkmaz FD. Koroner Arter Hastalıkları. Karadakovan, A., Aslan F. E (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Kitabevi, (2010) 510-12.
- 48- Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT).2003.Ankara:Türk Hipertansiyonve[http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk\\_Hipertansiyon\\_Prevalans\\_Calismasi\\_Ozeti-1.pdf](http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf). Erişim tarihi 10.05.2019.
- 49- TC. Sağlık Bakanlığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol Programı. 2011. Ankara. <http://www.saglik.gov.tr/HM/dosya/1-71375/h/turkiye-diyabet-onleme-ve-kontrol-p%20rogrami.pdf> Erişim Tarihi: 27.03.2018
- 50- İktimur B, Öngen Z. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma ve Global Risk Değerlendirmesi. İçinde: Temel Kardiyoloji. Kozan Ö (Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, 2011: s.1089-1096.
- 51- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı, 2017-2025. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1056. Ankara 2017. [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/346695/BOH\\_TR.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf) Erişim Tarihi: 15.05.2019

- 52- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, 2019. [http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_kilavuz/201905061638382019tbl\\_kilavuz61855bdd04.pdf](http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905061638382019tbl_kilavuz61855bdd04.pdf) Erişim Tarihi: 15.05.2019
- 53- Ünal B, Ergör G, Dinç Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2013 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfai.pdf> Erişim tarihi: 25.04.2019
- 54- Özol D, Koçak O.M. Sigara Alışkanlığı İskemik Kalp Hastalıkları ve Tedavi Yaklaşımları. Türkiye Klinikleri Dergisi.2006, 8:57-61.
- 55- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara,2019. [http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl\\_kilavuz/201905061639042019tbl\\_kilavuz5ccdc9e5d.pdf](http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905061639042019tbl_kilavuz5ccdc9e5d.pdf) Erişim Tarihi: 15.05.2019
- 56- Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JM et al. AHA/AACVPR Scientific Statement. Core components of cardiac Rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update. A Scientific Statement From the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Circulation 2007 May 22;115(20): 2675-82 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17513578> Erişim Tarihi: 15.04.2019
- 57- Akbulut E, Tülüce, D, Bayrak Kahraman B. Kardiyak Rehâbilitasyonda Hemşirenin Rolü. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(14): 140-146.
- 58- Özer C, Şahin EM, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci Basamakta Hasta Eğitimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 11: (1) 11-14.
- 59- Uzun M. Kardiyak Rehâbilitasyonda Hasta Eğitimi ve Egzersiz. Anadolu Kardiyol Derg 2007;7: 298-304.
- 60- Doğu Ö, Kaya H, Gündüz H, Parlak Z. Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylere Eğitim ve Danışmanlıkta Web Tabanlı Uzaktan Eğitim Önerisi. MN Kardiyoloji 2015;22 (4): 217-222.
- 61- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi: 2.5.2007 Sayı: 26510. [http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/18\\_08\\_2010\\_12\\_56\\_15.pdf](http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/18_08_2010_12_56_15.pdf). Erişim Tarihi: 11.04.2017
- 62- Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 08.03.2010 Sayı: 27515. [http://www.tkhk.gov.tr/DB/10/1903\\_hemsirelik-yonetmeliği](http://www.tkhk.gov.tr/DB/10/1903_hemsirelik-yonetmeliği). Erişim Tarihi: 11.04.2018

- 63- Irmak Z, Fesci H. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Appl Nurs Res* 2010;23(3): 147-152. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.004> 15.
- 64- Schwalm JD, Ivers NM, Natarajan MK, Taljaard M, Rao-Melacini P, Witteman HO, et al. Cluster randomized controlled trial of Delayed Educational Reminders for Long-term Medication Adherence in ST-Elevation Myocardial Infarction (DERLA-STEMI). *Am Heart J* 2015;170(5): 903-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2015.08.014>
- 65- Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) Herkes İçin Sağlık Hemşirelik, Küresel Sağlık Ve Evrensel Sağlık Güvencesi. Uluslararası Hemşireler Günü, Kaynaklar ve Kanıt,2019. Tema Özeti.s: 1-24. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/125/docs/icn-2019.pdf> Erişim Tarihi: 20.05.2019
- 66- Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji* 2014;(21)3: 182-191.
- 67- Göçgeldi E, Babayiğit M.A, Hassoy H, Han C.A, Taşçı İ, Ceylan S, Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 172-179.
- 68- Thompson, D.R., Jenkinson, C., Roebuck, A., Lewin, R.J.P., Boyle, R.M., Chandola, T. Development and validation of short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: The myocardial infarction dimensional assesment scale (MIDAS). *Quality of Life Research* 11,535-43(2002).
- 69- Uysal H. İlk Kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Bireysel Danışmanlığın Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, Türkiye, 2009.
- 70- Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, Türkiye, 2010: s: 46,50-58.
- 71- Olgun S. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Manisa, Türkiye, 2006.
- 72- Dilek F. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Edirne, Türkiye, 2008.

- 73- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care* 30(6): 473-83, 1992.
- 74- Bowling A. *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. 2nd ed. Philadelphia and Open University Press, 1997: 57-60.
- 75- Pınar R. Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Hemşirelik Bülteni* (1995)9: 85-95.
- 76- Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliğı ve Geçerliliğı. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999,12: 102-06.
- 77- Uysal, H., Özcan, ř., Enç, N. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik çalışması. *2009;37(8):543-550*.
- 78- Wang, W, Lopez, V, Thompson, D.R (2006). A Chinese Mandarin translation and validation of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MİDAS) 15(7),1243-249.
- 79- Yılmaz E, Eser E, şekuri C, Kültürsay H. Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeğı (MİDAS) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011;11: 386-401.
- 80- Uysal H, Özcan řA. Turkish version of Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (TR-MİDAS): Reliability–validity assesment. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2011(10)115–123.
- 81- Öksüz E, Malhan S. Sağlıkla Bağlı Yaşam Kalitesi-Kalimetri. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2005, 1-130.
- 82- Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler Ve Kültürlerarası Karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003(5):3-14.
- 83- Özdamar, K (2003). *Modern Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Kaan Kitabevi, I.Baskı, Eskişehir.
- 84- Aldana, S.G, Whitmer, W.R, Greelaw, R, Avins, A.L, Slagerg, A, Barnhurst, M, Fellingham, G., Lipsenthal, L. Cardiovascular risk educations associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehâbilitation. *Heart Lung* 2003;32: 374-82.
- 85- Irmak Z, Fesli H. Sekonder Koruma Eğitim Programının Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Bilgi Düzeyine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* (2005)14–25.
- 86- Sevinç S, Akyol D. A. Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörü Dağılımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2009;18(3): 46-51.



- 87- Kurçer M.A., Özbay A., Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011; 11:107-113.
- 88- Sevinç S, Eşer İ. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011;19(3):135-44.
- 89- Wang W, Thompson DR, Chair SY, Liu M. Health-Related Quality of Life and Its Associated Factors in Chinese Myocardial Infarction Patients. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2014;21(3):321–329. DOI: 10.1177/2047487312454757 ejpc.sagepub.com
- 90- Alibaz Öner F, Gürcan Z, Yurdakul S, Türkeş Ş, Arslantaş M.K, Ergüney M. Miyokard İnfarktüsü Hastaların Klinik Ve Demografik Özelliklerinin İncelenmesi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2009;24(1):22-25.
- 91- Barlow J.H, Tunner A.P, Gilchrist M. A Randomised Controlled Trial of Lay-Led Self Management for Myocardial Infarction Patients Who Have Completed Cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009;(8)293–301. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.02.002.
- 92- Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz H. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011; 11: 619-26.
- 93- Saffi MAL, Polanczyk CA, Silva ERR. Lifestyle Interventions Reduce Cardiovascular Risk in Patients with Coronary Artery Disease: A Randomized Clinical Trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2014;13(5) 436–443. DOI: 10.1177/1474515113505396 cnu.sagepub.com
- 94- Wang W, Chair SY, Thompson DR, Twinn SF. Effects of Home-Based rehabilitation on Health-Related Quality of Life and Psychological Status In Chinese Patients Recovering from Acute Myocardial Infarction. *Heart & Lung*. 2012; 41(1):15-25. doi: 10.1016/j.hrtlng.2011.05.005.
- 95- Gün Y, Korkmaz M. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012, s: 79-93.*
- 96- Wang W, Chow A, Thompson DR, Koh K, Kowitlawakul Y, He HG. Predictors of Health-Related Quality of Life Among Patients with Myocardial Infarction. *Western Journal of Nursing Research* 2016;38(1) 43–56. DOI: 10.1177/0193945914546201
- 97- Önen ZP, Şen E, Gülbay Eriş B, Öztürk A, Akkoca Yıldız Ö, Acıçan T, ve ark. Kardiyopulmoner Hastalığı Olanlarda Sigaranın Bırakılması. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2011;11: 244-249.

- 98- Kulak K, Korkmaz M. Hipertansiyon Hastalarına Uygulanan Eğitim Programının, Tedaviye Uyum Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2014, s: 71-81.
- 99- Irmak Z, Düzöz T.G, Bozyer İ. Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 39-47.
- 100- Arslantaş D, Metintaş S, Unsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi 2006;28: 81-9.
- 101- Acaray P, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.U. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 1: 1-10.
- 102- Chan, D.S.K, Chau, J.P.C, Chang, A.M. Acute Coronary Syndromes: Cardiac rehâbilitation programmes and quality of life. Journal of Advanced Nursing. 2005;49(6): 591-599.
- 103- Efe F, Olgun N. Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Eğitimin Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) 1-13.
- 104- Oflaz F. Kardiyak rehâbilitasyonda Hastaya Psikolojik Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiol-Special Topics. 2012;5(2):40-46.
- 105- Eski S, Fesci H. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Hemşirelik Araştırma Dergisi. 2002-4(1): 15-28.
- 106- Aydemir Ö, Özdemir C, Köroğlu E. The Impact of Co-Morbid Conditions on the SF-36: A Primary-Care-Based Study Among Hypertensives. Archives of Medical Research 36 (2005) 136-141.
- 107- Işıklı B, Kalyoncu C. Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye’de 35 Yaş ve Üzeri Kişilerde Yaşam Kalitesi Toplum Hekimliği Bülteni.2007; 26(3): 7-12.

## 9. EKLER

### Ek 1. Özgeçmiş

#### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Suna	<b>Soyadı</b>	Eroğlu Aygül
<b>Doğum Yeri</b>	Akseki/Antalya	<b>Doğum Tarihi</b>	05.08.1981
<b>Uyruğu</b>	TC	<b>Telefon</b>	5063361484
<b>e-mail</b>	sunaeroglu@akdeniz.edu.tr		

#### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurum</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	Süleyman Demirel Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği	Devam ediyor
<b>Lisans</b>	Akdeniz Üniversitesi Akseki Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik	2002
<b>Lise</b>	Antalya Lisesi	1998

#### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (yıl-yıl)</b>
Öğr. Gör.	A.Ü. Sağlık Hizmetleri MYO/İlk ve Acil Yardım Programı	2012-Halen
Öğr. Gör.	S.D.Ü. Sağlık Hizmetleri MYO/İlk ve Acil Yardım Programı	2009-2012
Hemşire	S.D.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2002-2009

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>YÖKDİL (Puan)</b>
İngilizce	65

## Ek 2. Hasta Veri Toplama Formu

**Açıklama:** Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi yüksek lisans tezi araştırması için veri toplamak amacıyla geliştirilen bu ankette size ait “**kişisel bilgiler ve yaşam kalitesi**” ile ilgili sorularla karşılaşacaksınız. Sağlıklı bilgilere ulaşabilmek için soruları dikkatle okumanız, yanıtı bırakmamanız, yalnızca size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz önemlidir. Bu anket formundaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında, başka hiçbir amaçla kesinlikle kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Ayıracağınız zaman ve göstereceğiniz özen için teşekkür ederiz.

