



**KORONER ARTER HASTALARINDA
OREM'İN ÖZ BAKIM YETERSİZLİK KURAMI'NA
GÖRE YAPILANDIRILAN EĞİTİMİN
ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Fatma TOK YILDIZ

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Doktora Tezi- 2018

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER ARTER HASTALARINDA OREM'İN ÖZ BAKIM
YETERSİZLİK KURAMI'NA GÖRE YAPILANDIRILAN
EĞİTİMİN ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Fatma TOK YILDIZ

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI**

**ERZURUM
2018**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**KORONER ARTER HASTALARINDA OREM'İN ÖZ BAKIM
YETERSİZLİK KURAMI'NA GÖRE YAPILANDIRILAN EĞİTİMİN
ÖZ BAKIM GÜCÜ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Fatma TOK YILDIZ

Tez Savunma Tarihi : 20.02.2018

Tez Danışmanı

: Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi

: Prof. Dr. Neziha KARABULUT (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi

: Prof. Dr. Türkinaz AŞTI (Bezmialem Üniversitesi)

Jüri Üyesi

: Prof. Dr. İsmet EŞER (Ege Üniversitesi)

Jüri Üyesi

: Yrd. Doç. Dr. Afife YURTTAŞ (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Doktora Tezi
Erzurum- 2018

İÇİNDEKİLER

ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Koroner Arter Hastalığı	5
2.1.1. Epidemiyoloji.....	6
2.1.2. Etiyoloji ve Patofizyoloji	7
2.1.3. Risk Faktörleri	8
2.1.4. Tanı	8
2.1.5. Tedavi	9
2.2. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı	9
2.2.1. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı	11
2.2.2. Öz Bakım Kuramı	12
2.2.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı	14
2.3. Koroner Arter Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı.....	14
2.3.1. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı	16
2.4. Koroner Arter Hastalığı ve Yaşam Kalitesi	27
3. MATERYAL VE METOT.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29

3.3. Evren ve Örneklem	29
3.4. Veri Toplama Araçları	30
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	43
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	43
3.7. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	44
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR	63
EKLER	79
EK- 1. ÖZGEÇMİŞ	79
EK- 2. UYGULAMA GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	80
EK- 3. KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	83
EK- 4. HASTA TANITIM FORMU	86
EK- 5. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ.....	93
EK- 6. MACNEW KALP HASTALIĞI SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ANKETİ	96
EK- 7. YAŞAM KALİTESİ ANKETİ.....	105
EK- 8. OREM'İN ÖZ BAKIM YETERSİZLİK KURAMI'NA GÖRE YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM REHBERİ (Tez kapağında yer almaktadır.).....	111
EK- 9. ETİK KURUL ONAY FORMU	113
EK-10. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİNİ	114

EK-11. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU	
SİVAS İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİNİ	115
EK- 12. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ İZİNİ	116
EK-13. MACNEW KALP HASTALIĞI SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM	
KALİTESİ ANKETİ İZİNİ.....	117
EK-14. YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (15D) İZİNİ	118



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca değerli katkıları ve yol göstericiliği için danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI'ya,

Tez çalışmama verdikleri akademik katkılardan dolayı Sayın Prof. Dr. Nezih KARABULUT ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Afife YURTTAŞ hocalarıma, tezimin istatistik aşamasındaki katkılarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Ahmet ALTUN'a, araştırmanın yürütülmesindeki desteklerinden dolayı Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kalp Merkezi Kardiyoloji Servisinde ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sivas Numune Hastanesi Anjio Ünitesi, Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Servisi başta hemşireler ve hekimler olmak üzere tüm çalışanlarına, araştırmada gönüllü olarak yer alan bütün hastalara ve ailelerine, çalışma ve eğitim hayatımda desteklerini her daim hissettiğim TOK ve YILDIZ ailesine, her aşamamda destek olan eşim Fatih YILDIZ'a, özverilerinden dolayı canlarım, çocuklarım Ahmet Kaan YILDIZ ve Şengül YILDIZ'a sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca "TUBİTAK 3001 Başlangıç Ar-Ge Projeleri Destekleme Programı" kapsamında destek verilmesinden dolayı TUBİTAK'a teşekkür ederim.

Uzman Hemşire

Fatma TOK YILDIZ

ÖZET

Koroner Arter Hastalarında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na Göre Yapılandırılan Eğitimin Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı koroner arter hastalarına Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Ocak 2015- Şubat 2017 tarihleri arasında yürütülen araştırmanın evrenini bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kardiyoloji kliniğinde yatan koroner arter hastaları oluşturdu. 51 hasta girişim, 51 hasta kontrol grubunda olmak üzere toplam 102 hasta cinsiyet, yaş, LDL kolesterol düzeyi ve öz bakım gücü ölçeği puanına göre randomize edildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastalarla görüşmeler hastanede ve evde olmak üzere iki oturumda gerçekleştirildi. Taburculuk sonrası 2., 8. haftada, 1. 3. ve 6. ay poliklinik kontrolünü takiben 5 ev ziyareti yapıldı. Eğitim hastanede ve her ev ziyaretinde bireyin gereksinimleri doğrultusunda gerçekleştirildi. Kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmadı, ev ziyaretlerinde sadece hastaların tansiyon arteriel değerleri ölçülerek takip edildi. Araştırma verileri hastanedeki 3. görüşmede ve 6. ay sonundaki 5. ev ziyaretinde Hasta Tanıtım Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (MacNew) ve Yaşam Kalitesi Anketi (15D) kullanılarak toplandı.

Bulgular: Girişim ve kontrol grubunun gruplar arası öz bakım gücü ölçeği, MacNew ve 15D ilk ölçüm puan ortalamaları arasında fark olmadığı, ancak son ölçüm puan ortalamaları arasında fark olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p<0.01$). Öz bakım gücü ölçeği, MacNew ve 15D ilk ölçüme göre son ölçüm puan ortalamalarının girişim grubunda daha yüksek, kontrol grubunda ise benzer olduğu saptandı. Girişim grubunda ölçümler arası farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$).

Sonuç: Araştırma sonucunda Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin koroner arter hastalığı olan bireylerin öz bakım gücünü, hastalıkla ilişkili yaşam kalitesini ve genel yaşam kalitesini artırdığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Hasta eğitimi, hemşirelik, KAH, Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı, öz bakım gücü, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Impact of the Training Structured according to Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory on Coronary Artery Patients' Self-Care Agency and Quality of Life

Aim: This study aimed to determine the impact of training structured according to Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory on coronary artery disease patients' self-care and quality of life.

Material and Method: The population of the study conducted between January 2015 and February 2017 was the patients with coronary artery disease in a cardiology service of a university and a public hospital. 102 patients were evenly divided into experimental group and control group (each has 51 patients) randomized according to their gender, age, LDL cholesterol, Self-Care Agency Scale scores. Interviews with the patients in the experimental and control groups were conducted in two sessions: at the hospital and at home. Five Home visits after the discharge from the hospital following the 2nd, 8th weeks, 1st, 3rd and 6th months-polyclinic controls. The training was given in the hospital and at every home visit repeatedly in line with the requirements of the individual. There was no intervention in the control group; only blood pressure arterial values of the patients were measured and monitored at home visits. The research data were collected by using the Patient Description Form, Self-Care Agency Scale, MacNew Health-related Quality of Life Heart Disease Questionnaire (MacNew) and Life Quality Questionnaire (15D) at the 3rd interview in the hospital and at the 5th home visit at the end of 6th months.

Results: It was found out that there was no difference between the first measure mean scores of Self-Care Agency Scale, MacNew and 15D of experimental and control groups, but there was a difference between the mean scores of the final measurement, and this difference was statistically highly significant ($p < 0.01$). In the experimental groups Self-Care Agency Scale, MacNew and 15D were higher than those in the first measurements, but in the control group those were similar ($p > 0.05$). In the experimental group difference between them was statistically highly significant ($p < 0.01$).

Conclusions: As a conclusion of the study, it was revealed that the training structured according to Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory improved the self-care agency, quality of life regarding the disease and overall quality of life of the patients with coronary artery disease.

Key words: patient training, nursing, CAD, Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory, self-care agency, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

15D	: Yaşam Kalitesi Anketi
AHA	: American Heart Association
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
CRP	: C- Reaktif Protein
DM	: Diyabetes Mellitüs
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EQ-5D	: Euroqol 5 dimension
HDL	: High Density Lipoprotein
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LDL	: Low Density Lipoprotein
MI	: Miyokart İnfarktüs
MacNew	: MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi
SVH	: Serobrovasküler Hastalık
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. KAH Risk Faktörleri	7
Şekil 2.2. Tanılama.....	8
Şekil 2.3. Öz Bakım Yetersizlik Hemşirelik Kuramı Kavramsal Yapısı	10
Şekil 2.4. Beslenmede Tedavi Edici Yaşam Tarzı Değişimi.....	20



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Araştırma Süreci	42
Tablo 3.2. İstatistiksel Analizde Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler ..	43
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	46
Tablo 4.2. Grupların Risk Faktörlerine göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	48
Tablo 4.3. Risk Faktörlerine göre Grupların İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.5. MacNew İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.6. 15D İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 4.7. Girişim Grubu İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu	54
Tablo 4.8. Kontrol Grubu İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....	55
Tablo 4.9. Girişim Grubu Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu	55
Tablo 4.10. Kontrol Grubu Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....	56

1. GİRİŞ

Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde teknolojik ve sosyo- ekonomik alandaki ilerlemeler, hastalıkların tanı ve tedavisindeki başarının artması ile yaşam süresi uzamakta, yaşam biçiminde değişiklikler olmakta ve kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır.¹⁻³ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Önlenebilir ve Kontrol Edilebilir Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) Küresel Uygulama Planı (2013- 2020) raporuna göre başta kalp damar hastalıkları, kanser, kronik solunum yolu hastalıkları ve diyabet dünyada sırasıyla %48, %21, %12 ve %3.5 oranında en çok ölüme neden olan hastalıklardır.¹ Türkiye’de de kalp damar hastalıkları önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2009 raporunda ülkemizde koroner arter hastalığının (KAH) ölüm nedeni olarak ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir.⁴ KAH’lı bireyde risk faktörlerinin uygun yönetilmesi ile hastalığın ilerlemesinin önlenebileceği, değiştirilebileceği veya yavaşlatılabileceği bildirilmektedir.^{5,6}

KAH bireylerin yaşamına getirdiği pek çok fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemler nedeni ile bireylerin yaşam sürecini, sağlığa uyumunu ve hastalık süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir.^{5, 7-17} Aynı zamanda da bireylerin fonksiyonel yeteneklerini, öz bakım becerilerini azaltmakta,^{8-11, 13} öz bakım sorumluluklarını yerine getirmelerini engellemekte ve yaşam kalitelerini bozmaktadır.^{5, 7-17} KAH ile ilgili çalışmalarda değiştirilebilir risk faktörlerinin prevalansının yüksek olduğu, etkili risk faktörü yönetimi ile morbidite ve mortalite hızının önemli düzeyde azaltılabileceği, yaşam tarzında olumlu değişiklikler oluşacağı, kardiyak risk faktörlerinin azaltılabileceği, nihayetinde sağlığında ve yaşam kalitesinde iyileşme olacağı ön görülmektedir.^{7-9, 14, 18-21} KAH’lı bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda: algılanan sosyal destek ve stresli yaşamın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin

algılanmasında önemli etkilerinin olduğu,^{9, 22} kalp hastalığı ile ilgili yaşam tarzı eğitimi alanların sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve yaşam kalitesi düzeylerinin yüksek olduğu,²³ bireysel ve hastalığa bağlı faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği,^{9, 12} yaşanan göğüs ağrısı nedeniyle hastalığı yaşamlarına tehdit olarak algıladıklarını, beden kitle indeksi (BKİ) ile fiziksel aktivite ve yaşam kalitesinin negatif ilişkili olduğu,²⁴ KAH risk faktörleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü¹⁴ belirlenmiştir.

Bireyin kendi sağlığını korumaya, geliştirmeye yönelik farkındalığının artırılmasında ve yaşam biçiminde gerekli değişiklikleri yapmasında gereksinimleri doğrultusunda planlanan eğitim oldukça önemlidir.²⁵⁻²⁷ Kronik hastalıkların hepsinde olduğu gibi KAH'da da hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde eğitimin etkililiğini gösteren çok sayıda çalışma vardır.^{13, 17, 21, 23, 28-36} Yapılan çalışmalarda kalp hastalarında hasta eğitiminin sağlık davranışlarında düzelmeye sağladığı,²⁸ fiziksel hastalığa uyumu,³² uyku kalitesini,³³ öz bakım gücünü^{13, 29}, yaşam kalitesini,^{17, 23, 33, 37, 38} fiziksel aktivite yapma durumunu,³⁴ öz bakım bilgi, motivasyon ve beceri düzeylerini³⁶ arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca sağlık sonuçlarında iyileşme sağlayarak yeni bir kardiyak olay oluşma riskini,^{17, 20, 21, 31} fizyolojik kardiyak risk parametrelerinden serum lipid düzeylerini,³⁹ anksiyete düzeyini, kiloyu, sistolik- diastolik kan basıncını,^{21, 38} BKİ'yi,^{34, 38} sigara içiciliğini,³⁴ hastaneye tekrarlı yatışları,^{17, 20} mortalite hızını^{17, 20, 35, 37, 38} ve maliyeti³⁵ önemli ölçüde azalttığı tespit edilmiştir.

Hemşirelik uygulamalarında kuram kullanımı hemşirenin tıbbi uygulamalara değil hemşirelik uygulamalarına odaklanmasını sağlayarak bakımı sistematize eder. Aynı zamanda hemşirelere ne yapılacağı ve neden yapılacağı konusunda rehberlik ederek, mesleki bilgiyi kavramsal bir çerçevede örgütler. Böylelikle hizmet sunumunda ekonomi sağlayarak hizmetin etkinliğini artırır.⁴⁰⁻⁴³ Kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin artırılmasında en önemli konulardan biri de hastaların kendi tedavi ve

bakımlarına katılımlılarının sağlanmasıdır. Bu bağlamda öz bakımın temel ilkesi bireyin katılımı ve sorumluluk almasıdır.¹³ Bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapması olarak tanımlanan öz bakım zamanla, iletişim, kültür, eğitim ve etkileşim yoluyla gelişir.^{43(s.14-17),40, 42, 44-46} Orem Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'nda her bireyi kendi kendine öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmek için gerekli bakım yeteneğine sahip öz bakım ajanı olarak görür.^{43(s.24-27), 40-42, 44-49} Aynı zamanda, hemşirenin de “birey adına davranma veya yapma, rehberlik etme, destek olma, gelişmesini sağlayıcı bir çevre oluşturma ve eğitimi ile bireye yardım edebileceğini” belirtir.^{43(s.24-27), 40-42, 44-48} Literatürde enürezisli çocuklarda,⁵⁰ serebrovasküler hastalığı (SVH) olan bireylerde,⁵¹ sezeryan sonrası bakım uygulamalarında,⁵² astımlı adölesanlarda,^{53, 54} hipertansiyonlu bireylerde,^{55, 56} kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) olan bireylerde,⁵⁷ adölesan gebelerde,⁵⁸ tip 2 diyabetli bireylerde⁵⁹ yapılan çalışmalarda Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'nın kullanıldığı belirlenmiştir.