### A-SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Adı Soyadı:..... Ev Tel:.....

2. Adres:..... Cep Tel:.....

.....

3. Elektronik Posta:.....

4. Cinsiyet: 1.( )Kadın 2.( )Erkek

5. Yaş: 1.( ) 30-44 2.( ) 45-54 3.( ) 55-64 4.( ) 65-70

6. Meslek: 1.( ) İşçi 2.( ) Memur 3.( ) Emekli 4.( ) Ev hanımı

5.( ) Serbest 6.( ) İşsiz 7.( ) Diğer.....

7. Eğitim Durumu: 1.( ) Okur yazar 2.( ) Okur yazar değil 3.( ) İlkokul

4.( ) Ortaöğretim 5.( ) Yüksek Okul 6.( ) Diğer

8-Sağlık Sigortası: 1.( )Yok 2.( ) Emekli Sandığı 3.( ) SSK

4.( ) YeşilKart 5.( ) Özel Sigorta 6.( )Bağkur 7.( ) Ücretli

9.Daha Önceden Geçirilmiş MI Öyküsü Var mı?: 1.( ) Evet 2.( ) Sayısı... Ne zaman.....

10.Kronik/Sistemik Bir Hastalığınız Var mı?: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

1.Hipertansiyon ( )Yıl..... 2.Diabetes Mellitus ( )Yıl..... Tip1 ( ) Tip2 ( )

3.Kalp Yetmezliği( )Yıl..... 4.Hiperlipidemi ( )Yıl..... 5.Astım ( ) Yıl.....

6.KOAH( ) Yıl..... 7.Diğer.....

11. Beden Kitle İndeksi (BKİ):

Boy: .....cm Kilo: .....kg, BKİ:..... Bel çevresi:.....cm

12. I. Derece Yakınlarımızda Sistemik Bir Hastalık Var mı?:

1.( ) Evet Nedir?..... 2.( ) Hayır

**B- MIYOKARD INFARKTÜSÜ RİSK FAKTÖRLERİ**

13. Sizce aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri kalp krizi geçirmenize neden olmuş olabilir?

- 1.( ) Sigara (tütün) veya alkol kullanmak 2.( ) Hipertansiyon 3.( ) Yüksek kolesterol  
4.( ) Egzersiz yapmamak 5.( ) Beslenme şekli 6.( ) Diyabet  
7.( ) Stres 8.( ) Aile öyküsü 9.( ) Diğer

14. Kolesterol Düzeyleri:

1. Total kolesterol düzeyi: .....

2. LDL-K düzeyi: .....

3. HDL-K düzeyi: .....

15. Size daha önce bir sağlık çalışanı tarafından diyet önerildi mi?:

1.( ) Evet 2.( ) Hayır 3.( ) Hatırlamıyorum

16. Önerildi ise diyetinizi uyguluyor musunuz?

1.( ) Evet 2.( ) Hayır 3.( ) Yemek alışkanlıklarıma uymuyor 4.( ) Bazen

17. Sigara ve diğer tütün mamülleri içme durumunuz nedir?

- 1.( ) Hiç içmedim 2.( ) Bıraktım.....yıldır  
3.( ) Her gün .....paket/yıl 4.( ) Haftada Birkaç Kez .....tane/yıl

18. Alkol kullanıyor musunuz?

1.( ) Hiç içmedim 2.( ) Bıraktım.....yıldır 3.( ) Evet.....kadeh/zaman

19. Tansiyonunuzu düzenli ölçtürüyor musunuz / ölçüyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

20. Kan şekerinizi düzenli olarak ölçtürüyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır 3.( ) Ara sıra

21. Fiziksel aktivite/egzersiz yapıyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

22. Evet ise haftada kaç dakika fiziksel aktivite/egzersiz yapıyorsunuz?

1.( ) 30 dk' dan az 2.( ) 30-60 dk 3.( ) 60-90 dk 5.( ) 90 dk' dan fazla

23. Düzenli olarak yaptığımız fiziksel aktiviteler nelerdir?

1.( ) Tempolu Yürüyüş 2.( ) Bisiklet Binme 3.( ) Tempolu Koşma 4.( ) Yüzme 5.( ) Diğer

24. Haftada kaç gün sebze ve tahıllı gıdalar tüketiyorsunuz?

- 1.( ) Haftada 1-2 gün 2.( ) Hiç tüketmiyorum  
3.( ) Haftada 3-4 gün 4.( ) Her gün tüketiyorum

**25. Yemeklerinizde genellikle tercih ettiğiniz yağ hangisidir?**

- 1.( ) Tereyağ 2.( ) Ayçiçekyağı 3.( ) Zeytinyağı  
4.( ) İç yağ 5.( ) Margarin 6.( ) Diğer.....

**26.En çok tükettiğiniz et türü nedir?**

- 1.( ) Dana eti 2.( ) Balık eti 3.( ) Koyun eti 4.( ) Kümes hayvanı eti 5.( ) Diğer.....

**27. Sizce hayvansal ve katı yağların kalp sağlığı üzerine etkisi nedir?**

- 1.( ) Zararlı 2.( ) Etkisi yok 3.( ) Yararlı 4.( ) Bilmiyorum

**28.Yemeklerinizde kullandığınız tuz miktarını belirtiniz?**

- 1.( ) Tuzsuz 2.( ) Az tuzlu 3.( ) Normal 4.( ) Çok tuzlu

**29.Kullandığınız ilaçlar hangileridir?**

1.....

2.....

3.....

**30. İlaçlarımızı düzenli kullanıyor musunuz? 1.( ) Evet 2.( ) Hayır 3.( ) Ara sıra**

**31. Kullandığımız veya kullanacağımız ilaçlar hakkında bilginiz var mı?**

- 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

### **C- GEREKSİNİMİ OLDUĞU YAŞAM BİÇİMİ ŞEKLİ**

**32.Verilecek olan temel yaşam biçimi değişikliği önerisi/egitimi:**

- 1.( ) Sigara bırakma  
2.( ) Tuz alımını azaltma  
3.( ) Kan basıncı kontrolü  
4.( ) Sağlıklı beslenme  
5.( ) Kilo verme  
6.( ) Düzenli fiziksel aktivite  
7.( ) Kan şekeri kontrolü  
8.( ) Alkol alımını azaltma veya bırakma  
9.( ) İhtiyacı yok  
10.( ) Diğer.....

### Ek 3. Kısa Form 36-SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hasta adı soyadı:

Tarih:

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?  
a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi  
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi  
c) Bir yıl öncesine hemen hemen aynı  
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü  
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli.

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem evişlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını gözönüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b)Çoğu zaman c) Bazen d)Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					



#### Ek 4. MİDAS- MİBDÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği

##### MİYOKART ENFARKTÜSÜ BOYUTSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (MIDAS)

Sayın katılımcı, Aşağıdaki sorular kalp krizi geçirdikten sonraki dönemde yaşadığımız değişiklikleri hangi sıklıkla yaşadığınızı öğrenebilmemiz için oluşturulmuştur. Lütfen, son hafta içinde yaşadığımız değişiklikleri hangi sıklıkla yaşadığınızı en iyi tanımlayan ifadeyi (hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık, her zaman) seçiniz ve işaretleyiniz. İşaretlemek istediğiniz kutuya (X) veya (√) işaretini koyabilirsiniz. Teşekkür ederiz. **Lütfen her soru için bir tane kutuya işaretleme yapınız.**

1. Bedensel faaliyet yapmadan önce iyice düşünüyor musunuz?  
(Örn: Ev işi yapma ya da alışverişe gitme)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
2. Göğüs ağrısı ile ilgili bulgularınız oluyor mu? (Örn: Göğüste ağrı/sıkışma)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
3. Yaşamınızı etkileyen göğüs ağrınız oluyor mu (göğüste ağrı/sıkışma)?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
4. Hareketlerinizde yavaşlama oluyor mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
5. Kendinizi güçsüz hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
6. Nefes almada zorluk çekiyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
7. Bedensel faaliyet yaptığımızda göğsünüzde ağrı/sıkışma oluyor mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
8. Hareketlerinizin kısıtlanması nedeniyle sınırlarınız bozuluyor mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
9. Daha fazla dinlenmeye ihtiyaç duyuyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
10. Sosyal yaşantınızda azalma hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
11. Sorumlu olduğunuz ev işlerini yapmakta zorlandığınızı hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
12. Hava şartlarının göğüs ağrınızı daha da arttırdığını düşünüyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
13. Yeni bir kalp krizi geçireceğinizden korkuyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
14. Kendinizi soyutlanmış hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
15. Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
16. Seyahat etmek sizi tedirgin ediyor mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
17. Kendinizi kolay incinir ve korunmasız hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
18. Kendinizi güvensiz hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman

19. Özgüveninizin etkilendiğini düşünüyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
20. Ölüm hakkında endişe duyduunuz mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
21. Gelecek ile ilgili endişe ya da tedirginlik hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
22. Kendinizi huzursuz hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
23. Kendinizi kederli ya da çökkün hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
24. Kendinizi aksi bir insan olarak hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
25. Kendinizi stresli hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
26. Aile ya da arkadaşlarınızın size aşırı düzeyde koruyucu davrandıklarını hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
27. Bağımsızlığınızı (özgürlüğünüzü) kaybettiğinizi hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
28. Başkalarına güvenmek zorunda olduğunuzu hissediyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
29. Diyetiniz hakkında endişe duyuyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
30. Kolesterol seviyeniz hakkında endişe duyuyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
31. Kilonuz için kaygılanıyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
32. İlaç kullanıyor olmak sizi kaygılandırıyor mu?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
33. Kullandığınız ilaçların yan etkilerinin olmasından kaygılanıyor musunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
34. Eskiye göre daha mı çok üşüyorsunuz?  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman
35. Kullandığımız ilaçların yan etkileri oluyor mu?  
(Örn: El ya da ayaklarda soğukluk/gece tuvalete gitme?)  
 Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Sık sık  Her zaman