KAH'lı hastalarda sağlığın geliştirilmesi açısından değiştirilebilir risk faktörleri ile etkin mücadele etmek, farkındalık düzeyini yükseltmek, hastanın öz bakım gücü ve yaşam kalitesini arttırmak oldukça önemlidir. Literatürde yer alan ve yukarıda sunulan çalışmalara rağmen, dünyada ve Türkiye'de KAH'da Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan hasta eğitimine yönelik bir araştırmaya rastlanılmamıştır. KAH'lı bireylerin öz bakım becerilerinin geliştirilmesi fonksiyonel yeteneklerinin artırılması, hastalık süreçlerinin etkin yönetilmesi ve yaşam kalitelerinin geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda KAH'lı hastalarda Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin hastalığın ilerlemesini önlemeye, hastaneye tekrarlı yatışları azaltmaya, maliyet etkinliğine, bireyin öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin artmasına, KAH'lı hastaların eğitiminin standartlaştırılmasına, bireyin sağlığını korumaya, geliştirmeye yönelik farkındalığını sağlayarak ve davranış

değişikliği oluşturmasını destekleyerek evde bakım yönetimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı koroner arter hastalarına Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Koroner arter hastalarında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H₁: Koroner arter hastalarında Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

Hemşirelik sağlıklı veya hasta bireylerin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta, yetersiz ve ölmek üzere olanların işbirlikçi ve otonom bakımını kapsar.⁶⁰ Sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, bireylerin, ailelerin, toplumların sağlık hizmetlerine katılımlarının sağlanması ve kendi sağlıkları konusunda sorumluluk üstlenmelerini sağlayacak çözümler getirilmesi ile mümkündür. Diğer bir deyişle hemşireliğin amacı; sağlıklı ya da hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için ona gereksindiği yardımı sağlama eylemidir.^{2, 60, 61}

KAH dünyada ve ülkemizde en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden ilk sırada yer almaktadır. KAH'da özellikle mortalite oranını majör risk faktörlerinin varlığı etkilemektedir.⁴ KAH oluşumunda etkili risk faktörlerinin belirlenmesi, bu faktörlere yönelik toplumun ve yüksek riskli bireylerin birincil korunması, KAH'lı bireylerin mevcut risk faktörleri belirlenerek ikincil korunması, yaşam kalitesini artırma, morbidite ve mortalite oranını azaltmayı içeren üçüncül koruma veya rehabilitasyon önlemlerinin alınmasına yönelik uygulamalar oldukça önem kazanmıştır.^{4, 6, 62}

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter hastalığı, miyokarda kan taşıyan koroner arter duvarlarında ateroskleroz gelişmesine bağlı damarlarda daralma ve kan akımında azalma ile oluşan patolojik bir süreçtir.^{5, 6, 63} Aterosklerotik kalp hastalıkları, kardiovasküler kalp hastalıkları, iskemik kalp hastalıkları ve koroner arter hastalıkları terimleri bu hastalık sürecini tanımlayan benzer terimler olarak kullanılmaktadır.^{5, 64} Arter lümenindeki aterosklerozun lokalizasyonu ve damar lümenindeki daralmanın derecesine göre KAH belirtisi değişebilir. Miyokarda olan kan akımının azalması ile iskemi ortaya çıkar ve

bunun sonucunda göğüs ağrısı (anjina pektoris), iskemi ileri düzeyde ise miyokart hücrelerinin ölümü sonucu miyokart infarktüs (MI) gelişebilir.^{5, 64, 65}

2.1.1. Epidemiyoloji

DSÖ 2017 yılında dünya genelinde ilk 10 ölüm nedeni arasında KAH'a yer vermiş, aynı zamanda da 2015 yılında 15 milyon insanın ölümüne neden olduğu için KAH ve inmeyi dünyanın en büyük katilleri olarak adlandırmıştır.⁶⁶ DSÖ 2014 BOH Global Raporuna göre 2012 yılında dünyada 56 milyon ölümün 7.4 milyonun, ülkemizde ise 422.000 ölümün 198.340'nın nedenin KAH'dan kaynaklanan ölümler olduğu bildirmektedir.⁶⁷

KAH tüm toplumlarda görülmekte, kültür ve etnik durumlara göre hastalık görülme riski değişmekte, hem kadınlar da hem de erkeklerde ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.^{67, 68} Erkekler kadınlara göre 10 yıl daha erken KAH'a maruz kalmakta, kardiyak olay daha çok MI ile başlamakta ve KAH ölüm oranını kadınlara göre daha hızlı düşürülebilmektedir. Buna karşın kadınlarda kardiyak olay daha çok anjina ile başlamakta ve MI nedeniyle ani kardiyak ölüm oranı daha fazla gerçekleşmektedir. Ayrıca, kadınlarda menapoz öncesi erkeklere göre değiştirilebilir risk faktörlerinden high density lipoprotein (HDL) düzeyi daha yüksek, LDL kolesterol düzeyi daha düşük iken, menapoz sonrası ise LDL kolesterol düzeyleri artmaktadır.⁵

Türkiye'de TEKHARF çalışması verilerine göre erişkinlerde kalp hastalığı prevalansının %6.7 olduğu, cinsiyete göre dağılıma bakıldığında KAH'nın erkeklerde görülme oranının %6.2, kadınlarda ise %7.3 olduğu belirlenmiştir.^{4, 68} Ayrıca TEKHARF kohortuna göre KAH'ı etkileyen diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak, her bir yaşın KAH görülme oranının erkekte %3.9, kadında ise %3.6 yükselttiği tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile her 11 yıl yaşlanma Türk insanın KAH olasılığını 1.5 kat arttırmaktadır.⁶⁸

2.1.2. Etiyoloji ve Patofizyoloji

KAH'ın etyolojisinde risk faktörleri (Şekil 2.1.) etkili olmaktadır.^{5, 64, 65} KAH oluşumundaki en önemli etken aterosklerozdur. Öncelikle kolesterol ve lipidler damar intimasında birikmekte, kan komponentleri ve damar duvarını oluşturan elementlerin karmaşık etkileşimi sonucunda plaklar oluşmaktadır. İnflamasyon ve endotel zedelenmesi ateroskleroz oluşumunda temel rol oynamaktadır.^{5, 65} Endotel zedelenmesine tütün kullanımı, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, hiperhomosisteinemi ve enfeksiyonlar (pnömoni, herpes gibi) lokal inflamasyon yanıt oluşturarak neden olabilir. Zedelenmiş endotel bariyer özelliğini yitirir, lipoprotein moleküllerinin subendotel dokuya geçiş hızı artar ve plak oluşumu meydana gelir. Aynı zamanda C- reaktif protein (CRP) yükselmesinin inflamasyonun ve plak oluşumunun klinik göstergesi olduğu kabul edilmektedir.^{5, 65}

Değiştirilemez Risk Faktörleri	Değiştirilebilir Risk Faktörleri
<ul style="list-style-type: none">YaşCinsiyet (Erkek > Kadın 65 yaşa kadar)İrk (beyaz > siyah)Genetik yatkınlık ve ailede kalp hastalığı öyküsü	<p>Majör risk faktörleri</p> <ul style="list-style-type: none">Serum lipidleri Total kolesterol >200 mg/dl Trigliserid \geq150 mg/ dl LDL kolesterol >160 mg/dl HDL kolesterol ♂<40 mg/dl, ♀< 50 mg/dlKan basıncı \geq140/90 mmHgTütün kullanımıFiziksel hareketsizlikObezite: Bel çevresi ♂ \geq102 cm ve ♀ \geq88 cm <p>Katkı sağlayan risk faktörler</p> <ul style="list-style-type: none">Diyabetes Mellitus (DM): Açlık kan şekerinin \geq100 mg/dlMetabolik sendromPsikolojik risk faktörleri (depresyon, kızgınlık, öfke, stres)Homosistein düzeyinin yükselmesiMadde kullanımı

Şekil 2.1. KAH Risk Faktörleri

2.1.3. Risk Faktörleri

Risk faktörleri istatistiksel olarak bir hastalığın insidansının yüksek olması ile ilişkilidir. KAH risk faktörleri değiştirilemez ve değiştirilebilir risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılır (Şekil 2.1.).⁵

2.1.4. Tanı

KAH ya da KAH' dan şüphe edilen bireylerde kapsamlı fizik muayene, ağrı ve diğer belirtilere yönelik detaylı öykü alınmalıdır. Ayrıca mevcut hastalık, geçmiş hastalık öyküsü, varsa kullanılan ilaçlar, cerrahi veya başka tedavilerin varlığı da öyküde yer almalıdır. Özellikle bireyde ağrı varsa, ağrının nerede hissedildiği, nereye yayıldığı, niteliği, şiddeti, süresi, ne kadar süredir devam ettiği, ağrıyı arttıran veya azaltan faktörlerin varlığı sorgulanmalıdır. Laboratuvar testleri KAH'ın olası nedenlerine yönelik bilgi sağlamada, KAH risk profilini ve tedavi gereksinimi olup olmadığının değerlendirilmede kullanılmaktadır (Şekil 2.2).^{5, 64, 65}

Öykü ve fiziksel muayene
Elektrokardiografi (EKG, 12 derivasyonlu)
Akciğer filmi
Egzersiz stres testi
Ekokardiogram (EKO)
Nükleer görüntüleme yöntemleri
Elektron demeti bilgisayarlı tomografi
Koroner anjiyografi
Laboratuvar testleri
<ul style="list-style-type: none">• Kreatin fosfokinaz miyokardial band (CK-MB)• Kardiak troponin• Myoglobin• Serum lipidleri• Tam kan sayımı (CBC)• CRP• Homosistein

Şekil 2.2. Tanılama

2.1.5. Tedavi

KAH'da tedavinin amacı semptomları azaltmak ve prognozu iyileştirmektir. KAH'lı bireylerin yönetimi yaşam tarzı değişikliği, KAH risk faktörlerinin kontrolü, farmakolojik tedavi ve hasta eğitimini kapsar.^{5, 64, 65}

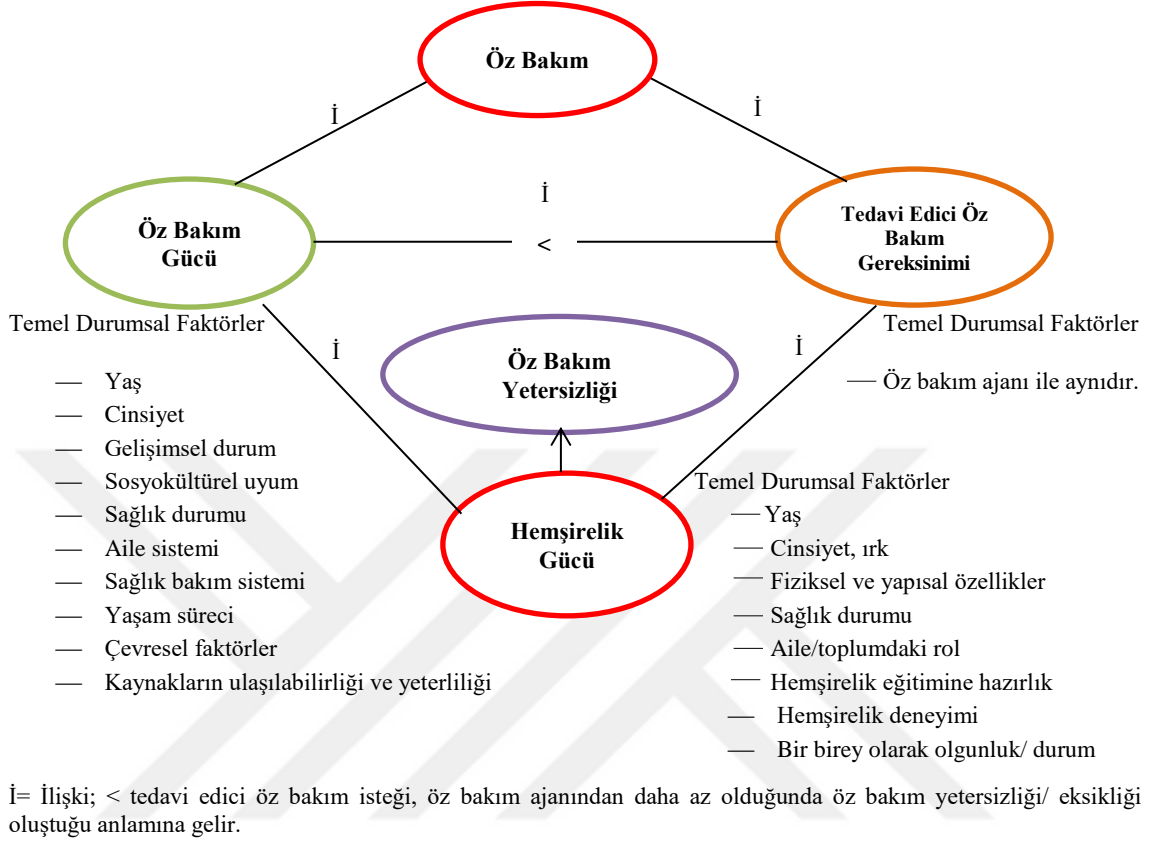
KAH üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, gelişebilecek komplikasyonlar, morbidite, mortalite ve maliyetin yüksek olmasından dolayı önemli bir sağlık sorunudur.^{1, 4} Bu kapsamda KAH tanısı alan hastaların öz bakım sorumluluklarını üstlenmesi; konforlarını, fonksiyonel yeteneklerini, hastalık sürecini ve yaşam kalitesini etkilemesi açısından oldukça önemlidir.¹³ Orem'e göre hemşirelik, yardım veya rehberliğe gereksinimi olan kişilere bilimsel bilgi doğrultusunda hemşireler tarafından verilen hizmettir.^{40, 43, 46, 48} Bu doğrultuda Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'nı kullanarak hemşire, hastanın tedavi edici öz bakım gereksinimlerini karşılarken, aynı zamanda onun öz bakımını yapabilmesine yönelik girişimlerini de devam ettirmesine yardımcı olur.^{40, 43, 46, 48}

2.2. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı

Dorethea Elizabeth Orem tarafından teori 1956 yılında "Öz Bakım Teorisi" olarak oluşturulmaya başlanmış, 1991 yılında "Öz Bakım Yetersizlik Kuramı" olarak adlandırılmış ve 1971 ile 2001 yılları arasında şekillendirilmiştir.^{40, 41, 43, 46} Orem'e göre öz bakım bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasıdır.^{43(s.24-27), 40-42, 44-48}

Öz Bakım Yetersizlik Kuramı öz bakım, öz bakım gücü, tedavi edici öz bakım gereksinimi, öz bakım yetersizliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemi kavramlarından oluşmaktadır.⁴³ Bu kavramlardan öz bakım, öz bakım gücü, tedavi edici öz bakım gereksinimleri ve öz bakım yetersizliği hasta veya bireyin hemşireliğe gereksinimi ile ilişkili iken; hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemi hemşireler ve

uygulamaları ile ilişkilidir.⁴³ Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'nın temel kavramları ve birbiri ile ilişkisi Şekli 2.2'de verilmiştir.^{43(s. 15)}



Şekil 2.3. Öz Bakım Yetersizlik Hemşirelik Kuramı Kavramsal Yapısı

Öz bakım: Bireyin kendi yaşamını, sağlık ve iyilik halini sürdürmede kendi davranışlarını başlatma ve uygulamadaki bilinçli aktivitesi olarak tanımlanmaktadır.^{40,}

42-46

Öz bakım gücü: Orem'e göre birey öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz bakım gücüne sahip olmalıdır. Öz bakım gücü bireyin kendi yaşamını, sağlık ve iyilik durumunu devam ettirmek için sağlık aktivitelerini gerçekleştirme gücü ve yeteneğidir.^{40, 42-46} Bu gücünü ya da öz bakım yeteneğini kullanan birey öz bakım ajanıdır.⁴³ Diğer bir ifadeyle öz bakım ajanı, öz bakımı sağlayan bireydir. Öz bakım ajanı çocuklukta gelişmeye başlar, yetişkinlikte olgunlaşır ve ilerleyen yaşlarda azalır.^{43,}

46

Tedavi edici öz bakım gereksinimi: Orem, bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik halini sürdürebilmesi için gereksinimi olan öz bakım uygulama ve davranışlarını, uygun yöntemleri kullanarak belli bir süreçte yerine getirmesini tedavi edici öz bakım gereksinimi olarak tanımlamıştır.^{40, 42-46} Bireyin terapötik öz bakım gereksinimleri yaşamı süresince değişiklik göstermektedir.⁴⁶

Öz bakım yetersizliği: Öz bakım ajanı ve tedavi edici öz bakım gereksinimleri arasında bir ilişki vardır. Bu ilişki fazla, eşit ve az veya yetersiz olduğunda denge bozularak öz bakım yetersizliği oluşur.^{40, 42-46} Bireyin ne zaman ve niçin hemşireye ihtiyacı olduğunu açıklar.⁴³

Hemşirelik gücü: Öz bakım yetersizliği olan bireylerde öz bakım gereksinimini belirlemek, tedavi edici öz bakımın gereksinimlerini karşılamak ya da öz bakım gücünü arttırmak için hemşirenin yapmış olduğu özelleşmiş hemşirelik uygulamaları olarak tanımlanmaktadır.^{40, 43, 44, 48, 53} Orem hemşirenin birey adına davranma veya yapma, rehberlik etme, destek olma, gelişmesini sağlayıcı bir çevre oluşturma ve eğitim ile bireye yardım edebileceğini belirtir.^{43(s.24-27), 40-42, 44-48}

Temel durumsal faktörler: Bireyin belirli zaman veya özel durumlarda tedavi edici öz bakım gereksinimini veya öz bakım gücünü etkileyen faktörlerdir. Yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sağlık durumu, yaşam süreci, sağlık bakım sistemi, aile sistemi, sosyokültürel durum, kaynaklara ulaşılabilirlik ve dış çevresel faktörler olmak üzere on temel durumsal faktör vardır.^{43, 46}

Öz Bakım Yetersizlik Kuramı; Öz Bakım Yetersizliği, Öz Bakım ve Hemşirelik Sistemleri Teorisi olmak üzere birbiri ile ilişkili üç teorinin birleşiminden oluşmaktadır.^{40, 41, 43, 46}

2.2.1. Öz Bakım Yetersizlik Kuramı

Orem'in hemşirelik kuramının temelini oluşturmaktadır. Bireyin ne zaman ve

niçin hemşireye ihtiyaç duyacağı sorusuna yanıt verir. Bireyin sahip olduğu öz bakım yeteneği, zamanla ortaya çıkan öz bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz olduğunda, öz bakım gücünü aştığında öz bakım yetersizliği oluşur.⁴⁰⁻⁴⁸

Birey kendisinde öz bakım yetersizliği geliştiğinde hemşireyi, bilgili ve yardım etme becerisine sahip biri olarak algılamaktadır. Orem, hemşirenin beş farklı yöntem kullanarak bireye öz bakımını sağlamada yardım edebileceğini açıklamıştır.⁴⁵ Bunlar;

- Birey adına davranmak ya da yapmak
- Rehberlik etmek veya yönlendirmek
- Fiziksel veya psikolojik destek sağlamak
- Bireysel gelişimi destekleyen çevreyi oluşturmak veya sürdürmek
- Öğretim

Hemşire, bu yöntemlerden herhangi birini ya da tamamını kullanarak bireyin öz bakımını sağlamasına yardımcı olabilir.⁴⁵

2.2.2. Öz Bakım Kuramı

Birey, kendi gereksinimlerini belirleme ve karşılama gücüne sahiptir. Öz bakım, bireyin kendi yaşamını, sağlık ve iyilik halini korumak için üzerine düşeni yapmasıdır. Öz Bakım Kuramı yaşamın devamı için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar.⁴⁰⁻⁴⁸ Bireyin kendi sağlık ve iyiliğinin devamı için bireysel bir çabası olması gerekir. Öz bakım gereksinimleri kavramı Öz Bakım Kuramı ile ilişkili olup, öz bakımın yapılma nedeni olarak açıklanabilir.^{40, 45} Öz bakım gereksinimleri, bireyin büyüme ve gelişme süreci, sağlık durumu, sağlık veya gelişim süreci ile ilişkili özel durumlar, enerji tüketim düzeyi ve çevresel faktörler ile ilişkilidir.⁴⁶ Orem'e göre öz bakım gereksinimleri evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma olmak üzere üç kategoriden oluşmaktadır.^{40, 45}

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Bireyin, yapı ve fonksiyonlarının bütünlüğünü ve genel iyilik halini devam ettiren yaşam süreci ile ilişkili gereksinimlerdir.^{40, 45, 46} Bireyin günlük yaşamı ile ilgili gereksinimler olarak da adlandırılır ve her biri diğerini etkileyebilir.⁴⁵ Orem'e göre sekiz gelişimsel faktör vardır:^{40, 45, 46}

1. Yeterli hava alımının sürdürülmesi
2. Yeterli sıvı alımının sürdürülmesi
3. Yeterli besin alımının sürdürülmesi
4. Boşaltım süreci ve dışkılama ile ilgili bakımın sağlanması
5. Aktivite ve dinlenme arasındaki dengenin sürdürülmesi
6. Yalnızlık ve sosyal etkileşim arasındaki dengenin sürdürülmesi
7. İnsan yaşamı, fonksiyonları ve iyilik halini bozan durumların önlenmesi
8. Bireyin potansiyeline uygun olarak sosyal grup içinde fonksiyon ve gelişiminin sağlanması, bireyin sınırlılıklarını bilmesi, isteklerinin normal olmasıdır.

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Yaşamın çeşitli dönemlerinde bireyin gelişimini olumsuz yönde etkileyen pek çok olay ve koşulların meydana gelmesinden dolayı, bu gereksinimler, bireyin büyüme ve gelişim süreçlerine özgü gereksinimler olarak tanımlanmaktadır.^{40, 45, 46} Gelişimsel öz bakım gereksinimleri bireyin gelişimini etkileyebilecek eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş veya dost kaybı, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, hastalığın terminal dönemi veya ölüm tehdidi altında olma gibi durumların sağlığa zararlı etkilerinden korunmayı içerir. Bu durumlarla bireyin başa çıkabilmesi veya en az düzeyde etkilenmesi için öz bakımının sağlanması gerekir.^{45, 46}

Sağlıktan Sapma Öz Bakım Gereksinimleri

Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri medikal tanı ve tedavi alan, patolojik durumlar ya da hastalık sonucu bozulma ve yetersizlik gelişen hasta veya yaralanmış bireylerde oluşan gereksinimlerdir. Bireyin hemşireliğe olan gereksinimi sağlığı ile ilgili yaşadığı deneyimlerinden kaynaklanmaktadır. Diğer bir ifadeyle bireyler, etkilendikleri sağlıktan sapma durumlarında öz bakımlarını karşılamada herhangi bir yetersizlikleri olduğunda hemşireye gereksinim duyacaklardır.^{40, 44-46}

2.2.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Hemşirenin bireylere nasıl yardım edebileceğini açıklar. Hemşirelik sisteminin amacı, bireyin yeteneklerini artırarak gereksinimlerini karşılamak veya isteklerini azaltmaktır.⁴⁰⁻⁴⁸ Birey ya da hastanın belirli tedavi edici öz bakım gereksinimleri veya öz bakım yetersizliğinin karşılanması için hemşire tarafından gerçekleştirilen hemşirelik uygulamalarından oluşmaktadır. Orem, bireyin gereksinimlerinin karşılanması için üç tip hemşirelik sistemi tanımlamıştır;

Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi: Birey bütün tedavi edici öz bakım taleplerini karşılayan kaynaklardan yoksundur ve bu taleplerin giderilmesi hemşirenin sorumluluğundadır.

Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi: Birey öz bakım ihtiyaçlarının bazıları gerçekleştirirken bazılarını hemşirenin gidermesi gerekmektedir.

Destekleyici ve eğitici hemşirelik sistemi: Hasta kendi taleplerini karşılayacak kaynaklara sahiptir fakat karar verme, bilgi ve becerinin kazanılması için hemşirenin yardımına ihtiyaç duyar.^{40, 44-46}

2.3. Koroner Arter Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı

DSÖ 2014 BOH Global Raporuna göre 2012 yılında KAH, dünyada ve ülkemizde BOH'daki tüm ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer almaktadır.⁶⁷ Risk

faktörlerinin uygun yönetilmesi ile KAH'da morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği, bunun yanı sıra bireylerin yaşam kalitesinin artırılabilceği bildirilmektedir.^{5, 6} Toplumun bakım gereksinimini üstelenen hemşireler, kronik hastalığı olan birey, aile ve toplumların sağlığının geliştirilmesi, hastalığın tedavisi ve baş etmesinin sağlanmasında özellikle eğitici rolleriyle değişim ve gelişim sağlama aracı olurlar.^{25, 26, 69}

Bireyin gereksinimlerini karşılayacak, sorunlarına çözüm üretecek, bilgi, beceri, tutum ve davranışların kazanılması⁷⁰ ya da bireyin davranışında kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istenilen yönde değişim oluşturma süreci⁷¹ olarak tanımlanan hasta eğitiminde birer sağlık eğitimcisi olarak hemşireler önemli bir role sahiptir.^{72, 73} KAH'lı bireyin eğitiminde pek çok sağlık profesyonelinin yer aldığı multidisipliner yaklaşım kullanılması oldukça önemlidir.^{31, 74-77} Bu ekipte kardiyoloji uzmanı hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikiyatrist, psikolog, egzersiz uzmanı, iş ve uğraş terapisti, sosyal hizmet uzmanı, mesleki rehabilitasyon uzmanı ve eczacı yer almaktadır.^{31, 74, 75, 77} Multidisipliner ekipte hemşire hastayla sürekli ilgilenmesi ve hasta eğitiminde deneyimli olmasından dolayı ekibin vazgeçilmez üyesidir.^{31, 74, 75, 77}

Hemşireliğin temel amacı sağlığı korumak, geliştirilmek, hastalıkların tedavisinde toplumu ve hastaları bilinçlendirmektir. Bu bağlamda sağlıklı ya da hasta bireyin eğitimi hemşireliğin en önemli ve bağımsız rollerinden biridir.^{25-27, 70-72, 74} Eğitim sağlığın korunması veya geliştirilmesi için gerekli olan, bireylerin davranışında değişikliklere neden olabilecek bilgi ve becerileri edinme sürecidir.^{25, 26, 31, 70, 71} Bireylere üst düzeyde katkı sağlamak için hasta eğitimi gerçekçi hedefleri, hastaların gereksinimlerini ve hastaların daha kontrollü olmasına yönelik davranış değişikliğini içermelidir. Bunlara ek olarak hasta eğitimi bireylerin kararlara aktif katılımını, bireysel risklerin değerlendirilmesini, hastalık ve olası risklere karşı öz bakımın geliştirilmesini, hastalığa uyumu kolaylaştırıcı olumlu tutumun desteklenmesini ve psikolojik stresin

hafifletici uygulamaları da kapsamaludur.^{1, 2, 50} öğrenme süreci (öğrenme yöntemleri, oturumların süresi) bireye özgü olup, esasen bireylerin algı ve bireysel hedeflerine bağlıdır.⁵⁰

KAH'a yönelik kardiovasküler kliniklerde hemşire liderliğinde yapılan uygulamaların yer aldığı çalışmalarda KAH'lı bireylerde kardiyak risk faktörlerinin,^{19, 78} kardiyak olaylar sonrası anksiyetenin, hastaneye tekrarlı yatışların³¹ ve depresyonun azaldığı,^{37, 79} buna karşın yaşam kalitesinin,^{19, 79} sağlık davranışları ve kardiyak risk parametrelerinin önemli ölçüde iyileştiği³⁹ belirlenmiştir. Bu doğrultuda hemşire KAH'lı birey/aileye eğitim vererek, bireyin öz bakım becerilerinin geliştirilmeye, değiştirilebilir risk faktörleri olan bireyleri KAH riskini azaltacak yaşam tarzı değişikliklerini yapmaya cesaretlendirmeli ve motive etmelidir.⁷⁴⁻⁷⁶ Motivasyonu yüksek olan bireyler, değiştirilebilir risk faktörlerini nasıl azaltacaklarını yönelik bilgi gereksinimi duymaya başlamaktadır.⁵ KAH'lı bireylerde eğitimin etkililiğini gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur.^{17, 21, 23, 28-35} Yapılan çalışmalarda eğitiminin hastalığa uyumu,³² uyku kalitesini,³³ öz bakım gücünü,^{13, 29} yaşam kalitesini^{17, 23, 33, 37, 38} ve fiziksel aktiviteyi³⁴ arttırdığı belirlenmiştir. Aynı zamanda KAH'a yönelik verilen eğitimin KAH'lı bireylerde kardiyak risk parametrelerinden lipid profili düzeylerini,³⁹ anksiyete düzeyini, kan basıncını,^{21, 38} BKİ,^{34, 38} tütün kullanımını,³⁴ tekrarlı kardiyak olay oluşma riskini,^{17, 20, 21, 31} hastaneye tekrarlı yatışları,^{17, 20} mortalite hızını,^{17, 20, 35, 37, 38} ve maliyeti³⁵ azalttığı tespit edilmiştir.

2.3.1. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre Koroner Arter Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Bireylerin yaşamına getirdiği pek çok fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlardan dolayı KAH bireylerin yaşam sürecini, sağlığa uyumunu ve hastalık süreçlerini olumsuz yönde etkilemekte, öz bakım sorumluluklarını yerine getirmelerini

engellemekte,^{5, 7-17} fonksiyonel yetenekleri ve öz bakım becerilerini azaltmaktadır^{8-11, 13}

Bu bağlamda hastalık yönetimi yaşam tarzı değişikliği, risk faktörlerinin kontrolü, farmakolojik tedavi ve hasta eğitiminin içermekte olup,^{3, 5, 64, 80-82} bireyin öz bakım gücünü desteklenmesi oldukça önemlidir. Aynı zamanda hastalık yönetiminin bireyin hastaneye kabulünden taburculuk ve taburculuk sonrası süreci alacak şekilde multidisipliner yaklaşım ile planlanması da son derece önemlidir.^{3, 5, 27, 64, 72, 80-82}

Kuramlar hemşirelik uygulamalarına yön verir, odak noktasında birey yer aldığı için hemşirelik uygulamalarını iş merkezli olmaktan uzaklaştırır. Ayrıca hemşirelik bilgisini ve uygulamalarını sistematize ederek hemşireye rehberlik eder.^{40, 42, 43, 83}

Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için yaptığı öğrenilmiş davranışlar öz bakım olarak tanımlanmakta olup,^{43(s.24-27), 40-42, 44-48} KAH'da dahil olmak üzere kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetiminde oldukça önemlidir.¹³

Literatürde Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'nın farklı kronik hastalıklarda kullanıldığı pek çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalarda: MI geçiren bireylerde öz bakım odaklı hemşirelik bakım uygulamalarının bireylerin beslenme öz bakımlarını arttırdığı,⁸⁴ MI sonrası verilen destekleyici eğitim uygulamalarının bireylerin öz bakım bilgi, motivasyon ve becerilerini artırdığı, toplum sağlık sonuçlarını olumlu etkilediği³⁶ belirlenmiştir. Enüzerisli çocuklarda öz bakım kuramı rehberliğinde yapılan ev ziyareti ile çocuk-ebeveyn-hemşire işbirliği artırılarak enürezis görülme oranının azaldığı,⁵⁰ öz bakım eğitim programına alınan SVH'li bireylerin günlük yaşam aktiviteleri bağımsızlık düzeylerinin arttığı⁵¹ tespit edilmiştir. Sezeryan sonrası öz bakım kuramına uygun olarak verilen hemşirelik bakımının sezeryana yönelik komplikasyonların önlenmesi ve azaltılmasında etkili olduğu⁵² saptanmıştır. Astımlı adölesanlarda uyum ve öz bakım kuramlarına göre geliştirilen hemşirelik yaklaşımının

ilaç tedavisi ve hastalığın yönetimi ile ilgili öz bakım becerilerinin arttığı,⁵³ hipertansiyonu olan bireylere öz bakım kuramına göre uygulanan hemşirelik danışmanlığının hemşirelerin hastaları daha etkin değerlendirilmesini sağladığını ve performanslarını arttırdığı⁵⁵ belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan bireylere öz bakım kuramına göre verilen bakımın kan basıncını düşürdüğü ve öz bakım gücünü arttırdığı,⁵⁶ KOAH'lı bireylere öz bakım kuramına göre verilen bakımın bireylerin öz etkililiğini arttırdığı,⁵⁷ astımlı adölesanlarda öz bakım kuramı kullanımının adölesanların öz bakım becerilerini arttırdığı⁵⁴ saptanmıştır. Adölesan gebelere verilen öz bakım eğitiminin gebelerin öz bakım gücünü, benlik saygı düzeylerini ve beden imajlarını arttırdığı,⁵⁸ tip 2 diyabetli bireylerde öz bakım eğitiminin öz bakım gücü ve öz bakım davranışlarını geliştirdiği⁵⁹ belirlenmiştir. Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitim ile KAH'lı bireyin öz bakım gücü ve yaşam kalitesini yükseltebilmek için, hemşirenin niçin ve ne zaman yanında olması gerektiğine yönelik bir yaklaşım sunulmaktadır.^{8, 30, 32}

Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

Evrensel öz bakım gereksinimleri bireyin günlük yaşamını devam ettirmesini sağlayacak aşağıdaki uygulamaları içermektedir.^{40, 45, 46}

- **Yeterli solunumu sürdürme**

İnsan yaşamının devam edebilmesi, oksijenin vücut hücrelerine ulaşmasına ve karbondioksitin de hücrelerden uzaklaşmasına bağlıdır.^{3, 5, 64, 65, 80-82}

Hemşirelik Girişimi: Özellikle göğüs ağrısı olduğunda solunum etkilenebilir, yavaşlayabilir ya da daha hızlı nefes alıp vermeye başlanabilir. Bu yüzden KAH'lı bireye solunumu iyi kullanma tekniklerinin öğretilir. Özellikle göğüs ağrısı geliştiğinde solunum etkileneceğinden bireyin her nerede olursa olsun her hangi bir aktivite yapıyorsa sonlandırması, istirahat etmesi^{85, 86} ve doktor tarafından reçete edilmiş ise

organik nitrat kullanması^{86, 87} önerilir. Organik nitrat kullanımına yönelik dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgilendirme yapılır.^{87, 88} Bunlara ek olarak bireye miyokardın oksijen gereksinimini arttırdığı için kafein içeren gıda ve içecekleri tüketmemesi gerektiği yönünde eğitim verilir.^{85, 86} Bireyin yeterli solunumu sürdürmesi için burun yoluyla yavaş ve ritmik nefes alarak akciğerleri boşaltmasının önemi anlatılır. Bireye etkili soluk alıp vermeye yönelik öz bakımını güçlendirmek için solunum egzersizleri olan diyafragmatik solunum ve büyük dudak solunumunu eğitimi verilir. Solunum egzersizi bireye uygulamalı olarak yaptırılır.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 85, 86}

Girişimler sonucunda; KAH'lı bireyin solunum sıkıntısı yaşadığında istirahat etmesi ve varsa organit nitrat kullanması gerektiğini ifade eder. Bireyin organik nitrat kullanımına yönelik yeterli bilgiye sahip olması ve etkili soluk alıp verme tekniklerini uygulama öz bakım becerisini gerçekleştirmesi beklenir.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 85, 86, 88} Aynı zamanda birey diyetinden kafein içeren gıda ve içecekleri çıkardığını ifade eder.^{85, 86}

- **Yeterli sıvı alımını sürdürüme**

Hipertansiyon, böbrek rahatsızlığı, kalp yetmezliği gibi sıvı tüketiminde kısıtlama yapması gereken bir sağlık problemi varsa sıvı tüketiminde hekim ile işbirliği yapılarak önerileri doğrultusunda planlama yapılması önerilmektedir.^{3, 5, 64, 65, 80-82}

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireye ortalama bir yetişkinin günde yaklaşık 2200 ile 2700 ml sıvı tüketebileceği anlatılır. Sıvı kısıtlamasına neden olabilecek KAH'a eşlik eden hipertansiyon, böbrek rahatsızlığı, kalp yetmezliği gibi sağlık problemi varlığına yönelik değerlendirme yapılır. Bunun sonucunda gerekirse bireyin hekimi ile işbirliği yapılarak günlük alması gereken sıvı miktarı belirlenir ve diyetle sodyum alımına yönelik bilgi verilir.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 89}

Girişimler sonucunda; bireyin günlük alması gereken sıvı miktarını ve beslenmesinde sodyum kısıtlamasına yönelik dikkat etmesi gerekenleri ifade etmesi

beklenir.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 89}

- **Yeterli besin alımını sürdürme**

Tüm bireylerde beslenmede tedavi edici yaşam tarzı değişimi (Şekil 2.4) LDL kolesterolü düşürerek KAH riskini azaltmaktadır.⁵

Besin	Günlük toplam alınması gereken oran
Toplam yağ	%25-35
Doymuş yağ	<%7
Çoklu doymuş yağ	%10'a kadar
Tekli doymuş yağ	%20'ye kadar
Karbonhidrat	%50- %60
Protein	Yaklaşık %15
Kolesterol	<200 mg
Sodyum	≥2400 mg
Lif	20-30 gr
Toplam kalori	Günlük kalori istenen vücut ağırlığını sağlayacak veya sürdürecektir ve kilo alımını önleyecek şekilde dengelenmeli

Şekil 2.4. Beslenmede Tedavi Edici Yaşam Tarzı Değişimi

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireye beslenmede tedavi edici yaşam tarzını sağlayacak besin ve alınması gereken kalori miktarı anlatılır.⁵ Kırmızı et, yumurta ve süt ürünlerinin doymuş yağ ve kolesterolün temel kaynakları olduğu hakkında bilgi verilir. Doymuş yağlar ve kolesterolden fakir diyeti içeren beslenmenin önemi vurgulanır.^{5, 65, 85-87} Bireye haftada 2 kez omega-3 yağ asitlerini içeren somon veya ton balığı yemesi önerilir. Aynı zamanda linoleik asit içerdiği için kan kolesterol düzeylerini düşürmede etkili olan soya, soya fasulyesi, kanola, ceviz ve keten tohumu tüketebileceği hakkında bilgi verilir.^{5, 86} Besinlerin sindirimini miyokardın iş yükünü arttırmasında dolayı günde üç öğün yerine altı öğün yemek yemesi ve sindirimi kolay besinleri tüketmesi önerilir.^{85, 86} Ayrıca serum trigliserid düzeyini azaltmada alkol ve

basit şekerlerin tüketilmemesi veya alımının azaltılmasının etkili olduğu anlatılır.^{5, 86}