## Ek 5. TR MİDAS-TR MİBDÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği

### TR-Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (TR-MIDAS)

Sayın katılımcı, Aşağıdaki sorular kalp krizi geçirdikten sonraki dönemde yaşadığımız değişiklikleri hangi sıklıkla yaşadığınızı öğrenebilmemiz için oluşturulmuştur. Lütfen, son hafta içinde yaşadığınız değişiklikleri hangi sıklıkla yaşadığınızı en iyi tanımlayan ifadeyi (**hiçbir zaman, nadiren, bazen, sık sık, her zaman**) seçiniz ve işaretleyiniz. İşaretlemek istediğiniz kutuya (X) veya (√) işaretini koyabilirsiniz. Teşekkür ederiz. **Lütfen her soru için bir tane kutuya işaretleme yapınız.**

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1.Fiziksel harekete (örneğin; ev işi veya alışverişe gitme) başlamadan önce iki kez düşündünüz mü?					
2.Göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?					
3.Günlük yaşamınızı etkileyen göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?					
4. Üzerinizde durgunluk/keyifsizlik hissettiğiniz oldu mu?					
5. Gücünüz yokmuş gibi hissettiğiniz oldu mu?					
6. Fiziksel hareket / egzersiz yaptığımız zaman göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma yaşadınız mı?					
7.Seyahate çıkma endişesi yaşadınız mı?					
8.Kendinizi çaresiz hissettiniz mi?					
9.Güvende olmadığınızı hissettiniz mi?					
10.Kendinize olan güveninizde değişiklik hissettiniz mi?					
11.Çabuk sinirlendiğinizi hissettiniz mi?					
12.Kendinizi keyifsiz veya mutsuz hissettiniz mi?					
13.Kendinizi kötü huylu hissettiniz mi?					
14.Kendinizi stresli/gergin hissettiniz mi?					
15.Sosyal yaşamınızda bir azalma/değişiklik hissettiniz mi?					
16.Ev ile ilgili sorumluluklarınızı yerine getiremeyeceğinizi hissettiniz mi?					
17.Hava durumundaki farklılıklar göğsünüzde ağrı oluşturdu mu?					
18.Ölüm korkusu yaşadınız mı?					
19.Kısıtlamalardan dolayı kendinizi kötü hissettiniz mi?					
20.Kendinizi her şeyden uzak kalmış gibi hissettiniz mi?					
21.Geleceğe yönelik endişeniz oldu mu?					
22.Özgürlüğünüzü / bağımsızlığınızı yitirdiğinizi hissettiniz mi?					
23.İlaç kullanmaktan dolayı endişeniz oldu mu?					
24.Kullandığımız ilaçların yan etkileri ile ilgili endişeniz oldu mu?					

## **Ek 6. Kalp Krizi Geçirmiş Hastalar İçin Eğitim Kitapçığı**

“Kalp Krizi Geçirmiş Hastalar İçin Eğitim Kitapçığı” tezin devamına pdf kitapçık olarak eklenmiştir.




## Ek 7. Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Danışmanlık Formu

### Araştırmacı Bilgileri

Ad-Soyadı ..... : Suna Eroğlu Aygül  
Unvanı ..... : Öğretim Görevlisi  
Kurum ..... : Akdeniz Üniversitesi  
Anabilim Dalı/Bölüm : Sağlık Hizmetleri MYO  
Telefon ..... : 506 336 14 84  
E-mail adresi ..... :


### Bilimsel Çalışma Bilgileri

Başvuru tarihi ..... : Mart 2015  
Başvurulan Aşama ..... :  Planlama  Veri Girişi  İstatistiksel Analiz  
 Düzeltme (Eleştiri)  Tablo/Grafik  
Çalışmanın Adı ..... : Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim programının kardiyak risk faktörleri ve yaşam kalitesine olan etkisi  
Çalışma türü ..... :  Y.Lisans Tezi  Uzmanlık Tezi  Araştırma  
Çalışmanın çıktısı ..... :  Makale  Sözlü Bildiri  Poster  Diğer  
Danışman/Proje Yürütücüsü : Yrd. Doç. Dr. Fatma Başalan İz  
Danışmanın imzası ..... : 

### Randevu ile ilgili Bilgiler

Danışmanlığı yapacak kişi : Araştırma Görevlisi Dr. Selen Bozkurt  
Randevu tarih ve saat ..... : 01/03/2015 - 29/05/2015  
Verilen hizmet süresi ..... : 2 Haftada 1 saat

**Onaylayan Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi AD Öğretim üyesi:**

İmza:  Yrd. Doç. Dr. Uğur Bilge Onay tarihi: 29/05/2015

Not: Form iki nüsha olarak düzenlenecektir.

## Ek 8. Bilimsel Araştırma Proje Destek Kararı

T.C.  
**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  
**BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ KOORDİNASYON BİRİMİ**  
**DESTEKLEME PROTOKOLÜ**

Toplantı Tarihi : 22.03.2012  
Toplantı No: 2012/04

Proje No : 3103-YL-12  
Proje Yöneticisi : Yrd.Doç.Dr.Medet KORKMAZ  
Yöneticinin Adresi : Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Hemşirelik Bölümü

Proje Başlığı : Miyokard İnfarktüsü (MI) Sonrası Uygulanan Eğitim Programının Kardiyak Risk Faktörleri, Hastalık Algısı ve Yaşam kalitesine Etkisi

Proje Bütçesi (TL) : 4.938,00  
Proje süresi : Başlangıç Tarihi : 06.04.2012 Bitiş Tarihi: 06.04.2013 - 12 ay

İMZA Prof.Dr.İskender AKKURT Rektör Yardımcısı BAP Komisyon Başkanı	İMZA Prof.Dr.Süleyman SEYDİ Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü Komisyon Üyesi	İMZA Prof.Dr.M.Fehmi ÖZGÜNER Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü Komisyon Üyesi
İMZA Prof.Dr.M.Cengiz KAYACAN Fen Bilimleri Enstitüsü Müdürü Komisyon Üyesi	İMZA Doç.Dr.İbrahim Diler Su Ürünleri Enstitüsü Müdürü Komisyon Üyesi	İMZA Prof.Dr.Hüseyin YORGANCIGİL Komisyon Üyesi
İMZA Yrd.Doç.Dr.Abdullah Şevki DUYMAZ Güzel Sanatlar Enstitüsü Müdürü Komisyon Üyesi	İMZA Prof.Dr.Kamil EKİNCİ Komisyon Üyesi	İMZA Doç.Dr.Fevzi BEDİR Komisyon Üyesi
İMZA Doç.Dr.Nevin AYTEMİZ Komisyon Üyesi	İMZA Doç.Dr.Bahattin YAMAN Komisyon Üyesi	İMZA Yrd.Doç.Dr.Fatma Hanım GİRAY Komisyon Üyesi
İMZA Doç.Dr.Ramazan ERDEM Komisyon Üyesi		
İMZA Yrd.Doç.Dr.S.Zeynep ALPARSI AN GÖK Komisyon Üyesi		

**PROJE YÖNETİCİSİNE TEBLİGAT**  
Sayın: **Yrd.Doç.Dr.Medet KORKMAZ**  
Süleyman Demirel Üniversitesi  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonunun yukarıdaki kararı uyarınca sunduğumuz projenin belirtilen şartlarda desteklenmesine karar verilmiştir.

Proje protokolünü imzalamak üzere aşağıda belirtilen tarih ve saatte Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi'nde hazır bulunmanızı rica eder, başarılarınızın devamını dilerim.

Tarih ve Saat : 19.04.2012

Protokolün aslını  
elden teslim eden  
Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ

Prof.Dr.İskender AKKURT  
Rektör Yardımcısı  
BAP Komisyon Başkanı

**Ek 9. İl Sağlık Müdürlüğü İzni**

**T.C  
ISPARTA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü**

ACELE

SAYI :B1041SM4320054/250-99  
KONU : Anket Çalışması

10.03.12\*010251

**DEVLET HASTANESİ BAŞTABIPLIĞINA**

İlgi :18/04/2012 tarihli Öğr.Görevlisi Suna EROĞLU AYGÜL'ün dilekçesi.

İlgili dilekçe ve ekleri tarafımızca incelenmiş olup Öğr.Görevlisi Suna EROĞLU AYGÜL'ün Hastanenizin Kardiyoloji polikliniklerinde anket ve ölçek çalışması yöntemiyle araştırma yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.İlgilinin talebinin hizmeti aksatmayacak şekilde değerlendirilmesi hususunda;  
Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Mehmet KARAKAYA  
İl Sağlık Müdürü

Ek:1. Dosya

Adres : İl Sağlık Müdürlüğü 32100 Isparta  
Telefon : 0 (246) 2116811 İç Hat:6811  
e-posta : [isparta.yths@saglik.gov.tr](mailto:isparta.yths@saglik.gov.tr)

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: Sağlık Hiz.Şube Müd.  
Faks No: 0 (246) 2181432

**Ek 10. Etik Kurul Kararı**

T.C  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI


SAYI : B.30.2.SDÜ.0.20.05.00-050- / 1624  
KONU : Etik Kurul Kararı

22 Mayıs 2012


Sayın; Yrd.Doç.Dr.Medet KORKMAZ  
Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Öğretim Üyesi

**“Miyokard İnfarktüsü (MI) Sonrası Uygulanan Eğitim Programının Kardiyak Risk Faktörleri, Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi”** isimli araştırma projenizin, fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun görüldüğü ile ilgili 07.04.2012 tarih ve 29 sayılı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu kararı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof.Dr.Mustafa AKÇAM  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
Başkanı

EKİ: 1 Adet Etik Kurulu Kararı  
( 2 Sayfa)

17.05.2012 Bil.İşl.K.DEMİRBAŞ 

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı  
Morfoloji Binası Doğu Kampüsü  
Tlf: 0 246 2113712 FAX : 0246237 1165  
e-mail: tipetik@med.sdu.edu.tr



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>KARAR BİLGİLERİ</b>	<b>Karar No: 29</b>	<b>Tarih: 17.04.2012</b>
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

<b>ÇALIŞMA ESASI</b>	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>	<b>Prof.Dr.Mustafa AKÇAM</b>

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mekin SEZİK	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Fatih GÜLTEKİN	Biyokimya	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hüseyin OKUTAN	Kalp Damar Cerrahi	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Doğan ERDOĞAN	Kardiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mustafa ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	SDÜ Diş Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç.Dr.Metin TOPCUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Mustafa ADANIR	Nöroloji	Isparta Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Kadir KARAKUŞ	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzman Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	SDU Araştırma Uyg. Hast.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzman Ramazan Cem GÖK	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi	Isparta Milli Eğitim Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma

**Ek 11. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek İzni**

**From:** sunaeroglu@sdu.edu.tr  
**To:** soaydemir@hotmail.com  
**Subject:** SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ  
**Date:** Wed, 18 Jul 2012 19:12:09 +0000

Sayın Hocam;

Öncelikle iyi çalışmalar diliyorum. Ben S.D.Ü. İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tez konum 'Miyokard İnfarktüsü (MI) Sonrası Uygulanan Eğitim Programının Kardiyak Risk Faktörleri ve Yaşam kalitesine Etkisi' . Tez çalışmam için eğer izniniz olursa SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinizi kullanmak istiyorum.

**Kimden:** Ömer Aydemir [soaydemir@hotmail.com]  
**Gönderildi:** 18 Temmuz 2012 Çarşamba 22:23  
**Kime:** suna eroglu  
**Konu:** RE: SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Merhaba Suna Eroglu,  
Tez çalışmanızda SF-36 ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölçeği ve değerlendirmesini ekte bulabilirsiniz.  
Kolay gelsin.  
Ömer

**Ek 12. MİDAS Kalitesi Ölçek İzni**

**Kimden: Hilal Uysal [hilaluysal@gmail.com]**

**Gönderildi: 05 Temmuz 2012 Perşembe 19:50**

**Kime: suna eroglu**

**Konu: Re: TR-MİDAS ÖLÇEK İZİNİ**

Sayın Öğr. Gör. Suna EROĞLU AYGÜL,

Yaz boyunca yurt dışında olacağım için mailinizi geç görmüş olabilirim. Gecikme için kusura bakmayın. MIDAS ölçeğine ve doktora tez çalışmamı göstermiş olduğunuz ilgi ve alaka için çok teşekkür ederim. Her iki çalışmada gerçekten çok değerli çalışmalar oldu ve çok dikkat çekti. Elbette MIDAS ölçeğini tezinizde kullanmanızdan çok memnun olurum. Ancak size önerim MIDAS ölçeğinin geçerlik güvenilirliğini yaptığım en son EJM dergisinde yayınlanan İngilizce versiyonundaki halini kullanmanızı öneriyorum. Daha kullanışlı ve istatistiksel olarak daha iyi sonuçlar aldığımız halidir. EJM de yayınlanmış haline online olarak ulaşabilirsiniz sanırım. Bulamazsanız size gönderebilirim.

## Ek 13. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



T.C.  
SDÜ TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. **Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.**

#### ARAŞTIRMANIN ADI :

Miyokard İnfarktüsü (MI) Sonrası Uygulanan Eğitim Programının Kardiyak Risk Faktörleri ve Yaşam kalitesine Etkisi

#### ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmada; Miyokard İnfarktüsü geçirmiş hastalara uygulanan kardiyak rehabilitasyon programının, kardiyak risk faktörleri, hastalık algısı ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini saptamak amaçlanmaktadır. Uygulanacak eğitim programı ile bireylerin değiştirilebilir risk faktörleri konularında bilgilendirilmesi, verilen eğitimin sonucu olarak olumlu davranış şekli geliştirmesi, kardiyak risk faktörlerinin azaltılarak yönetilmesi hedeflenmektedir. Bununla birlikte uygulanan kardiyak eğitim programı ile hastalık algısının olumlu yönde geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin farklı boyutlarda iyileştirilmesi beklenmektedir.

#### KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

- 1-18 Yaşını doldurmuş olmak,
- 2- MI geçirmiş olmak,
- 3-KAH tanısı almış olmak,
- 4-Daha önceden kardiyak rehabilitasyon programına katılmamış olmak,
- 5-Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı gönüllü olur formu alınmış olmasıdır.

#### NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma sırasında uygulanacak olan invazif yöntemler dahil olmak üzere izlenecek veya gönüllüye uygulanacak yöntemlerin tümü (*Hastanın anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır.*)

Araştırma gönüllülere literatür ışığında hazırlanacak olan, sosyo-demografik özelliklerinin, hastanın genel sağlık durumunun ve alışkanlıklarının sorgulandığı bilgi toplama formunun, soru-cevap tekniği ile yüz yüze doldurulması ile başlayacaktır. Daha sonra gönüllüye SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği, ve uygulanacaktır. Devam eden süreçte hastalara veriler doğrultusunda bireysel ve genel eğitimler belirlenecektir. Literatür ışığında hazırlanan eğitim kitapçığı gönüllüye verilecektir. Bireysel eğitimler yapılacaktır. Eğitimler karşılıklı iletişim ve görsel gereçlerle yapılacaktır. Gönüllünün verilen eğitimi kendi hayatında uygulayabilmesi için belirli bir zaman sonra (14-21 gün) görüşme yapılacak ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Miyokard İnfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği tekrar uygulanacaktır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası verilerin değerlendirilmesi yapılacaktır.



## **KALP KRİZİ GEÇİRİMİŞ HASTALAR İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI**



**Hazırlayan: Suna EROĞLU AYGÜL**  
**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ**

**Isparta, 2012**

## İçindekiler

GİRİŞ.....	3
Kalbin Yapısı ve İşlevleri.....	3
Kalp Krizi Nedir?.....	4
Kalp Krizi Belirtileri Nelerdir? .....	5
Risk Faktörleri Nelerdir?.....	7
1. Kan Basıncı Yüksekliği (Hipertansiyon):.....	8
2. Dislipidemi (Kan Yağları Düzensizlikleri):.....	10
3. Şeker Hastalığı-Kan Şekeri Kontrolü: .....	13
4. Obezite-Kilo Verme: .....	16
5. Sağlıklı Beslenme: .....	18
6. Düzenli Fiziksel Aktivite:.....	20
7. Sigara Ve Sigaranın Bırakılması .....	23
8. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunmada Genel Öneriler: .....	24
UNUTMAYIN !!!.....	25
KAYNAKÇA .....	26

## GİRİŞ

İnsan vücudunun sağlıklı olması; hücrelerinden tüm organlarına varıncaya kadar sağlıklı olması demektir. Kalbimizin sağlıklı olması ise tüm beden ve ruh sağlığımız için temel faktördür.



Yaşamımız boyunca farklı davranışları alışkanlık haline dönüştürürüz. Bu alışkanlıklardan bazıları sağlığımızı bozucu ya da hastalıklara zemin hazırlayıcı olabilmektedir. Sağlıklı ve kaliteli yaşamak için, kalbimize çok iyi bakmalı ve kalp sağlığımız için

gerekli olan doğru ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmalıyız. Çünkü kalp sağlığımız yediklerimizden, hareketsiz yaşamımızdan, sigara kullanmamızdan, şeker hastalığı ve tansiyon yüksekliğinden, obezite gibi nedenlerden olumsuz etkilenmektedir.

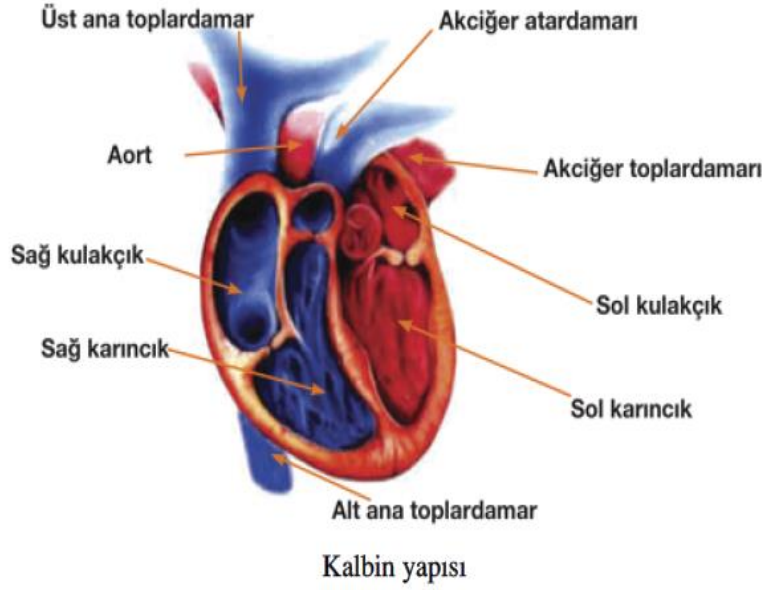
Birey olarak; yaşam biçimi davranışlarımızı olumlu yönde değiştirmeli ve hastalığa zemin hazırlayan risk faktörlerini kontrol altında tutmalıyız. Bu eğitim kitapçığı ile en az bir kez kalp krizi geçiren siz hastalarımızın; hastalığınızın olumsuz etkilerinin azaltılarak, yaşam kalitenizin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır.



Özellikle değiştirilebilir ve düzeltilebilir risk faktörlerinin olumsuz yönlerini, sizi ve hastalığınızın seyrini nasıl etkilediğini, yanlışlarınızı ve nasıl düzelteceğinize ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

### Kalbın Yapısı ve İşlevleri

Kalbimiz içi boş, kas yapısında bir organ olup göğüs boşluğu içinde her iki akciğer arasında büyük bir alanı kaplar. Kalp, iki akciğer arasında tepesi aşağıda tabanı yukarıda bir koni gibidir. Kalp yaklaşık her insanın kendi yumruğu büyüklüğünde ve 300 gr ağırlığındadır.



Kalp üstte bulunan iki kulakçık (atrium), altta bulunan iki karıncık (ventrikül) olmak üzere 4 odacıktan oluşur. Kalp ortasından geçen bir zar aracılığıyla sağ ve sol olmak üzere ikiye ayrılır. Her iki tarafta da bir karıncık ve bir kulakçık bulunur. Kalp; biri akciğerlere diğeri vücudun diğeri tüm parçalarına olmak üzere iki ayrı dolaşım sistemi ile kanı pompalar.

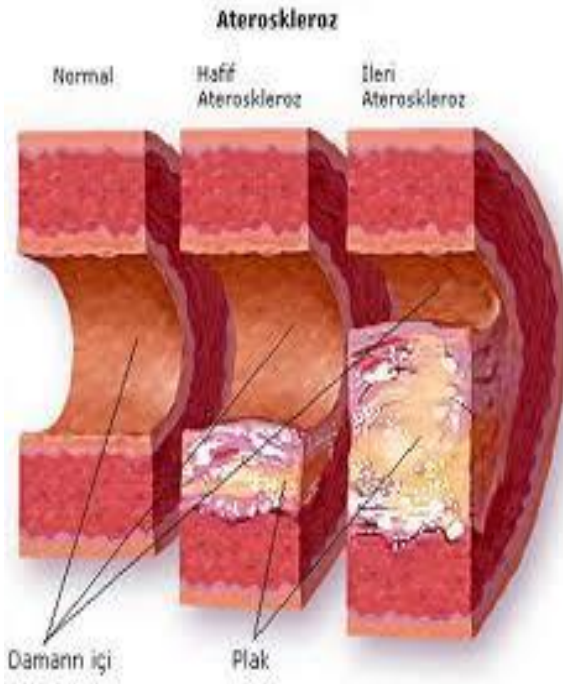
Kalbimizin sağ tarafı tüm doku ve organlardan toplanan karbondioksitli kirli kanı toplardamarlar (venler) aracılığıyla akciğerlere, kalbimizin sol tarafı ise akciğerlerden aldığı temiz kanı da atardamarlar (arterler) aracılığı ile tüm doku ve organlara pompalar. Kalbimiz dakikada 60 ile 100 defa arasında kasılıp gevşer, her kasılıp gevşemesinde vücudumuza kan pompalar.