Girişimler sonucunda; KAH'lı birey diyetinde kan kolesterol düzeylerini etkileyecek besinleri yemeyeceğini ve beslenme değişikliklerine uyum göstereceğini ifade eder. Aynı zamanda bireyin, beslenmede sağlıklı yaşam tarzına yönelik olumlu davranış değişikliği geliştirmesi beklenir.^{5, 85}

- **Yeterli boşaltımı sürdürme**

Boşaltım, düzenli olarak bütün insanların yaşam boyu devam ettirdikleri, günlük yaşamın zorunlu bir aktivitesidir. Normal vücut işlevlerinin sürdürülmesi için bağırsakların düzenli olarak boşaltılması gerekir.^{3, 5, 64, 65, 80-82}

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireye konstipasyonun ne olduğu ve belirtileri hakkında bilgi verilir. Aynı zamanda bireye konstipasyon geliştiğinde normal defekasyonu sağlamak için; posalı yiyecekleri yemesi, günlük ortalama alması gereken sıvı miktarı ve düzenli egzersiz yapmanın önemi anlatılır. Boşaltım ihtiyacını ertelememesi gerektiği vurgulanır. Ayrıca bireye konstipasyon geliştiğinde dışkıyı çıkarmak için ıkmaması gerektiği, ıkmama eyleminin göğüs ağrısına (anjina pektoris) ya da kalp durmasına neden olabileceği anlatılır. Barsak boşaltımına yardımcı laksatif ilaç kullanımını konusunda hekiminin önerisi doğrultusunda hareket etmesi gerektiği yönünde bilgilendirilme yapılır.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 87}

Girişimler sonucunda; KAH'lı bireyin konstipasyonun ne olduğu, konstipasyon gelişmesi durumunda yapması gereken uygulamalar ve dikkat etmesi gereken konuları ifade etmesi beklenir.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 87}

- **Egzersiz ve dinlenme arasında dengeyi sürdürme**

Amerikan Kardiyoloji Üniversitesi ve Amerikan Kalp Birliği (AHA) sağlıklı erişkinlerin haftada en az 5 gün, 30 dakika ve orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmalarını önermektedir.⁵ Düzenli fiziksel aktivite yapmak, kilo vermeye, sistolik kan

basıncını azaltmaya, lipid metabolizmasını olumlu etkilemeye, insülin direnci ve glukoz toleransını iyileştirmeye katkı sağlamaktadır.^{5, 65, 86, 90} Ayrıca egzersizin KAH 'lı bireylerde belirtileri iyileştirdiği ve fonksiyonel kapasiteyi arttırdığı bildirilmektedir.^{5, 90}

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireye hekimi ile birlikte fiziksel sağlığını geliştirmek için yapabileceği fiziksel aktivitenin tipi, sıklığı, yoğunluğu/şiddeti ve süresini içeren bir program düzenlenir.^{3, 5, 64, 65, 80-82} Bireye egzersizi kendini iyi hissettiği zamanlarda, açken ya da yemekten iki saat sonra, çok sıcak, nemli ya da aşırı güneşli olmayan ortamda yapması önerilir. Aşırı yorgunluk, göğüs ağrısı, göğüste baskı, nefes darlığı, kas- iskelet- eklem ağrısı gibi yakınmaları olduğunda egzersizi sonlandırması gerektiği, belirtiler devam ederse en yakın sağlık kuruluşuna gitmesi gerektiği anlatılır.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 86, 90}

Girişimler sonucunda; KAH'lı bireyin yapması gereken egzersize karar vermesi, ne zaman yapabileceği ve egzersizi sonlandırması gereken durumları ifade etmesi beklenir.^{9, 70, 92} Bireyin belirlenen egzersiz programını düzenli olarak uyguladığı gözlemlenir.

- **Yalnızlık ve sosyal çevre arasında dengeyi sürdürme**

KAH'ın yaşam sürecine getirdiği kısıtlamalardan dolayı psikolojik, fiziksel durumu ve çevreye uyumu çok yönlü etkilenmektedir.^{3, 5, 64, 65, 80-82} Birey yaşamı etkileyen olumsuzlukların pek çoğunu aile ve arkadaşların da içinde yer aldığı sosyal destek sistemleri etkin kullanarak değiştirilebilir. Aynı zamanda KAH'ın yarattığı stres düzeyini azaltabilir.^{3, 5, 16, 64, 65, 80-82}

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı birey ile birlikte destek kaynakları değerlendirilir. Bireye verilen eğitimlere aile üyeleri ya da birey için önemli olan kişiler dahil edilir. Duygusal durumu ve stresi kontrol altına almak için stresle baş etmesi değerlendirilir. Ruhsal yönden dinlenmesi ve rahatını sağlamak için gevşeme teknikleri öğretilir.^{65, 75, 85,}

⁸⁶ Bireyin ruh sağlığına ilişkin yetersiz kaldığı belirlenirse, hekimi ile işbirliği sağlanarak uzmana yönlendirilebilir.^{75, 86}

Girişimler sonucunda; KAH'lı bireyin destek kaynaklarını etkin kullandığını, yaşanılan stresle etkin baş edebildiğini ve gerektiğinde hemşire-hekimi ile iletişime geçerek ruh sağlığına yönelik uzmana gidebileceğini ifade etmesi beklenir.^{65, 75, 85}

- **Yaşamı ve iyilik durumunuzu etkileyecek tehlikelerden korunma**

KAH'da hastalık yönetiminin amacı, bireyin yaşam biçimindeki değişikliklere ve tedaviye uyumu sağlamak, belirtileri kontrol altına almak, komplikasyonları önlemek, öz bakım gücü ve yaşam kalitesini arttırmaktır.^{3, 5, 64, 80-82}

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireyin hastalığı algılayışı, tedaviye uyumu ve ilaç kullanımına istekliliği sorgulanır.^{5, 91} Bireyin KAH gelişimi ve ilerlemesini etkileyebilecek risk faktörleri değerlendirilir, riskleri nleme ve var olan sağlığını koruma- geliştirmeye yönelik gerekli bilgiler verilir.^{5, 85-87} Hekiminin nerisi dışında reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiği, aspirin, nitrat, antilipidemik, beta bloker gibi ilaçları hekimin nerileri ve ilaçlara yönelik anlatılan bilgiler doğrultusunda kullanması gerektiği vurgulanır.⁸⁶ Bireyin psikolojik risk faktörleri değerlendirilir, baş etme ve gevşeme eğitim verilir. Tüm bunlara ek olarak bireyin gerektiğinde sağlık ekibinin yeleri ile iletişime geçmesi ve sağlık kontrollerine düzenli olarak gitmesi önerilir.^{5, 85-87, 91}

Girişimler sonucunda; KAH'lı birey hastalık algısını, tedaviye uyum gösterme yönünde ekip ile işbirliği yapacağını ve ilaç kullanımına istekli olduğunu ifade eder. Bireyin KAH'a yönelik sahip olduğu risk faktörlerinin farkında olması beklenir. Aynı zamanda KAH'ı önlemek, var olan sağlığını korumak ve geliştirmek için olumlu davranış değişikliği geliştirmesi beklenir. Bireyin hekiminin reçete ettiği ilaçları akılcı kullandığı gözlemlenir. Birey gerektiğinde baş etme ve gevşemeye yönelik teknikleri

kullandığını ifade eder. Aynı zamanda bireyin sağlık kontrollerine düzenli gitmesi beklenir.^{5, 85-87}

- **Normal fonksiyonları yerine getirme**

KAH risk faktörlerinin etkin yönetimi hastalık sürecini önleyebilir, değiştirebilir veya ilerlemeyi yavaşlatabilir. KAH'ı önleme ve erken tedavi çok bileşenli yaklaşımları içermeli ve yaşam boyu devam ettirilmelidir.⁵

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireyin sosyal rol ve sorumlulukları değerlendirilir. Hekimi ile işbirliğine geçilerek iş ve cinsel yaşantısı hakkında değerlendirme yapılır. Her hangi bir komplikasyonu yoksa KAH' dan 6- 8 hafta sonra işe başlayabileceği, işe bağlı duygusal durumu ve stresi kontrol altına alabileceği baş etme teknikleri anlatılır. Bireye cinsel aktivitesini sağlıklı ve güvenli bir şekilde yürütülebilmesi için hekimi ve eşi ile işbirliği yapılır; herhangi bir risk yok ise 6 hafta içinde cinsel yaşama başlayabileceği, bunu yanında bireyi kendini hazır hissetmesinin daha önemli olduğu vurgulanır. Bireye ve eşine cinsel ilişki öncesi ve sonrasında dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgi verilir.^{5, 75, 85-87}

Girişimler sonucunda; KAH'lı bireyin sosyal rol ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi beklenir. Belirlenen zamanda iş ve cinsel yaşama başladığını ifade etmesi beklenir.^{5, 75, 85-87}

Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

Büyüme ve gelişme süreci, yaşam koşulları ve yaşamın çeşitli dönemlerinde oluşan olaylar gelişimsel öz bakım gereksinimleri ile ilişkilidir. Şimdiki ve geçmiş KAH tanı tedavileri, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçları ve aile öyküsünün değerlendirilmesi oldukça önemlidir.^{5, 75, 86, 87}

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireyin, bireysel ve ailesel sağlık öyküsü alınır. KAH belirtileri, çevresel faktörler, beslenme alışkanlığı ve egzersiz düzeyi gibi yaşam

tarzına ilişkin bilgiler değerlendirilir. Son zamanlarda yaşanan stresli durumlar (eş kaybı gibi), anksiyete ve depresyon gibi negatif psikolojik durumların varlığı sorgulanır. Aynı zamanda çalışılan yer, çalışılan işin şekli, zararlı kimyasallar veya kirleticilere maruz kalma ve işle ilgili stres düzeyine ilişkin bilgiler alınır.^{5, 64}

Girişimler sonucunda; birey sahip olduğu risk faktörlerinin farkında olduğunu ifade eder. Aynı zamanda gerektiğinde etkili baş etme yöntemlerini uygulaması beklenir.^{5, 75, 86, 87}

Sağlıktan Sapma Öz Bakım Gereksinimleri

KAH'ın patofizyolojisi, değiştirilemez ve değiştirilebilir risk faktörleri, ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalar yönelik gereksinimleri içermektedir. Yaş, cinsiyet, ırk ve genetik yatkınlık gibi değiştirilemeyen risk faktörlerinin hepsini taşıyan bir bireyde dahi katkı sağlayan değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrolü ile KAH gelişme riski azaltılabileceği bildirilmektedir.⁵

Hemşirelik Girişimi: KAH'lı bireye kalp ve kalbin görevleri anlatılır. Bireye KAH gelişiminde yaş cinsiyet ve genetik yatkınlığın değiştirilemeyen risk faktörleri olduğu anlatılır. Bireyin aile öyküsünde KAH olup olmadığı sorgulanır. Bireye serum lipidleri, kan basıncı, tütün kullanımı, fiziksel hareketsizlik ve obezitenin değiştirilebilen risk faktörleri olduğu ve değiştirilebilir risk faktörlerine yönelik yapması gereken uygulamalar hakkında bilgilendirme yapılır.^{5, 75, 85-87}

KAH'lı bireye serum lipidlerinin total kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid düzeyinin artmasının, HDL kolesterol düzeyinin de azalmasının ateroskleroz oluşumunu ve KAH gelişme riskini arttırdığı bilgisi verilir. Bireye hekimin reçete ettiği lipid düşürücü ilaçların düzenli kullanımı, beslenme alışkanlığı, kilo kontrolü, düzenli fiziksel egzersiz yapma ve belirlenen zamanlarda kontrollere gitmenin önemi anlatılır. Ayrıca KAH'lı bireye hekiminin reçete ettiği ilaçlar, kullanım amacı, yan etkileri ve

dikkat etmesi gereken noktalar hakkında bilgilendirme yapılır.^{5, 75, 85-87}

Bireyin kan basıncı yüksekliği ya da hipertansiyon hastalığına, varsa kullandığı tansiyon ilaçlarına yönelik öyküsü alınır. Kan basıncının >140/90 mmHg veya diyabet ya da kronik böbrek yetmezliği varsa kan basıncının >130/90 mmHg'nın üzerinde hipertansiyon olduğu, yüksekliğinin ateroskleroz gelişimini arttırdığı anlatılır. Bireyin kan basıncını kontrol altına almak için hekimine gitmesi, reçete edilen ilaçları düzenli kullanması, düzenli kan basıncı izlemi ve beslenmede sodyum alımına yönelik eğitim verilir.^{5, 75, 85-87}

Tütün kullanımı veya dumana maruz kalmanın kalp hızını, periferik vazokonstriksiyonu ve kan basıncını yükselterek KAH gelişme riskini arttırdığı anlatılır. Aynı zamanda nikotinin trombositlerin kümeleşmesini artırarak emboli oluşma riskini arttırdığı yönünde de bilgilendirme yapılır.⁵ Bireyin tütün kullanım öyküsü alınır. Tütün kullanıyorsa bırakmasının gerekliliği açıklanır. Bırakabilmesi için ailesi ile işbirliği yapılır ve gerekirse profesyonel yardım alabileceği belirtilir.^{5, 75, 85-87}

Fiziksel hareketsizliğe yönelik olarak haftada en az 5 gün, 30 dakika ve orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapmanın uzmanlar tarafından önerildiği hatırlatılır. Düzenli fiziksel aktivitenin kilo kontrolünü sağlama, serum lipidlerini (total kolesterol, LDL kolestereol ve trigliserid düzeyini azaltma, HDL kolesterol düzeyini artırma) olumlu etkilediği, insülin direnci ve glukoz toleransında iyileşme sağladığı yönünde bilgilendirme yapılır.^{5, 65, 86, 90} Egzersiz ve dinlemeye yönelik yapılan hemşirelik girişimleri bireyin gereksinimleri doğrultusunda tekrarlanır.^{3, 5, 64, 65, 80-82, 86}

Obezite (>30 kg/m²) ve bel çevresi (erkeklerde ≥95 cm, kadınlarda ≥88 cm) açıklanır. Bireyin BKİ'si hesaplanır, normal vücut ağırlığı (BKİ=18.5-24.9 kg/m²) hakkında bilgi verilir. Obez bireylerde LDL kolesterol ve trigliserid düzeyinin arttığı, ateroskleroz oluşumunun hızlandığı ve hipertansiyon gelişme riskinin normal bireylere

oranla 3 kat daha fazla olduğu anlatılır. Kilo kontrolüne yönelik beslenme ve egzersizle yönelik yaşam tarzı değişikliğinin önemi vurgulanır. Hekimi ile işbirliği yapılarak kilo kontrolü için gerekirse uzmana yönlendirilir.^{5, 65, 86, 90}

Katkı sağlayan risk faktörleri olan DM, metabolik sendrom, psikolojik risk faktörleri, homistein düzeyi yüksekliği ve madde kullanımı hakkında bilgilendirme yapılarak, öykü alınır. Var olan katkı sağlayan risk faktörlerine yönelik eğitim verilir.^{5, 65, 86, 90} Bireyin psikolojik stres kaynakları belirlenir. Stresle baş etmeye yönelik gevşeme, derin soluk alıp verme gibi rahatlatıcı uygulamalar öğretilir. Uyku ve dinlemeye yeterli zaman ayırması sağlanır. Etkin baş etme strateji geliştirmek için gerekirse uzman yardımı alınması sağlanır.^{5, 65, 86, 90}

Girişimler sonucunda; KAH'lı birey kalp, kalbin görevleri, KAH, KAH risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olduğunu ifade eder. Bireyin sahip olduğu risk faktörlerini farkında olması, bu risk faktörlerini kontrol altına almaya yönelik uygulamaları yapması beklenir. Birey baş edemediği durumlarda uzmana başvuracağını ifade eder. Aynı zamanda bireyin var olan risk faktörlerine yönelik reçete edilen ilaçların kullanım amacını, yan etkilerini ve dikkat etmesi gereken noktaları ifade etmesi beklenir.^{5, 75, 85-87}

KAH'lı bireyin öz bakım gücünü arttırmaya yönelik Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitim kitapçığı EK- 8'de yer almaktadır.

2.4. Koroner Arter Hastalığı ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi DSÖ tarafından, bireylerin kendi kültür ve değer sistemleri içinde amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili bireyin yaşamında kendini algılaması olarak tanımlanmaktadır.⁹² Diğer bir ifadeyle yaşam kalitesi yaşamdan hoşnut ve mutlu olma olarak tanımlanmaktadır.⁹² Aynı zamanda yaşam kalitesi bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyleri, sosyal ilişkileri ve çevreyle

karmaşık etkileşimi olan geniş kapsamlı bir kavramdır.^{92,93}

KAH bireylerin yaşamlarını fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz etkileyerek problemlere neden olmakta ve yaşam kalitelerini bozmaktadır.^{5, 7-17}

⁹³ Yapılan çalışmalarda KAH'da değiştirilebilir risk faktörlerinin etkili yönetimi ile morbidite ve mortalite hızının önemli düzeyde azaltılabileceği, yaşam tarzında olumlu değişiklikler yapılarak bireyin sağlığında ve yaşam kalitesinde iyileşme olacağı ön görülmektedir.^{7-9, 14, 18-21} KAH'lı bireylerde yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda: algılanan sosyal destek ve stresli yaşamın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin algılanmasını etkilediği,^{9, 22} bireysel ve hastalığa bağlı faktörlerin yaşam kalitesini azalttığı,^{9, 12} KAH risk faktörleri arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü¹⁴ ve kalp hastalığı ile yaşam tarzına yönelik eğitim alan bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu²³ belirtilmiştir.

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri mevcuttur.^{12, 94, 95} Genel ölçekler bireylerin genel sağlık durumunu ölçmek, hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri ise; belirli bir hastalığa özgü geliştirilen ve sadece bu hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesini ölçmede kullanılan ölçeklerdir. Çalışmalarda bireylerin yaşam kalitesinin ölçümünde genel ve hastalığa özgü ölçeklerin birlikte kullanılması önerilmektedir.⁹⁴⁻⁹⁸

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma randomize kontrollü ön test- son test deneysel desende yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kalp Merkezi Kardiyoloji Servisi'nde ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sivas Numune Hastanesi Anjiyo Ünitesi, Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Servisi'nde 05 Ocak 2015- 24 Şubat 2017 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kalp Merkezi Kardiyoloji Servisi ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sivas Numune Hastanesi Anjiyo Ünitesi, Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Servisi'nde KAH tanısı ile yatan hastalar oluşturdu. Araştırmanın yapıldığı Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi istatistiklerine göre Haziran 2012 - Haziran 2013 tarihleri arasında Kalp Merkezi Kardiyoloji Servisi'ne KAH tanısı ile 1374 hasta yatışı (tekrarlı yatan hastalar hariç) olduğu belirlendi. Örneklemi belirlemede bu verilerden yola çıkılarak $\alpha=0.05$, $\beta=0.20$ ($1-\beta$)= 0.80 olarak alındığında uygulama grubuna 51, kontrol grubuna 51 bireyin alınmasına karar verildi ve testin gücü $p=0.80237$ olarak bulundu.²³ Araştırmanın örneklem seçimi Ocak 2015 tarihinde başlamış, 22 Ağustos 2016 tarihinde 102. hasta (6. ay izlemi 24 Şubat 2017'de tamamlanmıştır) alınana kadar toplamda 1666 KAH tanısı alan hasta ile görüşüldü. Bu hastalardan örneklem kriterlerine uyan 5 hasta ön uygulamaya alındı, 22 hasta ise çalışmaya katılmak istemedi. Araştırmaya katıldıktan bir süre sonra kontrol grubundan

2, girişim grubundan 3 hasta kendi isteği ile araştırmadan ayrıldı. Girişim ve kontrol grubundan birer olmak üzere 2 hasta da araştırmacının görüşme taleplerine olumlu karşılık vermediği için çalışmadan çıkarıldı. Gruplara seçilen hastalar basit rastgele örnekleme yöntemi ile örneklem kriterlerine uyan hastalardan bir girişim bir kontrol grubuna olacak şekilde aşağıdaki özelliklerine göre randomize edildi.

- KAH riskini arttıran değiştirilemeyen risk faktörlerinden
 - Cinsiyet
 - Yaş
- KAH riskini arttıran değiştirilebilir risk faktörlerinden
 - LDL kolesterol düzeyinin 70 mg/dl ve üzerinde olmak⁹⁹
 - Öz Bakım Gücü Ölçeği ön testinde 120 ve altında puan almak.

Örnekleme Alınma Kriterleri

- 45 yaş ve üzerinde olmak
- LDL kolesterol düzeyinin 70 mg/dl ve üzerinde olma
- Öz Bakım Gücü Ölçeği ön testinde 120 ve altında puan almak
- Sivas merkezde yaşamak
- Okuryazar olmak
- Görme ve işitme ile ilgili duyuşal kaybı bulunmamak
- İletişim ve işbirliğine açık olmak
- Psikiyatrik bir hikâyesi bulunmamak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada araştırmacılar tarafından literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen Hasta Tanıtım Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi (MacNew), Yaşam Kalitesi Anketi (15D) ve Eğitim Kitapçığı kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu (EK- 4)

Hastaların demografik özellikleri, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaçlar, hastalığa ilişkin risk faktörlerini belirlemeye yönelik genel bilgileri içeren 26 sorudan oluşmaktadır.^{3,5-9,13}

Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK- 5)

Kearney ve Fleischer (1979) tarafından geliştirilen Öz Bakım Gücü ölçeği, Nahcıvan (1993) tarafından sağlıklı gençlerde, Pınar (1995) tarafından kronik hastalıklarda Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Pınar tarafından uyarlanan şekli kullanıldı.¹⁰⁰ Ölçeğin kronik hastalıklarda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda test tekrar test güvenilirliği 0.80 iç tutarlılığı 0.89 olarak saptanmıştır.¹⁰⁰ Bu çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ilk ve son ölçüm değeri sırasıyla 0.89, 0.93 olarak belirlendi.

Öz Bakım Gücü Ölçeği bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Öz Bakım Gücü Ölçeği'nden alınan toplam puanın yüksek olması hastaların öz bakımını gerçekleştirmede bağımsız ve yeterli olduğunu göstermektedir. Türkçe formunda 35 ifade bulunmakta ve her bir ifade 0'dan 4'e kadar değişebilen puanlarla değerlendirilmektedir. Puanlama; 0 (beni hiç tanımlamıyor), 1 (beni pek tanımlamıyor), 2 (fikrim yok), 3 (beni biraz tanımlıyor), 4 (beni çok tanımlıyor) şeklinde sıralanmıştır. Ölçekte sekiz ifade (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlama ters döndürülmektedir. Değerlendirme toplam 140 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı düşük, 82- 120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek olarak değerlendirilmektedir.¹⁰⁰

Günümüzde KAH dünya genelinde en sık görülen, mortaliteye neden olan ve yaşam tarzı değişikliklerini zorunlu hale getiren akut veya kronik olan önemli bir

hastalıktır. Bu nedenle son yıllarda özellikle yaşam kalitesine yönelik hasta sonuçlarına odaklanılmaktadır.⁹⁴⁻⁹⁸ Sağlık ile ilgili yaşam kalitesini değerlendirmede, hastaların özel alanlarına ilişkin sağlık boyutlarını ölçen uygun ölçüm araçlarının seçilmesi önem kazanmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklarda genel ve hastalığa özgü yaygın olarak kullanılan ölçekler mevcut olup, bu çalışmada hastalığa özgü yaşam kalitesini ölçmek için MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi (MacNew), genel yaşam kalitesini ölçmek için Yaşam Kalitesi Anketi (15D) ölçekleri kullanılmıştır.

MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi (EK- 6)

MacNew Group¹⁰¹ tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Daskapan ve arkadaşları¹⁰² tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanan MacNew kalp hastalığına özgü yaşam kalitesini ölçmek için kullanılmıştır.¹⁰¹ MacNew; MI, angina pectoris ve kalp yetmezliği hastaları için geçerli ve kolaylıkla uygulanabilir bir ölçektir.¹⁰¹ MacNew ile diğer yaşam kalitesi ölçekleri arasında güçlü korelasyonlar mevcuttur, bu durum MacNew'in geçerli ve güvenilir bir yaşam kalitesi ölçme aracı olduğunu ortaya koymaktadır.¹⁰¹ Ölçeğin Daskapan ve arkadaşları¹⁰² tarafından gerçekleştirilen çalışmada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ilk ve son ölçüm değeri sırasıyla 0.95, 0.96 olarak belirlendi.

MacNew anketinin katılımcılar tarafından doldurulması 10 dakikadan daha kısa bir zaman sürmektedir. MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi her biri 7'li Likert tipi cevap içeren 27 maddeden oluşan kalp hastalıklarında yaşam kalitesini belirlemek için geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin değerlendirilmesinde 3 alt boyut (duygusal, fiziksel ve sosyal) ve toplam skor değerleri kullanılır.¹⁰²⁻¹⁰⁴ Anketin alt boyutları ve geneline ilişkin skorlar hesaplanırken her bir boyuta giren maddelerin

ortalamaları alınır. Dolayısıyla skorlar ortalama 1 ile 7 arasında değişir. Düşük skor daha kötü yaşam kalitesini, yüksek skor daha iyi yaşam kalitesini gösterir.¹⁰²⁻¹⁰⁴ Bu çalışmada ölçeğin toplam skoru kullanılmıştır.

Yaşam Kalitesi Anketi (EK- 7)

Sintonen (2001) tarafından geliştirilen¹⁰⁵ ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Akıncı ve arkadaşları (2005) tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanan⁹⁴ 15D genel yaşam kalitesini ölçmek için kullanılmıştır. 15D Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı Akıncı ve arkadaşları⁹⁴ tarafından yapılan çalışmada 0.99, bu çalışmada ise ilk ve son ölçüm değeri sırasıyla 0.62, 0.83 olarak belirlendi.

Yaşam Kalitesi Anketi genel sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçeğidir. Yaşam kalitesi anketi; hareket, görme, işitme, solunum, uyku, yemek yeme, konuşma, boşaltım, normal aktiviteler, zihinsel fonksiyon, rahat bozukluğu ve belirtileri, depresyon, sıkıntı, canlılık ve cinsel aktiviteyi sorgulamaktadır. Her soru 5 şıktan oluşmaktadır. Ankette birey şıklardan birini seçmekte ve puan hesaplanmaktadır. 1. şık en üst, 2. Şık en alt seviyeyi belirtmektedir. Her soru 1 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Alınan puan 1 ile 0 arasında total bir skora dönüştürülerek subjektif sağlığa ilişkin yaşam kalitesini (1= en iyi sağlığa ilişkin yaşam kalitesini, 0= en kötü sağlığa ilişkin yaşam kalitesini) ölçmektedir.^{94, 100, 105}

Eğitim Kitapçığı (EK- 8)

KAH özgü bilgiler literatür incelemeleri yapılarak ve uzman görüşü alınarak Orem' in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı doğrultusunda kitapçıkta yer aldı. KAH' a yönelik bilgiler Eğitim Kitapçığı'nda evrensel öz bakım gereksinimleri, gelişimsel öz bakım gereksinimleri ve sağlıktan sapma öz bakım gereksinimleri olmak üzere üç bölümde yapılandırıldı.

Eğitim kitapçığının içinde:

Evrensel öz bakım gereksinimleri:

- Yeterli solunumu sürdürme
- Yeterli sıvı alımını sürdürme
- Yeterli besin alımını sürdürme
- Yeterli boşaltımı sürdürme
- Egzersiz ve dinlenme arasında dengeyi sürdürme
- Yalnızlık ve sosyal çevre arasında dengeyi sürdürme
- Yaşam ve iyilik durumunu etkileyecek tehlikelerden korunma
- Normal fonksiyonları yerine getirmeyi sağlama

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri

- Yüksek riskli bireylerin tanımlanması
- Yüksek riskli kişilerin yönetimi

Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri

- Kalbin görevi nedir?
- KAH nedir?
- KAH risk faktörleri nelerdir?
- Değiştirilemeyen risk faktörleri nelerdir?
- Değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir?
- KAH ile kaliteli yaşam için yapılması gerekenler
- Serum lipitleri nasıl kontrol altına alınacak?
- Hipertansiyon nasıl kontrol altına alınacak?
- Sigara nasıl kontrol altına alınacak?
- Obezite nasıl kontrol altına alınacak?
- Fiziksel hareketsizlik ile ilgili yaşam şeklinde nasıl değişiklik yapılacaktır?
- DM nasıl kontrol altına alınacak?

- Stres ve davranış biçimlerini nasıl kontrol altına alınacak?
- Homoestein düzeyi nasıl kontrol altına alınacak?
- İlaç tedavisinde nelere dikkat edilmeli?

konuları yer almaktadır. Eğitim Kitapçığı hazırlanırken hastanın bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanına hitap edilecek şekilde içerik oluşturularak öğretim- öğrenme sürecinin etkinliğinin artırılması amaçlandı.

Eğitim Kitapçığının hazırlık aşamasında herhangi bir mali destek alınmadı, TÜBİTAK ARDEB Ulusal Destek Programlarından TÜBİTAK 3001 Ulusal Destek Programı'na başvuru yapıldı. Başvurunun kabul edilmesinden sonra kitapçığın basım aşamasında TÜBİTAK 3001 Ulusal Destek Programı kapsamında mali destek alındı.

Bu çalışmada eğitim hastanede ve evde olmak üzere iki oturumda gerçekleştirildi. Taburculuk sonrası 2., 8. haftada, 1. 3. ve 6. ay poliklinik kontrolünü takiben 5 ev ziyareti yapıldı. Görüşmeler hastada davranış değişikliği olmasını desteklemek ve gözlemlemek için 6 aylık süreci tamamlayacak şekilde planlandı. Ayrıca hastaya gerektiğinde bu kitapçığı bir rehber olarak kullanabileceği, bir hekim tavsiyesi veya tedavisi olarak kullanmaması gerektiği ve sorusu olursa araştırmacıyı arayabileceği belirtildi. Eğitim hastanede ve her ev ziyaretinde bireyin gereksinimleri doğrultusunda gerçekleştirildi.

Verilerin Toplanması

Ön uygulama

Araştırmada hazırlanan formların (Hasta Tanıtım Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew, 15D) ve eğitim kitapçığının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla örneklem kriterlerine uyan 5 hastaya 01-30 Ocak 2015 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kalp Merkezi Kardiyoloji Servisinde ve T.C. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu

Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sivas Numune Hastanesi Kardiyoloji Servisinde araştırmacı tarafından ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonuçlarına göre tanıtıcı özellikler formunda anlaşılmayan sorularda gerekli değişiklikler ve düzenlemeler yapılarak son şekli verildi.

Eğitim kitapçığının ön uygulaması şu şekilde yapıldı: Örneklem kriterlerine uyan 01- 30 Ocak 2015 tarihleri arasında alınan 5 hastaya hastaneye kabullerinden taburculuk süresine kadar geçen zamanda KAH'a yönelik olarak Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı kapsamında yapılandırılan eğitim içeriği anlatıldı. Verilen eğitimi desteklemek amacıyla hazırlanan eğitim kitapçığı hastaya verildi. Eğitim verilerek taburcu edilen hastalar, hastaneden taburcu olduktan 1 hafta sonra evlerinde randevu alınarak ziyaret edildi. Hastalara kitapçığın değişik bölümlerinden sorular soruldu. Anlamadıkları kısımlar hakkında bilgi alındı, kitapçıkla ilgili varsa öneri ve istekleri soruldu. Hastalar çoğunlukla tıbbı terminolojinin anlaşılması yönünde sıkıntı çektiklerini ifade etti. Bu doğrultuda eğitim kitapçığında gerekli değişiklikler ve düzenlemeler yapılarak son hali verildi.

Hemşirelik Girişimi

Ön uygulama sonrası araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan toplandı. Araştırma verilerinin girişim ve kontrol grubunda yer alan hastalardan hastanede yattığında ve taburculuk sonrası 1., 3. ve 6. ay poliklinik kontrolüne geldiğinde toplanması planlanmıştı. Ancak araştırmacı tarafından ilk 2 hastayla poliklinik ortamında yapılan 1. ay poliklinik görüşmesinin etkin olmadığı belirlendi. Bundan dolayı çalışmanın başlangıcında poliklinik kontrolünde yapılması planlanmış olan görüşmelerin tamamı birey polikliniğe gittikten sonraki 3 gün içerisinde, birey ve araştırmacının her ikisine de uygun olan günde ev ziyareti olarak yapıldı.

Girişim grubundaki hastaların verileri hastanede ve evde olmak üzere 2 oturumda toplandı. Her bir birey ya da yakınıyla ev ziyaretlerini planlamak ya da soruları olduğunda sormaları için ortalama 8- 10 telefon görüşmesi yapıldı.

I. Görüşme, birey yoğun bakımdan çıktıktan sonraki 1. ya da 2. günde kardiyoloji kliniğinde hemodinamik göstergeleri normal olduğunda yapıldı. Birey çalışma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

II. Görüşme, kardiyoloji kliniğinde 1. görüşmeden 1 gün sonra yapıldı. Bireye Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulandı ve LDL kolesterol değeri kayıt edildi. Birey yaş, cinsiyet, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve LDL kolesterol değerine göre basit rastgele örnekleme yöntemiyle bir girişim bir kontrol grubu olacak şekilde randomize edildi.

III. Görüşme, kardiyoloji kliniğinde 2. görüşmeden 1 gün sonra yapıldı. Hasta Tanıtım Formu, MacNew ve 15D ölçekleri dolduruldu. Hastanede rutinde değerlendirilen trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol değerleri ve arteriyel kan basıncı kayıt edildi. Hazırlanan eğitim içeriği anlatıldı. Eğitim hastaların kendilerini rahat hissedebilecekleri, sessiz, sakin, aydınlatma ve sıcaklığı normal olan eğitim için düzenlenen odada yapıldı. Eğitim öncesi bireye öğretimin amacı, hedefleri, yaklaşık 40-50 dakika süreceği, gerektiğinde eğitimin durdurulabileceği, ara verilebileceği ve istediği zaman soru sorabileceğine yönelik bilgilendirme yapıldı. Öğrenmeyi yazılı ve görsel materyal ile desteklemek için hazırlanan kitapçık bireye verildi, eğitim içeriği projeksiyon cihazı ile yansıtıldı. Sözel eğitimde bireyin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanları değerlendirmek için soru cevap tekniği kullanıldı. Eğitim odasında kullanılan bilgisayar, projeksiyon cihazı, projeksiyon perdesi, digital baskül (SİNBO) ve arteriyel kan basıncı ölçümünde kullanılan tansiyon aleti (ERKA) alımında TÜBİTAK 3001 Ulusal Destek Programı kapsamında mali destek alındı.

IV. Görüşme, taburcu olduktan 2 hafta sonra evde yapıldı. Birinci ev ziyaretinde

arteriyel kan basıncı ölçülerek kayıt edildi.

V. Görüşme, 1.ay poliklinik kontrolünden sonraki 3 gün içerisinde bireyle belirlenen zamanda evde yapıldı. İkinci ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı ölçülerek kayıt edildi.