### **Kalp Krizi Nedir?**

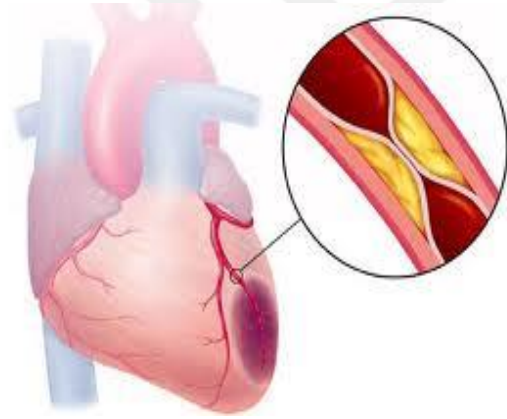
Kalp kasınızın (miyokard) yaşamını sürdürebilmesi, kalbin beslenebilmesi için oksijene ihtiyacı vardır ve bu oksijen kan yolu ile gelir. İşte kalp kasınıza oksijen taşıyan kanın geçtiği kalbi besleyen koroner damarların daralması ya da tamamen tıkanması sonucu kalp kasına gelen kan azaldığında veya tümünden kesildiğinde kalp krizi oluşur.

Kalbe oksijeni taşıyan koroner damarların, plak adı verilen, kolesterol ve diğer maddelerin birikmesi ile oluşan yapılarla kalınlaşıp sertleşmesi damar sertliği (ateroskleroz) olarak tanımlanır.





Koroner damarların içindeki plak parçalandığında içinden çıkar maddeler plağın etrafında bir kar pıhtısı oluşturur. Bu pıhtı damarı tıkayıp kalp kasına kar gelemediğinde, yani kalp kası oksijenden yoksun kaldığında, iske mi dediğimiz durum ortaya çıkar. İske mi sonucu kalp kasının bir kısmında geri dönüşü olmayan bir hasar veya hücre ölümü olduğunda kalp krizi oluşur.



*Kalp Krizinden Sonra Yaşam Tarzında Değişiklikler Yapmanın Zamanı Gelmiştir!*

### **Kalp Krizi Belirtileri Nelerdir?**

Bazen kalp krizi çok ani ve şiddetli bulgular ile başlar ve kolayca tanı konabilir. Kişi ağrı ile uykusundan uyanabilir, belli bir efor (güç harcama) sonrası, aşırı soğuk hava ya da ani duygu değişiklikleri (aşırı heyecanlanma ya da üzüntü) ile ortaya çıkabilir. Dinlenmekle geçmez, ilaca cevap vermez ve genellikle 20 dakikadan daha uzun sürebilir.



En temel belirtisi göğüs ağrısıdır. Göğüs ağrısı; göğüste aşırı basınç-ağırlık gibi hissedilebilir. Ayrıca acıma, batma, yanma ve rahatsızlık hissi gibi çok farklı şekillerde tanımlanabilir. Hazımsızlık veya mide yanması ile karıştırılabilir.



Ağrı genellikle göğüste hissedilir fakat sol omuz, kollar, boyun, sırt ve çeneye doğru yayılabilir. Soğuk terleme, bulantı veya baş dönmesi, bazen kusma, nefes darlığı, göğüs ağrısı ya da göğüste rahatsızlık hissi.

Emin olunamadığı durumlarda bile yukarıdaki belirtiler ve kalp krizi kuşkusu olduğunda mutlaka en kısa sürede (5 dakikadan fazla beklenmemeli) acil yardım ve ambulans çağrılmalıdır. Burada dakikalar önemlidir ve hızlı hareket ederek bir yaşamı belki de kendi yaşamınızı kurtarabilirsiniz. Ambulansın gecikmesi halinde hasta bir taksi ile derhal acil servise getirilmeli ve eğer hastaya yardımcı olabilecek kimse yoksa arabayı hastanın kendisi kullanmamalıdır.



*Hiç şüphesiz kalp krizi ciddi bir olaydır ancak yaşamın sonu da değildir! Pekala iyileşebilir ve kaldığınız yerden yaşamınıza devam edebilirsiniz, ancak bir şartla: Bir daha aynı durumla karşılaşmamak için yaşamınızda neleri değiştirmeniz gerektiğini öğrenip bunları eksiksiz uygularsanız!*

### **Risk Faktörleri Nelerdir?**

1. Yaş (erkeklerde  $\geq 45$ , kadınlarda  $\geq 55$  veya erken menopoz)
2. Ailede kalp hastalığı öyküsü
3. Sigara içmek
4. Yüksek kan basıncı (hipertansiyon/kan basıncı 140/90 mmHg'in üzerinde olması)
5. Kolesterol Yüksekliği (total kolesterol 200 mg/dl'in üzeri, LDL-kolesterol (kötü kolesterol) 130 mg/dl'in üzeri)
6. Düşük kolesterol (HDL-iyi kolesterol) (değeri  $< 40$  mg/dl'nin altında olması)
7. Şeker hastalığı (Diabetes mellitus)
8. Obezite (Şişmanlık)
9. Hareketsiz yaşam (egzersiz azlığı)
10. Stresle baş edememe
11. Fazla alkol tüketimi
12. Doğum kontrol hapı kullanımı (sigara içiliyorsa)
13. Menopoz

Kalp ve damar hastalıkları ile ilgili risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, genetik ve etnik etkenler “değiştirilemez etkenler” grubuna girerken; sigara, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, aşırı alkol, oturgan (sedanter) yaşam, şişmanlık, kan yağlarının yüksekliği, kan basıncı yüksekliği ve kan şekeri yüksekliği “düzeltilebilir risk faktörleri” olarak ayrılabilir.



*!!! Eğer kalp krizi için birden fazla risk faktörüne sahipseniz, yaşam tarzınızda risk düzeyinizi azaltacak değişiklikler yapmak zorundasınız.*

Bu kitapçığın devamında kalp krizi geçirdikten sonra;

- ⊗ Tekrar kalp krizini önlemek için,
- ⊗ Yaşam kalitenizi artırmak için,
- ⊗ Sağlıklı bir şekilde yaşamanız ve kalp sağlığınız için

bundan sonra yapmanız gereken değiştirilebilen, düzeltilebilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bilgiler ve öneriler bulacaksınız.

### 1. Kan Basıncı Yüksekliği (Hipertansiyon):

- ⊗ Tansiyon ya da kan basıncı, kalbin atardamarlara pompaladığı kanın, damar duvarına uyguladığı basınçtır.
- ⊗ Oturmak ya da sırtüstü yatmak gibi vücudun pozisyonunda oluşan değişiklikler, egzersiz, uyku gibi durumlarda kan basıncında değişimler oluşabilir.



#### Kan Basıncı;

- ✚ Büyük tansiyon: 120- 129
- ✚ Küçük tansiyon: 80-84 aralığında ise normal
- ✚ 140/90 mmHg veya üzerinde ise yüksek (hipertansiyon) olarak kabul edilir.

□ Çoğu zaman herhangi bir belirti görülmediğinden hastaların büyük bir bölümü farkında olmadan kan basıncı yıllarca yüksek seyredebilir.

□ Ancak, yüksek kan basıncı tedavi edilmediğinde tüm vücuttaki arterlere ve yaşamsal önemi olan organlara zarar verebilir. Bu nedenle, yüksek kan basıncı sıklıkla "sessiz katil" olarak adlandırılır.



□ Hipertansiyona neden olan en önemli risk faktörlerinden birisi obezitedir. Diğer risk faktörleri alkol, besinlerle alınan tuz ve hareketsiz yaşam sayılabilir.

□ Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar için dünyada bir numaralı ölüm nedeni ve inme, kalp krizi ve böbrek hastalıkları için tek başına en büyük risk faktörüdür.

□ Özellikle kişide diğer risk faktörlerinden (şişmanlık, sigara, kan kolesterolünde artış, diabet gibi) bir veya daha fazlasının bulunması halinde başta kalp ve damar hastalıkları için en büyük risk faktörüdür.

### ***Yüksek Tansiyon İle Mücadelede Öneriler!***

□ Tansiyonunuzu sürekli olarak ölçtürün, eğer hipertansiyonunuz var ise doktor kontrollerinizi aksatmadan, ilaçlarınızı düzenli kullanın.

□ Doktorunuza danışmadan herhangi bir diyet ya da egzersiz planı yapmayın.

!!! Yüksek tansiyon yaşam boyu süren bir hastalıktır, ancak kontrol altında tutulabilir. Bunu, kan basıncını yükselten risk faktörlerini kontrol ederek yapabilirsiniz. Bunun için aşağıdaki önerileri benimsemelisiniz:

**OBEZİTE  
HİPERTANSİYONU  
TETİKLİYOR**



□ **Eğer fazla kilonuz varsa zayıflayın.** Kilo verdiğinizde kalbinizin yükü de azalır ve sıklıkla kan basıncınız da düşer. Diyet yaparken alkollü içeceklerden uzak durun, çünkü bunların besleyici değeri yoktur ve kalorileri yüksektir.

□ **Düzenli egzersiz yapın.** Fiziksel aktivite azlığı yalnızca sizi şişmanlatmakla kalmayıp kalp krizi ve inme riskini de artırır. Düzenli egzersiz, her gün 30–60 dakika süre ile yapılan orta-ağır şiddette egzersiz, şeklinde tanımlanmaktadır.

□ **Sigarayı bırakın.**

□ **Yediğiniz tuz miktarına dikkat edin.** Tansiyon açısından alınması önerilen günlük tuz miktarı maksimum 5-6 gram'dır. Sofrada tuzluk bulundurmamak, yemeklere az salça koymak ve aşırı tuzlu gıdalardan kaçınmak yapılması önerilen ilk adımlardır. Gerekli durumlarda doktorunuz daha fazla tuz kısıtlaması önerebilir.

□ **Stresle başa çıkmayı öğrenin.** Bu konuda düzenli egzersizin büyük yararı olacağından emin olun!

□ **Kalp sağlığını koruyan gıdaları alın.** Tuzlu yememeniz, yeterli meyve ve sebze tüketmeniz, yağsız ya da az yağlı süt ürünleri tüketmeniz önerilmektedir.

□ **Hamileyseniz ya da doğum kontrol hapı kullanıyorsanız daha da dikkatli olun.**

□ **Kullandığınız ilaçların tansiyonunuza etkisi olup olmadığını doktorunuza sorun.** Bazı ilaçlar tansiyonunuzu yükseltebilir veya tansiyon ilaçlarının etkilerini azaltabilir. Steroidler (kortizon), romatizma ilaçları, zayıflama ilaçları, bazı depresyon ilaçları gibi.

## 2. Dislipidemi (Kan Yağları Düzensizlikleri):

🍎 Kolesterol yaşam için gerekli bir maddedir. Kanda belirli bir düzeyde bulunması gereken Kolesterol yediğimiz yiyeceklerle alınabildiği gibi vücudumuzda da üretilir.

Kanda Kolesterol Düzeylerinin Klinik Anlamı	
200 mg/dL'nin altında	<b>İstenen düzey</b>
200–239 mg/dL	<b>Sınırdaki Risk</b>
240 mg/dL ve üzeri	<b>Yüksek</b>
<b>Risk</b>	

🍎 Kolesterol düzeyi normal (<200 mg/dl) olanlara göre bu toplam kolesterol aralığında koroner kalp hastalığı riski iki katına çıkar.

### ♥ HDL Kolesterol (İyi Kolesterol):

HDL dokulardaki kolesterolü toplayarak dışarı atılmasını sağladığı için iyi kolesterol olarak bilinir. Yalnızca vücutta bulunur, besinler içerisinde bulunmaz. HDL'nin temel görevi kolesterolün kandan karaciğere taşınmasıdır. Böylece kolesterolün arter duvarında birikmesini önler. Kalp hastalıklarına karşı koruyucu olduğu için 'iyi kolesterol' olarak isimlendirilir.



HDL düzeyi sağlıklı bir erkekte 40, kadında 50 mg/dl'den büyük olmalıdır, bu değerlerin altında kalp hastalığı riski artar. Tersine, 60 mg/dL ve üzerindeki HDL düzeylerinde risk azalır.

### ♥ LDL kolesterol (kötü kolesterol):

Kolesterolü dokulara taşıyarak arter ve diğer kan damarlarının duvarlarında birikmesine devamında damar sertliğine neden olduğu için LDL, kötü kolesterol olarak da bilinir.

- ◆ Genetik ve çevresel etmenler, obezite, yaş, diyet alışkanlıkları ve stres kolesterol düzeylerinin yükselmesine neden olabilmektedir.
- ◆ LDL yalnızca vücutta bulunur, besinler içerisinde bulunmaz. Genetik ve çevresel etmenler, obezite, yaş, diyet alışkanlıkları ve stres kolesterol düzeylerinin yükselmesine neden olabilmektedir.
- ◆ Çalışmalara göre LDL seviyesindeki % 1 oranındaki azalma, koroner arter hastalığı gelişme riskini % 1 oranında azaltmaktadır.

#### LDL (kötü) Kolesterol Düzeyleri

<100 mg/dL	Optimal/İdeal
100 - 129 mg/dL	Optimale yakın / Optimalin üzerinde
130 -159 mg/dL	Sınırdaki yükseklik
160 - 189 mg/dL	Yüksek
190 mg/dL ve üzeri	Çok yüksek

- ◆ Kandaki LDL kolesterol yükseldiğinde, kalp ve beyni besleyen damarların duvarlarında plakların yapısında birikmeye başlar. Bu sert ve kalın birikintiler arter duvarlarının kalınlaşip sertleşmesine yol açar. Bu duruma damar sertliği (ateroskleroz) denir.

- ◆ Sıklıkla plağın yakınlarında veya plağın parçalanması ile oluşan bir pıhtı arteri tünden tıkayıp kan akımını durdurur, bu da kalp krizi ve inme ile sonlanabilir. Kolesterol yüksekliği, koroner kalp hastalığı, kalp krizi ve inme için en önemli değıştirilebilen risk faktörlerindendir. Yüksek tansiyon, diyabet gibi diğler risk faktörlerinin de kolesterol yüksekliği ile birlikte bulunması riski daha da artırır.

*Kan Yağlarınıza (Total Kolesterol, HDL, LDL) Kontrol Altında Tutmak İçin;*

□ **HDL Kan Kolesterol Düzeyinin Yükseltilmesi:** En iyi yol, fiziksel aktivitenin artırılmasıdır. Ayrıca eğer birey şişmansa, vücut ağırlığının azalması, HDL kolesterol düzeyini olumlu yönde etkilemektedir. Diyetle toplam yağ tüketiminin (enerjinin % 30' unu geçmemek üzere) azaltılması, doymuş yağların yerine tekli doymamış yağların tercih edilmesi, sigara içilmemesi HDL kolesterol düzeyinin artırılmasında önemli faktörlerdir.

□ **LDL Kan Kolesterol Düzeyinin Azaltılması:** Toplam diyet yağı azaltılırken, doymuş yağlar yerine doymamış yağların tercih edilmesi, diyet posa miktarının artırılması, yağ ve kolesterol miktarlarının orta düzeye indirilmesi, düzenli fiziksel aktivite ile vücut yağ oranının azaltılması LDL Kolesterol düzeyinin düşmesinde etkin başlıca etmenlerdir.

□ **Kalp sağlığınıza iyi gelen bir diyetle beslenin.**

Kolesterolün bir kısmı vücutta yapılır, bir kısmı ise dışarıdan yediğimiz gıdalarla (kırmızı etler, kümes ve kabuklu deniz hayvanlarının etleri, yumurta, tereyağı, peynir, tam yağlı sütler) alınır. Bunların dışında, doymuş ve trans yağlar dediğimiz ve vücudumuzda kolesterolün yapılmasını uyaran yağları içeren her gıdanın da dikkatli tüketilmesi gerekir. Peki doymuş ve trans yağlar nedir, hangi gıdalarda bulunur?



□ **Doymuş yağlar** hayvan yağları, hayvansal ürünlerde bulunan yağlar ve bu ürünlerden yapılan besinlerin bileşiminde yer alan yağlardır. Katı yağ olarak da bilinirler. Tereyağı, sade yağ, krema, kaymak, süt, peynir ve etler doymuş yağlardan ve aynı zamanda kolesterolden zengin gıdalardır.

□ **Trans yağlar** ise, yağların çok yüksek sıcaklıklarda ısıtılması, kızartılması veya defalarca kullanılması sonucu ortaya çıkabilir



veya **margarin**lerin üretimi sırasında bitkisel sıvı yağların kısmi hidrojensasyonu ile oluşabilir. Trans yağlar, bu şekilde üretilen **katı margarin**lerin yanı sıra, tam yağlı süt, ve süt ürünleri, koyun ve kuzu etleri gibi bazı hayvansal kaynaklı ürünlerde de bulunur.



□ **Doymuş ve trans yağlar**, LDL (kötü) kolesterolü artırırken HDL (iyi) kolesterolü azaltırlar. LDL kolesterolün damarlarda birikme-sine yol açarlar. Damarlarda biriken kolesterol bir süre sonra kalbe giden kan akımını da engelleyerek halk arasında damar sertliği olarak anılan aterosklero-za neden olur. Bunun sonucunda kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riski de artar. İşte bu nedenle doymuş yağlar, sağlıksız olup mümkün olduğu kadar az tüketilmesi gereken yağlardır.

□ Düzenli olarak egzersiz yapın

□ Sigara ve diğer tütün ürünlerinden uzak durun

*Bunlar kolesterolünüzü düşürmek için yeterli olmazsa doktorunuz kolesterol düşürücü ilaç önerebilir.*

### 3. Şeker Hastalığı-Kan Şekeri Kontrolü:

Aldığımız gıdaların önemli bir kısmı vücutta şekere (glukoz) dönüştürülerek enerji oluşturmak için kullanılır. Pankreastan salınan insülin hormonu, glukozun, kullanılmak üzere vücut hücrelerimize girmesini sağlar. Şeker hastalarında ise, pankreas yeterli insülin üretmez ve/veya ürettiği insülini verimli kullanamaz. Bunun sonucunda, doku hücrelerinde kullanılamayan glukoz kanda birikir ve sonuçta kan şekeriniz yükselir. Sağlıklı bir yetişkinin açlık anında kan şekeri, 70-100 mg/dL olmalıdır. Şeker hastalığı (diabetes mellitus) kişi aç iken alınan kanda glukoz düzeyinin 126 mg/dL ya da üzerinde olması halidir.

Diyabet, Tip1 ve Tip2 diyabet olmak üzere ikiye ayrılır.



**Tip 1 diyabetlilere** her gün insülin enjeksiyonu yapıp kan glukoz düzeylerinin sık sık kontrol edilmesi gerekir. Bu hastaların yemek alışkanlıklarını düzenli olmalı, diyet ve egzersizle kan şekerlerini kontrol etmelidirler. Kontrol altına alınmazsa, kan şekerinin düşmesi, yükselmesi, kalp hastalığı, körlük, sinirler ve böbreklerde hasar gibi sorunlar oluşabilir.

**Tip 2 diyabet,** diyabetin en sık görülen tipidir. Genellikle yetişkinlerde, orta yaşta ortaya çıkar. Sıklıkla şişmanlıkla ilişkili olup, diyet ve egzersiz ile geciktirilebilir veya kontrol altına alınabilir.



Tip 2 diyabetli bir hastalar sıklıkla;

- Orta yaş (45 yaş üzeri)
- Kilo fazlalığı veya obezite
- Ailede diyabet öyküsü
- Hareketsiz bir yaşam tarzı
- HDL (iyi) kolesterol düşük, trigliseridler yüksek
- Genelde yüksek tansiyonludur.

Pre-diyabet (gizli şeker), kan şekerinin normalden yüksek ancak şeker hastalığındaki kadar yüksek olmadığı diyabet öncesi durumdur. Gizli şeker hastası kişilerde tip 2 diyabet (erişkin diyabeti), kalp hastalığı ve inme riski artar.

- Hastalarda sıklıkla hipertansiyon ve diyabet bir arada bulunur, o zaman kalp-damar hastalığı riski ikiye katlanır.

Şeker hastalığı damar duvarında hasara neden olur. Genellikle "kötü" kolesterol (LDL kolesterol) ve trigliserid düzeyleri artar, "iyi" kolesterol (HDL kolesterol) azalır ve bu da kalp hastalığı ve inme riskinde artışa neden olur.

- Kan yağları yüksekliği damar sertliğine zemin oluşturur, damarlarda biriken yağlar özellikle koroner damarları tıkayarak erken yaşta kalp krizine neden olabilir.

Bunun önüne geçebilmek için Şeker hastalarında, LDL kolesterol 100 mg/dL'nin, trigliseridler 150 mg/dL'nin altında tutulmalıdır. Koruyucu olan HDL kolesterol ne kadar yüksek ise o kadar iyi olacağından hedeflenen değer 40 mg/dL'nin üzerinde olmalıdır.

- İlimli düzeyde kilo kaybı kan şekerinizin kontrol altına alınmasını kolaylaştırır, yüksek tansiyonunuzu ve kolesterolünüzü düşürmeye yardımcı olur.

*!!! Eğer şişman ve 45 yaşın üstünde iseniz gizli şekerinizin olup olmadığını öğrenmek için mutlaka test yaptırmanız gereklidir.*

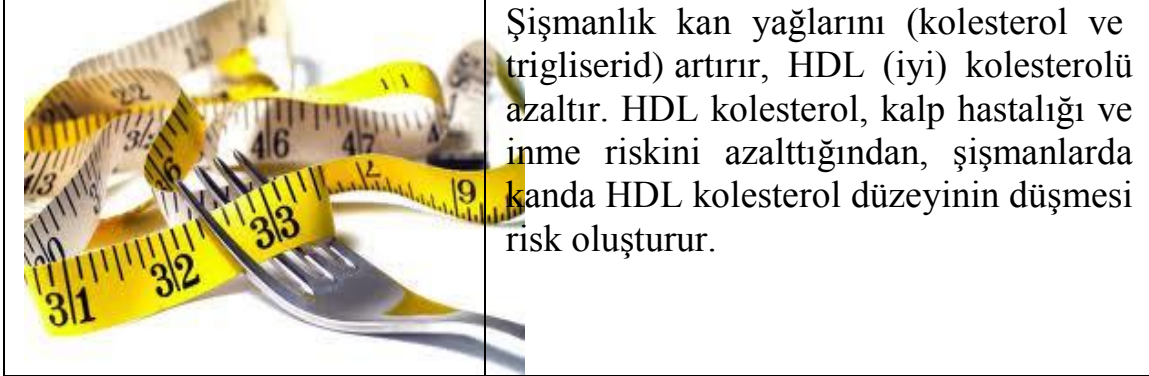


- Şeker hastalarının beslenmelerinde ne kadar karbonhidrat alırlarsa kan şekerleri de o kadar yükselme eğilimi gösterir.
- Rafine yani işlenmiş tahıl ürünleri yerine tam tahıl içeren, lif/posa ve tohum içeren karbonhidratlar tüketilmelidir.
- Bol miktarda tam tahıl, baklagil, meyve, sebze ile doymuş yağlardan fakir beslenme önerilmelidir. Kırmızı et yerine derisi çıkarılmış kümes hayvanları ve balık tüketilmelidir.
- Fiziksel aktivitenizi artırın. Fiziksel aktivite, insülin direncini yenerek vücudunuzun glukozu etkili bir şekilde kullanmasını ve kan şekerinin kontrolünü sağlar.