VI. Görüşme, 5. görüşmeden 4 hafta sonra evde yapıldı. Üçüncü ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı ölçülerek kayıt edildi.

VII. Görüşme, 3. ay poliklinik kontrolünden sonraki 3 gün içerisinde bireyle belirlenen zamanda evde yapıldı. Dördüncü ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı, BKİ ve bel çevresi ölçüldü. Hastanede rutinde değerlendirilen trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol değerleri kayıt edildi. Değiştirilebilir risk faktörlerinin ilk alınan değerleri ile mevcut değerler karşılaştırıldı. KAH'ı olumlu ya da olumsuz etkileyecek değişimler belirlendi.

VIII. Görüşme, 6. ay poliklinik kontrolünden sonraki 3 gün içerisinde bireyle belirlenen zamanda evde yapıldı. Beşinci ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı, BKİ ve bel çevresi ölçülerek kayıt edildi. Hastanede rutinde 6. ay poliklinik kontrolünde değerlendirilen trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol değerleri kayıt edildi; Öz Bakım Gücü, MacNew, 15D ölçekleri dolduruldu.

Her bir ev ziyareti hastanın soruları ve eğitim gereksinimine göre yaklaşık 30 ile 45 dakika arasında gerçekleştirildi. Eğitim ile ilgili bireye **asağıdaki 12 soru sorularak** bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanlarda davranış değişikliği oluşturulup oluşturulmadığı kontrol edildi:

1. KAH nedir?
2. Ailesel yatkınlık hastalığın gelişimde etkili midir?
3. Hastalıkla ilgili değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir?
 - Kandaki yağ oranı

- Hipertansiyon
- Sigara içme
- Şişmanlık
- Hareketsizlik

4. Kandaki yağ oranınızı aşağıdaki uygulamaları yaparak düşürebilir misiniz?

- Kilonuzu kontrol altına almak
- Fiziksel hareketi arttırmak/egzersiz yapmak
- Yeterli ve dengeli beslenmek
- Kolesterol/kandaki yağ oranını düşürücü ilacınızı düzenli içmek

5. Sigara içiyor musunuz?

- Evet
- Hayır

6. Sigara kalbinizin iş yükünü arttırıp, pıhtı oluşumunu hızlandırır mı?

- Doğru
- Yanlış

7. Kilonuzu kontrol etmek için aşağıdaki uygulamaları yapmanız etkili midir?

- Yağsız kırmızı et (dana, koyun), yağsız süt ürünlerinden yemek
- Sakatattan uzak durmak
- Beyaz et (balık, tavuk) haşlama ve ızgara olarak tüketmek
- Yemekleri pişirirken zeytinyağı, kanola yağı, mısır yağı, fındık yağı, soya yağı gibi sıvı yağları tercih etmek
- Tuz (1 çay kaşığı/günlük tüketilecek miktar) ve tuzlu yiyeceklerden (turşu, salamura yiyecekler, beyaz ekmek, tuzlu bisküvi, hazır gıdalar, ev salçası) uzak durmak
- Hamur işlerinden, kızartmalardan uzak durmak

- Hazır meyve suları, soda (tuz içerdiği için), demli çay (uyarıcı etki) uzak durmak
8. Haftada en az gün, saat/dakika düzenli egzersiz yapmaya dikkat etmeniz önemli midir?
9. Dilaltı ilacınız olan ilacı ne zaman kullanmanız gerektiğini ve nelere dikkat etmeniz gerektiğini anlatır mısınız?
10. Kan sulandırıcı ilacınızı kullanırken nelere dikkat etmeniz gerekli anlatır mısınız?
- Kanama belirtilerini nasıl gözlemlersiniz?
- Kanama risklerine yönelik günlük yaşantınızda almanız gereken önlemler neler anlatır mısınız?
11. Kandaki yağ oranı düşürücü kolesterol ilacınızı ne zaman alıyorsunuz?
12. Kandaki yağ oranınızı düşürmede kolesterol ilacı ile birlikte aşağıdaki uygulamaları yapmanız etkili midir?
- Beslenmenize dikkat etmek
- Kilonuzu kontrol altında tutmak
- Egzersiz yapmak

Kontrol grubunda veriler hastanede ve taburculuk sonrası evde olmak üzere toplam 2 oturumda toplandı. Her bir ev ziyaretleri yaklaşık 15 ile 30 dakika arasında gerçekleştirildi. Ayrıca her bir birey ya da yakınıyla ev ziyaretlerini planlamak ya da soruları olduğunda sormaları için ortalama 8- 10 telefon görüşmesi yapıldı.

I. Görüşme, birey yoğun bakımdan çıktıktan sonraki 1. ya da 2. günde kardiyoloji kliniğinde hemodinamik göstergeleri normal olduğunda yapıldı. Birey çalışma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onam alındı.

II. Görüşme, kardiyoloji kliniğinde 1. görüşmeden 1 gün sonra yapıldı. Bireye

Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulandı ve LDL kolesterol değeri kayıt edildi. Birey yaş, cinsiyet, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve LDL kolesterol değerine göre basit rastgele örnekleme yöntemi ile bir girişim bir kontrol grubu olacak şekilde randomize edildi.

III. Görüşme, kardiyoloji kliniğinde 2. görüşmeden 1 gün sonra yapıldı. Hasta Tanıtım Formu, MacNew ve 15D ölçekleri dolduruldu. Hastanede rutinde değerlendirilen trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol değerleri ve arteriyel kan basıncı kayıt edildi.

IV. Görüşme, taburcu olduktan 2 hafta sonra evde yapıldı. Birinci ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı ölçülerek kayıt edildi.

V. Görüşme, 1.ay poliklinik kontrolü olduktan sonraki 3 gün içerisinde birey ile belirlenen zamanda evde yapıldı. İkinci ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı ölçülerek kayıt edildi.

VI. Görüşme, 5. görüşmeden 4 hafta sonra evde yapıldı. Üçüncü ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı ölçülerek kayıt edildi.

VII. Görüşme, 3. ay poliklinik kontrolünden sonraki 3 gün içerisinde bireyle belirlenen zamanda evde yapıldı. Dördüncü ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı ölçülerek kayıt edildi.

VIII. Görüşme, 6. ay poliklinik kontrolünden sonraki 3 gün içerisinde bireyle belirlenen zamanda evde yapıldı. Beşinci ev ziyaretinde arteriyel kan basıncı, BKİ ve bel çevresi ölçülerek kayıt edildi. Hastanede rutinde 6. ay poliklinik kontrolünde değerlendirilen trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol değerleri kayıt edildi; Öz Bakım Gücü, MacNew, 15D ölçekleri dolduruldu. Hazırlanan eğitim yaklaşık 40- 50 dakikada anlatıldı ve eğitim kitapçığı verildi.

Tablo 3.1. Araştırma Süreci

Görüşmeler		
I. Görüşme: Kardiyoloji kliniğinde	KAH'lı bireyleri belirleme Araştırmaya kabul ve olurma	
II. Görüşme: Kardiyoloji kliniğinde	Randomizasyon (n=102) <ul style="list-style-type: none">• Yaş, cinsiyet• LDL kolesterol 70 mg/dl ve üzeri• Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulandı (120 puan ve altı)	
Girişim Grubu (n=51)		
Kontrol Grubu (n=51)		
III. Görüşme: Kardiyoloji kliniğinde	KAH'lı hastaların hemodinamik göstergeleri normal olduğunda; <ul style="list-style-type: none">• Hasta Tanıtım Formu• MacNew• 15D dolduruldu.• Eğitim ve eğitim materyali verildi.	KAH'lı hastaların hemodinamik göstergeleri normal olduğunda; <ul style="list-style-type: none">• Hasta Tanıtım Formu• MacNew• 15D dolduruldu.
IV. Görüşme: Taburculuktan 2. hafta sonra evde (I. ev ziyareti)	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.• Eğitime yönelik soru-cevap yöntemi kullanıldı.• Eğitim verildi.	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.
V. Görüşme: 1. ay poliklinik kontrolünden sonra evde (II. ev ziyareti)	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.• Eğitime yönelik soru-cevap yöntemi kullanıldı.• Eğitim verildi.	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.
VI. Görüşme: V. görüşmeden 4 hafta sonra evde (III. ev ziyareti)	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.• Eğitime yönelik soru-cevap yöntemi kullanıldı.• Eğitim verildi.	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.
VII. Görüşme: 3. ay poliklinik kontrolünden sonra evde (IV. ev ziyareti)	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.• Eğitime yönelik soru-cevap yöntemi kullanıldı.• Eğitim verildi.	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.
VIII. Görüşme: 6. ay poliklinik kontrolünden sonra evde (V. ev ziyareti)	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.• Eğitime yönelik soru-cevap yöntemi kullanıldı.• Eğitim verildi.• BKİ, bel çevresi, trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol değerleri kayıt edildi.• Öz Bakım Gücü Ölçeği• MacNew• 15D dolduruldu.	<ul style="list-style-type: none">• Kan basınçları ölçüldü.• Eğitim ve eğitim materyali verildi.• BKİ, bel çevresi, trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol değerleri kayıt edildi.• Öz Bakım Gücü Ölçeği• MacNew• 15D dolduruldu.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Hastaların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eşlik eden hastalıkları vb.), Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan hasta eğitimi.

Bağımlı değişkenler: Trigliserid, Total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, arteriyel kan basıncı, BKİ, bel çevresi, öz bakım gücü ölçeği puanları, MacNew puanları, 15D puanları.

Kontrol değişkenleri: Artmış LDL kolesterol, trigliserid veya total kolesterol değeri, öz bakım gücü ölçeği puanı vb.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi bilgisayarda SPSS 20 (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak gerçekleştirildi ve tablolar oluşturuldu. Değerlendirilen parametreler ve kullanılan istatistiksel testler aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.2. İstatistiksel Analizde Değerlendirilen Parametreler ve Uygulanan Testler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
Girişim ve kontrol grubunun tanıtıcı ve KAH risk faktörlerine ilişkin özelliklerinin dağılımı	Frekans ve yüzdelik
Gruplar arası tanıtıcı ve KAH risk faktörlerine ilişkin özelliklerin karşılaştırılması ve homojenlik	Ki-kare testi ve Levene testi
Trigliserid, Total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, arteriyel kan basıncı, BKİ, bel çevresi ölçüm değerleri	Aritmetik ortalama ve standart sapma
Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew, 15D puan ortalamaları	Aritmetik ortalama ve standart sapma
Uygun istatistiksel analizlerin seçilmesi için verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını ve varyansların homojenliğini belirlemede	Kolmogrov Simirnov testi ve Levene testi

Tablo 3.2. Devamı

Gruplar arası Trigliserid, Total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, arteriyel kan basıncı, BKİ, bel çevresi ilk ve son ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında	Mann Whitney U testi*
Grup içi Trigliserid, Total kolesterol, HDL kolesterol, LDL kolesterol, arteriyel kan basıncı, BKİ, bel çevresi ilk ve son ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında	Wilcoxon İşaret testi*
Gruplar arası Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew, 15D ilk ve son ölçümün puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann Whitney U testi*
Grup içi Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew, 15D ilk ve son ölçümün puan ortalamalarının karşılaştırılması	Wilcoxon İşaret testi*
Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew, 15D ilk ve son ölçümün puan ortalamaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi	Korelasyon analizi**

* Değişkenler normal dağılım göstermediğinden nonparametrik testler kullanıldı.

** Bağınltı katsayısı;

r=0.00-0.30düşük

r=0.30-0.70 orta

r=0.70-1 yüksek şeklinde değerlendirildi¹⁰⁶

3.7. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kalp Merkezi Kardiyoloji Servisinde ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sivas Numune Hastanesi Anjio Ünitesi, Koroner Yoğun Bakım ve Kardiyoloji Servisinde yatarak tedavi gören KAH'lı hastalar ile sınırlıdır. Hastalara verilen KAH'a yönelik eğitimin bir model kullanılarak verilmesi, eğitim sonrası sürecin KAH'lı bireylerde davranış değişikliği oluşturması açısından 6 ay sürdürülmesi, eğitimlerin ev ortamında verilmesi, eğitim sürecinde aile üyelerinden en az birinin de yer alması, TÜBİTAK 3001 kapsamında destek alınması araştırmanın güçlü yönleridir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (EK-9). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden (EK-10) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli izinler (EK-11) alındı. Araştırmaya katılan tüm hastalardan sözel onay ve "Bilgilendirilmiş Olur Formu" (EK-2, EK-3) ile yazılı izin alındı. Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların rutin tedavilerine herhangi bir müdahale yapılmadı. Kontrol grubunda yer alan hastalara son görüşmede Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitim anlatılarak, hazırlanan eğitim kitapçığı verildi. Araştırma ile ilgili giderler TUBİTAK 3001 Ulusal Destek Programı kapsamında karşılıandı.

4. BULGULAR

Koroner arter hastalarına Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n (51)	%	n (51)	%	
Yaş	(59.98±7.42)		(56.74±7.55)		
45-49 yaş	4	7.8	6	11.8	X ² =5.76 df=4 p=0.21
50-54 yaş	9	17.6	18	35.3	
55-59 yaş	12	23.5	10	19.6	
60-64 yaş	16	31.4	9	17.6	
65yaş ve üzeri	10	19.6	8	15.7	
Cinsiyet					X ² =0.92
Kadın	42	82.4	38	74.5	df=1
Erkek	9	17.6	13	25.5	p=0.33
Medeni Durum					X ² =1.38
Bekar	5	9.8	2	3.9	df=1
Evli	46	90.2	49	96.1	p=0.24
Eğitim Durumu					
Okur- yazar	3	5.9	2	3.9	
İlkokul	31	60.8	33	64.7	X ² =7.74
Ortaokul	2	3.9	5	9.8	df=5
Lise	9	17.6	11	21.6	p=0.17
Üniversite	5	9.8	-	-	
Yüksek lisans/Doktora	1	2.0	-	-	
Meslek					
Emekli	32	62.7	29	56.9	X ² =4.94
Ev hanımı	7	13.7	13	25.5	df=4
Kamu çalışanı	7	13.7	3	5.9	p=0.29
Diğer	5	9.9	6	11.8	

Tablo 4.1. Devamı

Gelir düzeyi					
Gelir, giderden az	14	27.5	13	25.5	X ² =0.67
Gelir ve gider dengeli	32	62.7	35	68.6	df=2
Gelir, giderden fazla	5	9.8	3	5.9	p=0.71
Yaşam şekli					
Yalnız	2	3.9	2	3.9	X ² =2.53
Eşi	12	23.5	10	19.6	df=6
Eşi ve çocukları	34	66.7	35	68.6	p=0.86
Diğer	3	5.9	4	7.9	
Tanı					
Anjina pektoris	15	29.4	18	35.3	X ² =0.40
MI	36	70.36	33	64.7	df=1
					p=0.52
Kronik hastalık					
Var	33	64.7	36	70.6	X ² =0.40
Yok	18	35.3	15	29.4	df=1
					p=0.52

Araştırmaya katılan KAH'lı bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.1'de gösterilmiştir. Girişim grubundaki hastaların yaş ortalamasının 59.98±7.42 yıl, kontrol grubundaki hastaların yaş ortalamasının 56.74±7.55 yıl olduğu, girişim grubundaki hastaların %82.4'ünün, kontrol grubundaki hastaların %74.5'inin kadın olduğu belirlendi. Girişim grubunun %90.2'sinin, kontrol grubunun %96.1'inin evli, girişim grubunun %60.8'inin, kontrol grubunun %64.7'sinin ilkokul mezunu olduğu tespit edildi. Girişim grubunun %62.7'sinin, kontrol grubunun %56.9'unun emekli olduğu, girişim grubunun %62.7'sinin, kontrol grubunun %68.6'sının gelir ve giderinin dengeli olduğu, girişim grubunun %66.7'sinin, kontrol grubunun %68.6'sının eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı saptandı. Girişim grubunun %70.36'sının, kontrol grubunun %64.7'sinin MI tanısı ile hastanede yattığı, girişim grubundaki hastaların %64.7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %70.6'sının bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu belirlendi. Grupların tanıtıcı özellikleri

karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı ve grupların değişkenler yönünden homojen olduğu tespit edildi ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Grupların Risk Faktörlerine göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	n (51)	%	n (51)	%	
Ailede KAH öyküsü					$X^2=0.20$
Var	37	72.5	39	76.5	df=1
Yok	14	27.5	12	25.5	p=0.65
Serum lipidleri					
LDL kolesterol (son)*					$X^2=0.63$
<70 mg/dl	7	13.7	10	19.6	df=1
>70 mg/dl	44	86.3	41	80.4	p=0.42
Total kolesterol (ilk)					$X^2=0.99$
<200 mg/dl	31	60.8	26	51.0	df=1
>200 mg/dl	20	39.2	25	49.0	p=0.31
Total kolesterol (son)					$X^2=0.82$
<200 mg/dl	36	70.6	40	78.4	df=1
>200 mg/dl	15	29.4	11	21.6	p=0.36
Trigliserid (ilk)					$X^2=0.98$
<150 mg/dl	23	45.1	28	54.9	df=1
>150 mg/dl	28	54.9	23	45.1	p=0.32
Trigliserid (son)					$X^2=0.35$
<150 mg/dl	30	58.8	27	52.9	df=1
>150 mg/dl	21	41.2	24	47.1	p=0.55
HDL kolesterol (ilk)					$X^2=0.36$
>40 mg/dl	23	45.1	20	39.2	df=1
<40 mg/dl	28	54.9	31	60.8	p=0.54
HDL kolesterol(son)					$X^2=0.62$
>40 mg/dl	23	45.1	27	52.9	df=1
<40 mg/dl	28	54.9	24	47.1	p=0.42
BKİ (ilk)					$X^2=0.36$
$\leq 30 \text{ kg/m}^2$	32	62.7	29	56.9	df=1
$\geq 30 \text{ kg/m}^2$	19	37.3	22	43.1	p=0.54
BKİ (son)					$X^2=1.02$
$\leq 30 \text{ kg/m}^2$	33	64.7	28	54.9	df=1
$\geq 30 \text{ kg/m}^2$	18	35.3	23	45.1	p=0.31

Tablo 4.2. Devamı

Bel çevresi (ilk)					X ² =0.05
♀≤88, ♂≤95	12	23.5	13	25.5	df=1
♀≥88, ♂≥95	39	76.5	38	74.5	p=0.81
Bel çevresi (son)					X ² =0.92
♀≤88, ♂≤95	13	25.5	9	17.6	df=1
♀≥88, ♂≥95	38	74.5	42	82.4	p=0.33
Hipertansiyon**					X ² =2.54
Var	26	78.8	22	61.1	df=1
Yok	7	21.2	14	38.9	p=0.11
Diyabet**					X ² =0.16
Var	14	42.4	17	47.2	df=1
Yok	19	57.6	19	52.8	p=0.68
Sigara					X ² =1.32
Kullanan	21	41.2	24	47.1	df=2
Kullanmayan	15	29.4	17	33.3	p=0.51
Birakan	15	29.4	10	19.6	
Alkol					X ² =0.37
Kullanan	1	2.0	2	3.9	df=2
Kullanmayan	38	74.5	38	74.5	p=0.82
Birakan	12	23.5	11	21.6	
Hareketsiz yaşam					X ² =2.13
Evet	14	27.5	21	41.2	df=1
Hayır	37	72.5	30	58.8	p=0.14
Stresli yaşam					X ² =0.56
Evet	40	78.4	39	76.5	df=1
Hayır	11	21.6	12	23.5	p=0.81

*LDL kolesterol ilk ölçüm değeri >70 mg/dl örnekleme alınma kriteri olduğu için tabloda yer almamıştır.