*!!! Sonuç olarak, hem diyabetin hem de diyabetle kol kola giden kalp damar hastalıklarının önlenmesi veya kontrolünde doymuş yağlardan fakir, meyve, sebze, balık ve tam tahıl oranlarının iyi hesaplandığı kalori ve besin dengesi sağlanmış diyetler ile beslenmeye önem verilmelidir.*

#### 4. Obezite-Kilo Verme:

Şişmanlık ya da tıptaki adıyla obezite, basitçe vücut yağ oranının artması olarak tanımlanır.



- Kan basıncını artırır. Diyabete neden olabilir. Diyabet varlığında diğer risk faktörleri daha da etkili olur, bu kişilerde özellikle kalp krizi riski yüksektir.
- Vücudumuzdaki yağ miktarı çok artarsa ve özellikle bel bölgemizde toplanırsa, yüksek kolesterol, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, kalp hastalığı ve inme riski de artar.

Günümüzde, vücut yağının ve şişmanlığın ölçümünde en fazla kullanılan **bel çevresi** ve **vücut kitle indeksi**dir.

- ⊗ **Beden Kitle İndeksi(BKİ) nasıl hesaplanır?** Beden kitle indeksi vücut ağırlığınızın, boyunuzun karesine bölünmesiyle hesaplanır.

$$\text{Beden Kitle İndeksi} = \text{Vücut ağırlığı (kg)} / \text{Boy}^2$$

Örnek: Vücut ağırlığı 60 kg, boyu 1.67 m olan bir kişinin BKİ

$$\text{Beden Kitle İndeksi} = 60 / 1.67 \times 1.67 = 21 \text{ 'dir.}$$



**BKİ değerine göre sağlık sorunları riskini şu şekilde değerlendirebiliriz...**

Beden Kitle İndeksi Sorunları Riski	Sağlık
20-24.9 (normal)	Çok düşük risk
25-29.9 (hafif şişman)	Düşük risk
30-34.9 (şişman)	Orta risk
35-39.9 (ağır şişman)	Yüksek risk



*!!! Sağlıklı birey sağlıklı kalp demektir. Kalp sağlığınız için beden kitle indeksinizi 25'in altında tutun, yani ideal kilonuzu koruyun.*

- ⊙ Yağ dağılımının en basit göstergelerinden biri bel çevresi ve bel/kalça oranıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün önerilerine göre; bel çevresi (cm) ölçümleri risk olarak değerlendirilebilmektedir.

	ERKEK	KADIN
RİSK	$\geq 94$ cm	$\geq 102$ cm
YÜKSEK RİSK	$\geq 80$ cm	$\geq 88$ cm

*!!! Bel çevresinin kadınlarda 88 cm, erkeklerde 102 cm üzerinde olması kalp damar hastalığı riskinin yüksekliğine işaret eder. Bel/kalça oranı erkeklerde 1.0, kadınlarda 0.8 üzerine çıkmamalıdır.*

- ⊙ Bel/kalça oranı santral (elma tipinde) tipte obezitenin iyi bir göstergesidir. Santral obezite hipertansiyon, diyabet, insülin direnci, kan şekeri yüksekliği, bozuk lipid profili gibi kardiyovasküler risk faktörlerini de artırmaktadır.

*Obezite başlı başına tüm vücudu etkileyen bir sağlık problemidir. Başta kalp sağlığı üzerine olumsuz etkilerini azaltmak için;*

- ⊙ İdeal kilonuzu belirleyin, ideal kilonuza ulaşmak için kalp doktorunuzla beraber diyetisyeninizden yardım alabilirsiniz.
- ⊙ Doğru beslenme ve besinleri doğru pişirme alışkanlıkları kazanın.
- ⊙ Doktorunuzun önerdiği şekliyle egzersiz yapın. Egzersiz hem kilo vermenize yardımcı olacak hem de daha sağlıklı olacaksınız.

- ⊗ Kilo vermeniz durumunda hipertansiyonunuz, kan şekeri yüksekliğiniz, kan yağları yüksekliğiniz olumlu yönde değişecek, kalbinizi obeziteden korumuş olacaksınız.

## 5. Sağlıklı Beslenme:



Beslenme biçiminiz kalp sağlığınız için çok önemlidir. Yanlış beslenme alışkanlıkları hipertansiyona, kan yağları-nızın yükselmesine, obeziteye, damar tıkanıklığına ve böylece kalp hastalıklarına neden olur.

**1-Beslenmenizde yağı azaltın:** Beslenmenizde toplam yağ tüketimi enerjinin %30' unu geçmemelidir. Ancak sağlık açısından bakıldığında koruyucu olması açısından diyetle yağ miktarını (enerjinin %25-30) azaltmak yararlıdır.

Diyette yağı azaltmanın birçok yolu vardır. Bunlar;

Yediğiniz tüm besinlerin yağ miktarını dikkate alın.

*Sebze ve meyveler, tahıllar, yağsız kırmızı et, derisiz kanatlı hayvan etleri, balık ve düşük yağlı besinlerle diyetinizi oluşturabilirsiniz.*

Süt ve süt ürünlerinin az yağlı veya yağsız olanlarını tercih edin.

Beslenmenizde balığa daha çok yer verin. Haftada en az 2 kez tüketilmelidir.

Günde en az 5porsiyon sebze ve meyve tüketin.

*Sebze ve meyvelerin yağ içeriğinin düşük olmasının yanı sıra posa içeriğinin de yüksek olması kalp damar sağlığını korumada olumlu etki yapmaktadır.*

Yağsız dana, koyun eti ile derisi alınmış kanatlı hayvan etlerini tercih edin.

Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin.

*Kahvaltılık tahıl ürünleri, kepekli, yulaflı ekmekleri, bulgur, makarna, pirinç gibi nişastalı besinler tercih etmeye çalışın. Yulaf gibi tahıllar çözünür posa da içerdiği için kan lipidlerini düşürücü etkisi vardır.*



□ Yemeklerinizde katı yağları az

kullanın.

*Yemeklerinizde margarin, tereyağı, kuyruk yağı, iç yağı gibi doymuş yağlar yerine bitkisel sıvı yağları (zeytinyağı, ayçiçek yağı, fındık, soya, kanola yağı vb.) tercih edin.*

□ Satın aldığınız besinlerin etiketleri üzerindeki yağ miktarlarını kontrol edin.

*Hazır besinlerden düşük yağlı olanları tercih edin.*

□ Atıştırmalarınızda (ara öğünlerde) yağ miktarı düşük besinleri tercih edin.

*Ara öğünlerde bisküvi, kek, pasta, cips gibi yağ içeriği ve enerjisi yüksek besinler yerine enerjisi ve yağ miktarı düşük meyve ve sebzeler, hafif bir kahvaltı, az yağlı süt ve süt ürünlerini tercih edin.*

□ Uygun pişirme yöntemlerini seçerek yağ kullanımını azaltın ya da yağ kullanmayın.

*Besinleri kızartmak yerine, fırında kızartma, haşlama, ızgara, buharda veya mikrodalga fırında pişirme yöntemlerini tercih edin.*

□ Beslenmenizde kuru baklagillere daha çok yer verin.

*Kuru baklagiller yağ, doymuş yağ ve kolesterolden fakir posadan zengin bitkisel protein kaynağı besinlerdir. Bu özellikleri nedeni ile kan kolesterolünü düşürürler.*

□ Ev dışında yemek yediğiniz zaman yağsız/az yağlı yemekleri tercih edin.

## 2- Beslenmenizde doymuş yağları azaltın.

Doymuş yağlar kan kolesterol düzeyini yükselten en önemli faktördür.

## 3- Doymuş yağlar yerine doymamış yağları tercih edin.

Hayvansal kaynaklı yağların ve katı yağların yerine bitkisel sıvı yağların (zeytinyağı, kanola, soya, ayçiçek yağı vb.) kullanmaya özen gösterin.



#### 4-Diyetinizde kolesterolü sınırlayın.

Doymuş yağ alımının kısıtlanması, diyetle kolesterolün azaltılması kan kolesterol düzeyinin düşürülmesine yardımcıdır. Kolesterol içeren besinlerin diyetten çıkarılması gerekmez, sınırlamak yeterlidir. Süt, peynir, tavuk, balık ve kırmızı et kolesterol içeren besinler olup aynı zamanda vücudun ihtiyacı olan birçok besin ögesini içermektedir. Karaciğer gibi kolesterol içeriği yüksek sakatatlardan uzak durun.

#### 5- Posa tüketiminizi artırın.

Posadan zengin besinlerle beslenmek kan kolesterol düzeyinin düşürülmesine yardımcı olur.

#### 6-Daha fazla meyve ve sebze tüketin.

Beta karoten, vitamin A ve vitamin C gibi antioksidan vitaminleri yüksek oranda içeren sebze ve meyvelerin tüketimi ile kalp sağlığı arasında olumlu bir ilişki vardır.

#### 7- İdeal vücut ağırlığınızı koruyun, şişmansanız ideal ağırlığınıza ulaşın.

Aşırı vücut yağı kalp hastalığı riskini artırır. Vücutta fazla yağın depolandığı bölgeye göre de kalp sağlığı etkilenir. Doktorunuza danışarak ideal kilonuzu belirleyin.

### 6. Düzenli Fiziksel Aktivite:

Hareketsiz yaşamın neden olduğu bedensel, ruhsal hastalık ve sorunlar tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de her geçen gün artmaktadır. Sedanter(hareketsiz)yaşam sürmek kalp hastalıkları riskini artırmaktadır. Fiziksel aktivite birçok hastalık için hem önleyici, hem de iyileştirici etkilere sahiptir.





Düzenli fiziksel aktivite kalp hastalıkları, felç, meme ve kolon kanseri riskini çeşitli mekanizmalarla azaltmaktadır.