** Kronik hastalığı olan birey sayısı girişim grubu n=33, kontrol grubu n=36

Araştırmaya katılan bireylerin KAH risk faktörlerinden genetik KAH, serum lipidleri, BKİ, bel çevresi, hipertansiyon, diyabet, sigara, alkol, hareketsiz yaşam ve stresli yaşama göre dağılımı ve karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.2) girişim grubunun %72.5'inin, kontrol grubunun %76.5'inin ailesinde KAH öyküsünün olduğu belirlendi. Girişim grubunun %86.3'ünün, kontrol grubunun %80.4'ünün LDL kolesterol son ölçüm değerinin yüksek (>70 mg/dl) olduğu tespit edildi. Kronik

hastalığa sahip girişim grubunun (n=33) %78.8'inin, kontrol (n=36) grubunun %61.1'inin hipertansiyon, girişim grubunun %42.4'ünün, kontrol grubun %47.2'sinin diyabet hastalığının olduğu saptandı. Girişim grubunun %41.2'sinin sigara kullandığı, kontrol grubunun ise %47.1'inin sigara kullandığı ve her iki grubunda %74.5'inin alkol kullanmadığı belirlendi. Girişim grubunun %27.5'inin, kontrol grubunun %41.2'sinin yaşamının hareketsiz olduğu, girişim grubunun %78.4'ünün, kontrol grubunun %76.5'inin yaşamının stresli olduğu tespit edildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların KAH risk faktörleri ile ilgili özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve grupların KAH risk faktörlerine ilişkin değişkenler yönünden benzer özellikler taşıdığı saptandı (p>0.05).

Tablo 4.3. Risk Faktörlerine göre Grupların İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Test ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	
LDL kolesterol (ilk)	143.05±44.67	137.00	143.03±44.79	146.00	U*=1255.500 p=0.76
LDL kolesterol (son)	110.31±42.70	99.00	106.33±42.36	100.00	U=1233.500 p=0.65
Test ve p değeri	z**=-3.775 p=0.000		z=-4.336 p=0.000		
Total Kolesterol (ilk)	202.09±50.11	185.00	203.09±45.88	199.00	U=1220.000 p=0.59
Total Kolesterol(son)	169.98±44.68	150.00	164.52±42.92	156.00	U= 1179.000 p=0.41
Test ve p değeri	z=-3.287 p=0.000		z=-4.129 p=0.000		
Trigliserid (ilk)	175.19±103.54	163.00	173.94±100.77	148.00	U=1279.500 p=0.88
Trigliserid (son)	157.33±82.73	128.00	163.52±80.63	144.00	U=1205.500 p=0.80
Test ve p değeri	z=-1.718 p=0.86		z=-0.763 p=0.44		

Tablo 4.3. (Devamı)

HDL kolesterol (ilk)	41.37±9.32	39.00	39.35±8.93	38.00	U=1113.000 p=0.20
HDL kolesterol (son)	41.39±8.92	40.00	40.47±7.43	41.00	U=1263.500 p=0.80
Test ve p değeri	z=-0.021 p=0.98		z=-1.340 p=0.18		
Tansiyon arteriel (Sistol-ilk)	121.49±20.49	120.00	121.03±17.66	120.00	U=1287.500 p=0.93
Tansiyon arteriel (Sistol- son)	121.37±19.69	120.00	123.72±22.26	120.00	U=1240.00 p=0.68
Test ve p değeri	z=-0.24 p=0.80		z=-0.97 p=0.33		
Tansiyon arteriel (Diyastol-ilk)	72.11±10.21	70.00	72.11±10.21	70.00	U=1135.00 p=0.24
Tansiyon arteriel (Diyastol- son)	73.13±10.86	70.00	74.45±9.97	70.00	U=1256.00 p=0.75
Test ve p değeri	z=-0.79 p=0.42		z=-0.43 p=0.96		
BKİ (ilk)	28.56±4.55	28.00	29.68±6.51	29.00	U=1225.500 p=0.61
BKİ (son)	28.58±4.27	29.00	30.00±6.50	29.00	U=1181.000 p=0.42
Test ve p değeri	z=-0.169 p=0.86		z=-1.774 p=0.76		
Bel çevresi	Kadın (ilk)	106.11±15.18	100.00	108.96±11.67	107.00 U=46.50 p=0.42
	Kadın (son)	107.00±13.70	104.00	109.69±18.57	107.00 U=49.50 p=0.54
Test ve p değeri	z=-0.843 p=0.39		z=-0.536 p=0.59		
Bel çevresi	Erkek (ilk)	101.00±11.31	101.00	100.94±17.54	101.00 U=785.50 p=0.90
	Erkek (son)	100.88±11.08	101.50	101.86±16.40	103.00 U=746.50 p=0.49
Test ve p değeri	z=-0.238 p=0.81		z=-1.255 p=0.20		

*Mann- Whitney U testi **Wilcoxon İşaret testi

Tablo 4.3’de risk faktörlerinin ilk ve son ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Her iki grupta LDL kolesterol (>70 mg/dl), total

kolesterol (>200 mg/dl), trigliserid (>150 mg/dl), bel çevresi (kadınlarda \geq 88 cm, erkeklerde \geq 95 cm) ilk ölçüm değerlerinin yüksek, HDL kolesterol (>40 mg/dl), BKİ (<30 kg/m²) ve tansiyon arteriel (sistol/diastol) (\leq 140/90 mm/Hg) düzeylerinin normal aralıkta olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda LDL kolesterol, trigliserid ve bel çevresi (kadınlar, erkek) son ölçüm değerlerinin yüksek, total kolesterol, BKİ ve tansiyon arteriel (sistol/diastol) değerlerinin normal aralıkta olduğu saptandı.

Girişim ve kontrol grubunda gruplar arası LDL kolesterol, total kolesterol, trigliserid, HDL kolesterol, BKİ, tansiyon arteriel (sistol/diastol), bel çevresi ilk ve son ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p>0.05). Girişim ve kontrol grubunun grup içi trigliserid, HDL kolesterol, BKİ, tansiyon arteriel (sistol/diastol), bel çevresi ilk ve son ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi (p>0.05). Girişim ve kontrol grubunun grup içi LDL kolesterol ve total kolesterol son ölçüm puan ortalamalarının düştüğü, aralarındaki farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptandı (p<0.01).

Tablo 4.4. Öz Bakım Gücü Ölçeği İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		GRUPLAR				Test ve p değeri
		Girişim		Kontrol		
		$\bar{X}\pm SS$	Median	$\bar{X}\pm SS$	Median	
ÖLÇÜMLER	İlk ölçüm	93.09 \pm 18.30	96.000	87.68 \pm 23.44	87.000	U*=1110.000 p=0.20
	Son ölçüm	119.96 \pm 12.27	121.000	91.23 \pm 21.04	92.000	U=287.500 p=0.000
Test ve p değeri		z**=-5.923 p=0.000		z=-1.275 p=0.20		

*Mann Whitney U Testi **Wilcoxon İşaret Testi

Araştırmaya katılan KAH'lı hastaların Öz Bakım Gücü Ölçeği ilk ve son ölçüm puan ortalamaları karşılaştırıldığında; grup içi puan ortalamalarının girişim grubunda

kontrol grubuna göre yükselme olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<0.01$), kontrol grubunda ise son ölçüm puan ortalamasında yükselme olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Grupları arası Öz Bakım Gücü Ölçeği ilk ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0.05$). Ancak Öz Bakım Gücü Ölçeği son ölçüm puan ortalamasının girişim grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptandı ($p<0.01$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. MacNew İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ÖLÇÜMLER	GRUPLAR				Test ve p değeri
	Girişim		Kontrol		
	$\bar{X}\pm SS$	Median	$\bar{X}\pm SS$	Median	
İlk ölçüm	5.09±1.36	5.40	5.03±1.38	5.07	U*=1270.500 p=0.84
Son ölçüm	6.40±0.61	6.59	5.01±1.10	5.25	U=271.000 p=0.000
Test ve p değeri	z**=-5.672 p=0.000		z=-0.145 p=0.88		

*Mann Whitney U Testi **Wilcoxon İşaret Testi

Tablo 4.5’de MacNew ilk ve son ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verildi. Grup içi MacNew ilk ölçüme göre son ölçüm puan ortalamasının girişim grubunda daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<0.01$), kontrol grubunda ise son ölçüm puan ortalamasını düştüğü belirlendi ($p>0.05$). Gruplar arası MacNew ilk ölçüm puan ortalamasının girişim grubunda kontrol grubuna göre yüksek olmasına rağmen aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$). Ancak gruplar arası MacNew son ölçüm puan ortalamasının girişim grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.01$).

Tablo 4.6. 15D İlk ve Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	GRUPLAR				Test ve p değeri	
	Girişim		Kontrol			
	$\bar{X}\pm SS$	Median	$\bar{X}\pm SS$	Median		
ÖLÇÜMLER	İlk ölçüm	0.85±0.06	0.84	0.85±0.07	0.85	U*=1279.000 p=0.88
	Son ölçüm	0.95±0.05	0.96	0.86±0.08	0.85	U=455.000 p=0.000
Test ve p değeri		z**=-5.952 p=0.000		z=-0.994 p=0.32		

*Mann Whitney U Testi **Wilcoxon İşaret Testi

15D ilk ve son ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4.6); girişim grubunda ilk ölçüme göre son ölçüm puan ortalaması yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıyken ($p<0.01$), kontrol grubunda ise benzer ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Gruplar arası 15D ilk ölçüm puan ortalamalarının benzer, son ölçüm puan ortalamasının ise kontrol grubuna göre girişim grubunda daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptandı ($p<0.01$).

Tablo 4.7. Girişim Grubu İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Öz Bakım Gücü Ölçeği	MacNew	15D
Öz Bakım Gücü Ölçeği			
r	1.000		
p	-		
MacNew			
r	0.288*	1.000	
p	0.041	-	
15D			
r	0.482**	0.677**	1.000
p	0.000	0.000	-

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

Tablo 4.7’de girişim grubu Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew ve 15D ilk ölçüm puan ortalamalarının korelasyonu yer almaktadır. Girişim grubunda Öz Bakım Gücü Ölçeği ile MacNew ilk ölçüm puan ortalamaları ($r=0.288$, $p<0.05$) arasında pozitif

yönde ve düşük düzeyde, Öz Bakım Gücü Ölçeği ile 15D ilk ölçüm puan ortalamaları ($r=0.482$, $p<0.01$), MacNew ve 15D ilk ölçüm puan ortalamaları ($r=0.677$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Tablo 4.8. Kontrol Grubu İlk Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Öz Bakım Gücü Ölçeği	MacNew	15D
Öz Bakım Gücü Ölçeği			
r	1.000		
p	-		
MacNew			
r	0.400**	1.000	
p	0.004	-	
15D			
r	0.591**	0.713**	1.000
p	0.000	0.000	-

** $p<0.01$

Kontrol grubunda; Öz Bakım Gücü Ölçeği ilk ölçüm puan ortalaması ile MacNew ilk ölçüm puan ortalaması ($r=0.400$, $p<0.05$) arasında pozitif yönde ve düşük düzeyde, Öz Bakım Gücü Ölçeği ilk ölçüm puan ortalaması ile 15D ilk ölçüm puan ortalaması ($r=0.591$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, MacNew ilk ölçüm puan ortalaması ile 15D ilk ölçüm puan ortalaması ($r=0.713$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. (Tablo 4.8)

Tablo 4.9. Girişim Grubu Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Öz Bakım Gücü Ölçeği	MacNew	15D
Öz Bakım Gücü Ölçeği			
r	1.000		
p	-		
MacNew			
r	0.240	1.000	
p	0.089	-	
15D			
r	0.181	0.852**	1.000
p	0.203	0.000	-

** $p<0.01$

Tablo 4.9’da girişim grubunun Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew ve 15D son ölçüm puan ortalamalarının korelasyonu gösterildi. Girişim grubunda; MacNew ve 15D son ölçüm puan ortalamaları ($r=0.852$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptandı.

Tablo 4.10. Kontrol Grubu Son Ölçüm Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Öz Bakım Gücü Ölçeği	MacNew	15D
Öz Bakım Gücü Ölçeği			
r	1.000		
p	-		
MacNew			
r	0.587**	1.000	
p	0.000	-	
15D			
r	0.369**	0.834**	1.000
p	0.008	0.000	-

** $p<0.01$

Kontrol grubunda; Öz Bakım Gücü Ölçeği son ölçüm puan ortalaması ile MacNew son ölçüm puan ortalaması ($r=0.587$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde ve orta düzeyde, Öz Bakım Gücü Ölçeği son ölçüm puan ortalaması ile 15D son ölçüm puan ortalaması ($r=0.369$, $p<0.01$) arasında ise pozitif yönde ve düşük düzeyde, MacNew son ölçüm puan ortalaması ile 15D son ölçüm puan ortalaması ($r=0.834$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.10).

5. TARTIŞMA

Koroner arter hastalarına Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışıldı.

Çalışmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.1). Bu sonuç her iki grupta yer alan bireylerin homojen dağılımda olduğunu göstermektedir.

Hastaların KAH risk faktörlerine göre dağılımı Tablo 4.2'de verildi. Girişim ve kontrol grubunun sırasıyla %72.5'inin, %76.5'inin ailesinde KAH olduğu, girişim grubun %27.5'inin, kontrol grubunun %41.2'sinin yaşamının hareketsiz olduğu, girişim ve kontrol grubunun sırasıyla %78.4'ünün, %76.5'inin yaşamının stresli olduğu belirlendi. LDL kolesterol son ölçüm değerini girişim ve kontrol grubunda sırasıyla %86.3'ünün, %80.4'ünün yüksek olduğu tespit edildi. Literatürde yer alan çalışmalarda; KAH'lı bireylerin ailesinde KAH öyküsünün olduğu,^{14, 16, 21, 107-111} yaşamlarının hareketsiz ve stresli olduğu,¹¹¹ fiziksel aktivite yaptıkları^{14, 21, 112} sigara ve alkol kullandıkları,^{9, 11, 12, 14, 16, 21, 23, 39, 107-113} hipertansiyon ve diyabet hastalıklarının^{9-12, 14, 16, 21, 23, 39, 107-112} olduğu saptanmıştır. Ülkemizde KAH'lı bireylerde yapılan bazı çalışmalarda hastaların aşırı kilolu ve obez olduğu,^{14, 112} aynı zamanda serum lipid düzeylerinin de yüksek olduğu tespit edilmiştir.^{68, 112} Wood ve ark.'nın³⁸ çalışmasında kan basıncı, BKİ ve bel çevresinin uygulama ve kontrol grubunda benzer olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada KAH risk faktörlerine göre grupların homojen dağılımda olduğu ($p<0.05$) ve çalışma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Bu durumun çalışmanın güvenilirliğini destekleyebileceği düşünülmektedir.