- ◆ Fiziksel aktivite şeker metabolizmasını düzenlemekte, vücut yağ yüzdesini azaltmakta ve kan basıncını düşürmekte böylece kardiyovasküler hastalık ve şeker hastalığı riskini azaltmaktadır.
- ◆ 18–65 yaş arasındaki sağlıklı erişkinlerin, hafta içi beş gün 30 dakikalık orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmaları önerilmektedir.

*Daha yoğun fiziksel aktivitenin ise, özellikle yaşlılarda, kalp hastalığı olanlarda sakıncalı ve risklidir.*

*Herhangi bir egzersize ve spora başlamadan önce mutlaka doktorunuza danışınız.*

*Kontrol edilemeyen hipertansiyon, hipotansiyon ve şeker hastalığı gibi hastalıklarınız var ise, egzersizlere başlamadan önce mutlaka doktorunuza danışınız.*

**Egzersiz Yararları Nelerdir?**

- ◆ Damarlarda plak oluşumunu azaltır veya durdurur.
- ◆ Kalbe giden kan miktarı artar; kalp iyi oksijenlenir ve beslenir.
- ◆ İyi kolesterol miktarını artırır ve diğer kan yağlarını azaltır.
- ◆ Kan basıncını azaltır.
- ◆ Egzersiz sırasında kalp hızı ve kan basıncı artışı azalır. Kalp damar sistemi, egzersiz sırasında daha ekonomik çalışır. Vücut kompozisyonunu düzeltir.
- ◆ Egzersiz solunum sisteminin daha iyi çalışmasına olanak verir. Solunumun enerji harcaması azalır.
- ◆ Kilo verilmesini sağlar. Kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar.
- ◆ Sağlığınızı iyileştirir.
- ◆ Şeker hastalığınız varsa, kan şekerinizin düzenlenmesini sağlar.



### Fiziksel Aktiviteniz Hareket Planı ve Dikkat Edilmesi Gerekenler

- ◆ Egzersiz programı, doktorunuzun kontrolünden geçtikten sonra, mümkünse fizyoterapist denetiminde uygulanmalıdır.
- ◆ Geniş kas gruplarını içeren aerobik egzersizler uygundur. Uzun süreli ve çok tekrarlı yapılmaları gerekir. Aerobik egzersizler: yürüme, bisiklet sürme, tempolu yürüme, merdiven çıkma ve yüzme gibi egzersizlerdir.
- ◆ Egzersizlerin başında, 10–15 dakikalık ısınma süresi olmalıdır. Asıl egzersiz dönemi size uygun kalp hızında 15–30 dakika sürmelidir.



- ◆ 5–10 dakika soğuma, gevşeme ve toparlanma evresi olmalıdır.
- ◆ Aktivite/egzersiz alışkanlıklarınızı sağlıklı bir beslenme düzeni ile destekleyin.
- ◆ Egzersiz öncesi, sırası ve sonrasında yeteri kadar su içmeyi unutmayın.
- ◆ Aç ya da tok olarak egzersize başlamayın. Egzersizden 4 saat önce ana öğününüzü tüketmiş olmalısınız.
- ◆ Televizyon izlerken, bilgisayar karşısında çalışırken veya sadece dinlenirken bir defada 30 dk. dan fazla oturmayın.



- ◆ Yapmaktan hoşlandığınız, yaşam şeklinize uygun ve uzun süre devam ettirebileceğiniz bir aktivite seçin.
- ◆ Aracınızı park edin ve yürüyün; Yürüyüş için bütün olanakları kullanın. Günün sonunda kendinizi daha iyi hissedeceksiniz.
- ◆ Eve veya işyerine giderken otobüsten birkaç durak önce inerek geri kalan yolu yürüyün.
- ◆ Asansör yerine merdiven kullanın.
- ◆ Akşamlarınızı tembel bir şekilde geçirmeyin. Televizyon izlerken çeşitli egzersizler yapın.
- ◆ Egzersiz yaparken uygun kıyafet ve ayakkabı giyin.
- ◆ Yavaş başlayın, kısa bir süre içerisinde çok fazla yapmayın.
- ◆ Bedeninizi dinleyin. Eğer baş dönmesi, mide bulantısı, ağrı ve çok fazla yorgunluk hissederseniz bu kısa bir süre içerisinde çok fazla egzersiz yaptığınızın göstergesidir. Böyle bir durumda egzersizi bırakın.
- ◆ Eğer yaptığınız egzersizle rahatsanız miktarını artırın ve aşamalandırın.
- ◆ Bir haftada beş veya daha fazla gün, yarım saat, orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmayı amaçlayın.

## 7. Sigara Ve Sigaranın Bırakılması

Sigara kullanımı kalp sağlığı açısından en başta gelen risk faktörüdür. Sigara; kalp hastalığı, inme (felç), akciğer hastalıkları ve çeşitli kanserlere neden olarak ölüme sebebiyet vermektedir.



### SİGARA

- Kan Basıncında Artışa
- Günlük Hareketlerde Zorlanmaya
- Akciğer Hastalıklarına ve Solunum Yetersizliklerine
- Kanda Pıhtılaşma Eğilimine
- İyi Kolesterol Seviyesinin Düşmesine
- Damar Sertliğine Yol Açar!!!

- ⊗ Sigara kullananlarda kalp krizi riski, içmeyenlerden 2 kat daha yüksektir. Sigara kullanımı ani kalp ölümünün başta gelen nedenidir.
- ⊗ Sigara içen ve doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda kalp damar hastalığı ve inme riski sigara kullanmayanlara göre çok daha yüksektir.

- ⊗ Yakın çevresinde sürekli sigara içilen kişilerde kalp hastalığı riski artmaktadır.

#### Sigarayı Bırakmanın Yararları:

- ◆ Tat ve koku duyunuz normale döner.
- ◆ Sigara öksürüğünüz kesilir.
- ◆ Sindiriminiz normale döner.
- ◆ Kendinizi canlı ve enerjik hissedersiniz.
- ◆ Çok daha rahat nefes alırsınız.
- ◆ Basamakları daha kolay çıkmaya başlarsınız.
- ◆ Sigara kokusu, sigara yanığından kurtulursunuz. Sigarayı bırakmak için; hekiminizden yardım isteyin, içmenize neden olan sebebi bulun ve ondan uzaklaşın, sigara yerine sizi mutlu eden başka faaliyetler bulun.



### **Kalbinizi koruyun. İçinde sevdikleriniz var.**

- ⊗ Artık sigaraya ihtiyaç duymadığınız için kendinizi daha özgür hissedersiniz.
- ⊗ Daha uzun yaşarsınız, kalp hastalığı, inme, akciğer hastalığı ve kanserine yakalanma riskiniz azalır.
- ⊗ Sigaranın bırakılmasından sonraki ilk yıl içinde kalp krizi geçirme olasılığı yarıya iner, 2-3 yıl sonra da sigara içmeyenler düzeyine yaklaşır.
- ⊗ Sigaranın bırakılmasından sonra damar sertliği ve iyi kolesterol seviyesinin düşmesi azalır.

#### **8. Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunmada Genel Öneriler:**

- ⊗ **Beslenmenizde yağı azaltın.**
- ⊗ **Beslenmenizde doymuş yağları azaltın.**
- ⊗ **Doymuş yağlar yerine doymamış yağları seçin.**
- ⊗ **Diyetinizde kolesterolü sınırlayın.**
- ⊗ **Posa tüketiminizi artırın.**
- ⊗ **Daha fazla meyve ve sebze tüketin.**
- ⊗ **İdeal vücut ağırlığınızı koruyun /şişmansanız ideal ağırlığınıza ulaşın.**

- ⦿ **Fiziksel aktivitenizi artırın.**
- ⦿ **Eğer kan basıncınız yüksekse (hipertansiyon), kontrol altına alın**
- ⦿ **Sigara içmeyin ve içilmesine izin vermeyin.**
- ⦿ **Stresi azaltın.**
- ⦿ **Alkolden uzak durun.**
- ⦿ **Tuz ve şekeri beslenmenizde kısıtlayın.**



### **UNUTMAYIN !!!**

- ⦿ **Doktor kontrollerinizi aksatmayın, düzenli olarak kontrollerinize gidin.**
- ⦿ **İlaçlarınızı her gün zamanında için, doktorunuza danışmadan ilaç kullanmayın.**
- ⦿ **Doktorunuza danışmadan egzersize ya da spora başlamayın.**
- ⦿ **Tansiyonunuzu, şekerinizi ve kilonuzu düzenli olarak ölçtürün.**
- ⦿ **Kullandığınız ilaçların yan etkilerini bilin.**

## KAYNAKÇA

1. Birol L., Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara, Türkiye, *Sistem Ofset Basım*, 2005, 407.
2. Çıkınlar R. Koroner Kalp Hastalıklarından Primer Korunma. S.D.Ü. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Semineri*, Isparta, Türkiye, 2006, 5-6.
3. Özer S. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Türkiye, 2002.
4. Türk Kardiyoloji Derneği, “Kalbinizi Koruyun, İçinde Sevdikleriniz Var” Projesi, 2007. <http://www.kalbinizikoruyun.org/index2.html> Erişim Tarihi: 08.08.2012
5. Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliği Müdahalesinin Yaşam Kalitesine Etkisi. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Zonguldak, Türkiye, 2010.
6. Türk Kardiyoloji Derneği, “Kalbinizi Koruyun, İçinde Sevdikleriniz Var” Projesi, 2007. <http://www.kalbinizikoruyun.org/053.html> Erişim Tarihi: 12.09.2012
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü , Kalp Damar Hastalıkları Ve Egzersiz, 2008, Ankara
8. Diyabet ve Kalp-Damar Hastalıkları, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, <http://www.turkendokrin.org.tr> Erişim Tarihi: 17.09.2012
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon, Ankara, 2008.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Kalp ve Damar Hastalıklarında Beslenme, Ankara, 2008.
11. Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme, Türk Kardiyoloji Derneği, <http://www.tkd.org.tr/menu/427/hasta-beslenme-kilavuzlari> Erişim Tarihi: 17.09.2012
12. Türk Kardiyoloji Derneği Klavuzlar, <http://tkd.org.tr/menu/423/dunya-hipertansiyon-gunu-17-mayis-2012-saglikli-yasam-saglikli-kan-basinci> Erişim Tarihi: 18.09.2012
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sigara ve Kalp ve Damar Hastalıkları, Ankara, 2008.

14. McCance KL., Huether SE. Pathophysiology, The Biologic Basic for Disease in Adults and Children. 6th Edition, Mosby, 2010, 1160-1176.

15.<http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/cholesterol/>  
ErişimTarihi:20.09.2012

16.T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼, Fiziksel Aktivite,beslenme ve Sağlıklı Yaşam, 2008 Ankara

17.Yeşil P., Altıok M., Kardiyovask¼ler Hastalıkların Önlenmesi Ve Kontrol¼nde Fiziksel Aktivitenin Önemi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovask¼ler Hemşirelik Dergisi, Cilt:1,Sayı:3, 2012 s:39-48

18.Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovask¼ler Hastalıklardan Korunma Klavuzu:Özet, <http://www.tkd.org.tr/menu/208/esc-kilavuzlari> Erişim Tarihi: 21.09.2012