Tablo 4.3'te KAH risk faktörlerinden serum lipid düzeyleri, tansiyon arteriel,

BKİ, bel çevresi ilk ve son ölçüm puan ortalamalarına yer verilmiştir. Her iki grupta LDL kolesterol, trigliserid ve bel çevresinin ilk ve son ölçüm değerlerinin yüksek olduğu saptandı. Her iki grupta sadece LDL kolesterol ve total kolesterol son ölçüm puan ortalamalarının düştüğü, grup içi aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$). Literatürde Wood ve ark.'nın³⁸ çalışmasında gruplar arası LDL kolesterol ve total kolesterol düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmişken, Saffi ve ark.'nın²¹ çalışmasında LDL kolesterol değerindeki düşmenin, Jiang ve ark.'nın³⁹ çalışmasında ise total kolesterol, LDL kolesterol ve trigliserid değerindeki düşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca Lachman ve ark.'nın³⁴ çalışmasında yaşam tarzı değişim programı sonucunda KAH'lı hastaların sahip olduğu 3 risk faktöründen en az birinde iyileşme olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada serum lipid düzeylerindeki görülen değişimlerin literatür^{21, 34, 38, 39} ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Girişim grubunda LDL kolesterol ve total kolesterol değerindeki düşmede; kolesterol düşürücü ilaç tedavisi, diyet ve yaşam tarzı değişikliğine yönelik araştırmacının verdiği eğitim, kardiyoloji uzmanı hekim ve kardiyoloji hemşirelerinin önerilerin etkili olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubundaki LDL kolesterol ve total kolesterol değerindeki düşme ise kolesterol düşürücü ilaç tedavisi, diyet ve yaşam tarzı değişikliğine yönelik kardiyoloji uzmanı hekim ve hemşirelerinin taburculuk öncesi ve poliklinik kontrollerinde verdiği önerilerle ilişkilendirilmektedir. Bu durumun aynı zamanda çalışmada gruplar arası KAH risk faktörlerinden serum lipid düzeyleri, tansiyon arteriel, BKİ, bel çevresi ilk ve son ölçüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark çıkmamasında etkili olduğu yorumlanmaktadır. Ayrıca girişim grubunun BKİ ve bel çevresindeki ilk ölçüme göre son ölçümde istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak düzeyde düşme olmamasında; son ölçüm zamanının sonbahar- kış dönemine

denk gelmesi, hastaların fiziksel aktivite olarak yürüyüşü tercih etmesi, aktivite düzeylerinin sadece ev ortamıyla kısıtlı kalmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 4.4'te Öz Bakım Gücü Ölçeği ilk ve son ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Girişim grubunun grup içi ve gruplar arası Öz Bakım Gücü Ölçeği son ölçüm puan ortalamasının daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$). Yaşamın devamı için öz bakımın neden gerekli olduğunun açıklanmasında Orem'in Öz Bakım Kuramı kullanılmakta olup, ⁴⁰⁻⁴⁸ bireyin kendi yaşamını, sağlık ve iyilik durumunu devam ettirmek için sağlık aktivitelerini gerçekleştirme gücü ve yeteneği olan öz bakım^{40, 42-46} KAH'lı birey için oldukça önemlidir. Fertelli ve Tel'in²⁹ yapmış olduğu çalışmada, eğitim sonrası girişim grubunun öz bakım gücünün arttığı ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. KAH hastalarında öz bakım gücünü belirlemek amaçlı yapılan çalışmalarda öz bakım gücü (59.13 ± 12.62) düşük¹³ ve orta düzeyde (103.84 ± 19.62)¹⁴ 'dir. Literatürde farklı kronik hastalıklarda Orem'in Öz Bakım Kuramı'nın hastanın öz bakım gücüne etkisine yönelik pek çok çalışma yer almaktadır. Astımlı adölesanlarda,⁵⁴ multipli sklerozlu,¹¹⁵ tip 2 diyabetli,^{116, 117} stomalı¹¹⁸ bireylerde Orem'in Öz Bakım Kuramı'na temellendirilerek verilen eğitimin hastaların öz bakımlarını olumlu yönde arttırdığı tespit edilmiştir.¹¹⁵⁻¹¹⁸ Erken doğum tanısı alan gebelere¹¹⁹ ve hipertansiyonlu hastalara⁵⁶ Orem'in Öz Bakım Kuramı kullanılarak verilen bakımın öz bakım gücünü yükselttiği saptanmıştır. Bu çalışmada öz bakım gücü puan ortalamasının kontrol grubunda benzer, girişim grubunda ise daha yüksek ve öz bakım gücünün daha iyi olması literatür ile benzerlik göstermektedir. Bu doğrultuda girişim grubuna Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılarak verilen eğitimin bireyin KAH, yaşam tarzı ve hastalık risk faktörlerine yönelik farkındalık düzeyini artırdığı, var olan öz bakım gücünün farkına varmasını, kullanmasını ve arttırmasına yardımcı olarak öz

bakım gücünü arttırdığı düşünülmektedir.

Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik MacNew ilk ve son ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. Girişim grubunun kontrol grubuna göre MacNew son ölçüm puan ortalamasının daha yüksek, gruplar arası puan ortalamaları arasındaki farkın da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptandı ($p<0.01$). Kalp hastalığına özgü yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yönelik MacNew kullanıldığı çalışmalarda,^{14, 98, 102-104, 120-126} kalp hastalığına ilişkin yaşam kalitesinin iyi (puan ortalaması 4.7- 5.10) olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarıyla literatürde yer alan çalışmaların^{14, 98, 102-104, 120-126} sonuçları karşılaştırıldığında kalp hastalığına özgü yaşam kalitesi puan ortalamasının kontrol grubunda benzer, girişim grubunda ise daha yüksek ve kalp hastalığına özgü yaşam kalitesinin daha iyi olduğu görülmektedir. Bu sonucun elde edilmesinde Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin girişim grubundaki bireylerde hastalıkla baş etmeye özgü olumlu yönde davranış değişikliği oluşturmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.6'da 15D ilk ve son ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Girişim grubunda grup içi ve gruplar arası 15D son ölçüm puan ortalamasının daha yüksek ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$). Literatürde 15D ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda,^{105,127-129} hastaların yaşam kalitesinin iyi olduğu (puan ortalaması 0.82-0.95) belirlenmiştir. Bu çalışmada girişim grubunun genel yaşam kalitesinin diğer çalışmalarda yer alan hastalara^{105,127-129} göre daha iyi olduğu görülmektedir. Bu sonucun girişim grubundaki bireylerde Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin bireylerde yaşam tarzı değişikliği oluşturarak bireylerin öz bakımın gücünü ve kalp hastalığına özgü yaşam kalitesini arttırmasıyla ilişkili

olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada girişim ve kontrol grubunda Öz Bakım Gücü Ölçeği ile MacNew ilk ve son ölçüm puan ortalamaları arasında 0.288 ile 0.587 aralığında değişen düşük- orta düzeyde ve pozitif yönde, Öz Bakım Gücü Ölçeği ile 15D ilk ve son ölçüm puan ortalamaları arasında 0.369 ile 0.482 aralığında değişen düşük- orta düzeyde ve pozitif yönde, MacNew ile 15D ilk ve son ölçüm puan ortalamaları arasında 0.677 ile 0.852 aralığında değişen orta- yüksek düzeyde ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edildi (Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10). Literatürde KAH'lı bireylerde öz bakım gücü ölçeği, MacNew ve 15D ölçeklerinin üçünün arasında korelasyonun değerlendirildiği her hangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak KAH, KOAH, diyabet gibi çeşitli kronik hastalılarda Öz Bakım Gücü Ölçeği, SF-36, EQ-5D, NHP, 15D ve MacNew gibi çeşitli ölçekler arasındaki korelasyonun değerlendirildiği çalışmalar yer almaktadır.^{94, 123, 125, 126, 128, 130-133} Bu çalışmalarda öz bakım gücü, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesinin birbirini zayıf, orta ve yüksek düzeyde etkilediği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda KAH'lı bireylerde öz bakım gücü, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesinin birbiriyle ilişkili olduğunun belirlenmesinin literatüre olumlu katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitimin girişim grubunda yer alan KAH'lı bireylerin öz bakım gücü, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre belirgin düzeyde arttırdığı belirlenmiştir. Bu sonuç doğrultusunda;

- KAH'lı bireylere bakım ve tedavi veren kardiyoloji servislerinde çalışan klinisyen hemşireler ve hekimlerin multidisipliner ekip anlayışı içinde öz bakım gücü, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştırmalar yaparak belirlenmesi
- KAH'lı bireyin eğitiminde hastaneye kabulünden, taburculuk ve taburculuk sonrası süreci dahil olmak üzere öz bakımlarını güçlendirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amacıyla rehber olarak Orem'in Öz Bakım Kuramı'nın kullanılabilmesi
- KAH'lı bireylerin öz bakım gücü, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesinin artırılması amacıyla yapılan bu araştırmanın sonucunun ilgili kurumlarla paylaşarak hastanede uygulamaya geçirilmesi ve etkinliğinin daha büyük örneklem grubunda değerlendirilmesi
- Araştırma kapsamında elde edilen sonuçların yayınlanarak literatüre kazandırılması
- KAH'lı bireylere yönelik Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre yapılandırılan eğitim rehberinin ilgili kurumlardan izin ve onay alınarak kardiyoloji kliniklerinde kullanılması
- KAH'lı bireylerde öz bakım gücü, hastalığa özgü yaşam kalitesi ve genel yaşam kalitesini belirleme yönelik multidisipliner ekip anlayışı içerisinde ve hemşire liderliğinde daha geniş ve kapsamlı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013- 2020. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>. 04 Ekim 2014.
2. Chronic Diseases and Health Promotion. <http://www.who.int/chp/en/>. 10 Ekim 2017.
3. Durna Z. Kronik Hastalıkların Önemi. İçinde: Durna Z (editör). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 1- 8.
4. Onat A. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevelansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. <http://tekharforg/images/2009/bolum2pdf>. 16 Mayıs 2014.
5. Butcher L, Castelluci D. Nursing Management Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Camera IM (eds). *Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems*, 8th ed. St. Louis Missouri, Elsevier Mosby, 2011: 760- 96.
6. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/. 05 Ekim 2014.
7. Lukkarinen H, Hentinen M. Treatments of coronary artery disease improve quality of life in the long term. *Nurs Res*,2006, 55: 22- 33.
8. Unsar S, Sut N, Durna Z. Health related quality of life in patients with coronary artery disease. *J Cardiovasc Nurs*, 2007, 22: 501- 507.
9. Durmaz T, Özdemir BA, Keleş T, Bayram NA, Bozkurt E. Factor affecting quality of life in patients with coronary heart disease. *Turk J Med Sci*, 2009, 39: 343- 351.
10. Norris CM, Patterson L, Galbraith D, Hegadoren KM. All you have to do is call; a

- pilot study to improve the outcomes of patients with coronary artery disease. *Appl Nurs Res*, 2009, 22:133- 137.
11. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res*, 2009, 66: 211- 220.
 12. Dilek F, Ünsar S, Süt N. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5: 29- 44.
 13. Hassani M, Farahani B, Zohour AR, Azar P. Self-care ability based on Orem's theory in coronary artery disease patients. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 2010, 3: 87- 91.
 14. Sevinc S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. *J Clin Nurs*, 2010, 19: 1315- 1325.
 15. Akdemir N. Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 3. Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 433-439.
 16. Fennessy MM. Illness Representation, Fatigue, and Depressive Symptoms in Patients with Stable Coronary Disease. Philosophy in Nursing Science. Degree of Doctor, Chicago: University of Illinois, 2011.
 17. Maclure JT. A meta-analysis of home-based secondary prevention programs that include anxiety reduction for patients with coronary artery disease. Faculty of Nursing. Master of Nursing, Edmonton: University of Alberta, 2011.
 18. Alm-Roijer C, Frilund B, Stagmo M, Erhart L. Knowing your risk factors for coronary heart disease improves adherence to advice on lifestyle changes and medication. *J Cardiovasc Nurs*, 2006, 21: E24- E31.
 19. The Joanna Briggs Institute. Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors

- in adults. Best Practice: evidence based information sheets for health professionals, 2009: 13: 1- 4.
20. Suzuki T, Kohro T, Hayashi D, Yamazaki T, Nagai R. Frequency and impact of lifestyle modification in patients with coronary artery disease: the Japanese Coronary Artery Disease (JCAD) study. *Am Heart J*, 2012, 163: 268- 273.
 21. Saffi MA, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: a randomized clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2014, 13: 436- 443.
 22. Staniute M, Brozaitiene J, Bunevicius R. Effects of social support and stressful life events on health-related quality of life in coronary artery disease patients. *J Cardiovasc Nurs*, 2013, 28: 83- 89.
 23. Kucukberber N, Ozdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2011; 11: 619- 626.
 24. Oreopoulos A, Padwal R, McAlister FA, Ezekowitz J, Sharma AM, Kalantar-Zadeh K, et al. Association between obesity and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Int J Obes (Lond)*, 2010, 34: 1434- 1441.
 25. Koziar B, Erb G, Berman A, Snyder S. *Fundamentals of Nursing Concept, Process and Practice*, 7th ed. New Jersey, Pearson Prentice Hall; 2004: 445- 469.
 26. Taylor CR, Lillis C, Lemone P, Lynn P. *Fundamentals of Nursing the Art and Science of Nursing Care*, 7th ed. China, Lippincott Williams & Wilkins, 2011: 467- 492.
 27. Hall AM. Patient Education. In: Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM (eds). *Fundamentals of Nursing*, 8th ed. St. Louis Missouri, Elsevier Mosby, 2013: 328- 348.

28. Unsar S, Durna Z, Süt N. Koroner Arter Hastalarında Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Sağlık Eğitiminde Hemşirenin Rolü. *Hemşirelik Formu*, 2004, 7: 27- 41.
29. Fertelli F, Tel H. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2007, 11: 57- 61.
30. Kurcer MA, Ozbay A. Effects of patient education and counseling about life style on quality of life in patients with coronary artery disease. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2011, 11: 107- 113.
31. Kadda O, Markavaki C, Panagiotakos D. The role of nursing after cardiac event. *Health Sci J*, 2012, 6: 634- 646.
32. Türkmen NS, Çam MO. Miyokart enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012, 3: 105- 115.
33. Johansson A, Adamson A, Ejdeback J, Edell-Gustafsson U. Evaluation of an individualised programme to promote self-care in sleep-activity in patients with coronary artery disease a randomised intervention study. *J Clin Nurs*, 2014, 23: 2822-2834.
34. Lachman S, Minneboo M, Snaterse M, Jorstad HT, Ter Riet G, Scholte Op Reimer WJ, et al. Community-based comprehensive lifestyle programs in patients with coronary artery disease: Objectives, design and expected results of Randomized Evaluation of Secondary Prevention by Outpatient Nurse Specialists 2 trial (RESPONSE 2). *Am Heart J*, 2015, 170: 216- 222.
35. Raftery JP, Yao GL, Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD. Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomised controlled trial. *BMJ*, 2005, 330: 707- 710.
36. Mohammadpour A, Rahmati Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. The

- effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*, 2015, 24: 1686- 1692.
37. Murchie P, Campbell NC, Ritchie LD, Deans GH, Thain J. Effects of secondary prevention clinics on health status in patients with coronary heart disease: 4 year follow- up of a randomized trial primary care. *Family Practice*, 2004, 21: 567- 574.
 38. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 2008, 371: 1999- 2012.
 39. Jiang X, Sit JW, Wong TK. A nurse- led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *J Clin Nurs*, 2007, 16: 1886- 1897.
 40. Fawcet J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*, 3. ed. Philadelphia, F.A.Davis Company, 2013: 179- 231.
 41. Johnson BM. Nursing Theory. In: Johnson A, Webber PB (eds). *An Introduction to Theory and Reasoning in Nursing*. 4th ed. China, Wolters Kluwer Health, 2015: 158-161.
 42. Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. *Nursing Models for Practice*, 3rd ed. Edinburg, Butterworth Heinemann, 2005: 103- 122.
 43. Hartweg DL. *Dorothea Orem Self-Care Deficit Theory (Notes on Nursing Theories; Vol. 4)*, 1st ed. California, Sega Publications Inc, 1991: 9- 34.

44. Isenberg MA. Self- Care Deficit Nursing Theory: Directions for Advancing Nursing Science and Professional Practice. In: Paker ME (ed). *Nursing Theories and Nursing Practices*, Philadelphia, F.A. Davis Company, 2001: 179- 191.
45. Foster PC, Bennett AM. Self- Care Deficit Nursing Theory: Dorethea Orem. In: George JB (ed). *Nursing Theories the Based for Professional Nursing Practices*, 5th ed. New Jersey, Prentice Hall, 2002: 125- 155.
46. Berbiglia VA, Banfield B. Self- Care Deficit Theory of Nursing. In: Alligood MR (ed). *Nursing Theorists and Their Work*, 8th ed. USA, Elsevier, 2014: 240- 257.
47. Avdal EÜ. Orem'in Hemşirelik ve Öz- Bakım Modeli. İçinde: Okumuş H, Öztürk C, Yenil K (editörler). *Bakımın Planlanması "Hemşire ve Öğrenci Hemşireler İçin Rehber"*, İzmir, Palme Yayınevi, 2014: 61-73.
48. Menekli T. Dorothea E. Orem: Öz- Bakım Yetersizliği Teorisi. İçinde: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (editörler). *Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*, İstanbul, Akademi Basın, 2017: 352-369.
49. Roussel L, Ratcliffe C. Concepts and Theories Guiding Professional Practice. In: Roussel L (ed). *Management and Leadership for Nurse Administrators*, 6th ed. Burlington, Jones & Bartlett Learning, 2013: 18- 49.
50. Terakye G, Buldukoğlu K. Childhood Enuresis: Application of Orem's Self Care Practice Model to Home Visits in Turkey. *J Pediatr Nurs*, 1997, 12: 193- 197.
51. Özkan Tuncay F. Öz Bakım Eğitim Programının Serebrovasküler Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri Üzerindeki Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2004.
52. Kılıç A. Dorothy Orem'in Öz Bakım Modelinin Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların Hemşirelik Bakımına Uygulanması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın

- Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı. Doktora tezi, Ankara: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, 2005.
53. Cihangir N. Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz- Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
54. Altay N, Cavusoglu H. Using Orem's self-care model for asthmatic adolescents. *J Spec Pediatr Nurs*, 2013, 18: 233- 242.
55. Manzini FC. Nursing Consultation Applied to Hypertensive Clients: Application of Orem's Self- Care Theory. *Rev Latino- Am Enfermagem*, 2009, 17: 113- 119.
56. Yıldız E. Öz- Bakım Gücü Modeline Göre Verilen Bakımın Hipertansiyonlu Hastaların Kan Basıncı Düzeyine ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2012.
57. Özkaptan Bal B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Öz- Bakım Modeline Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Öz- Etkililik Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
58. Durmaz Baran G. Adölesan Gebelerde Öz Bakım Eğitiminin Öz Bakıma Benlik Saygısına ve Beden İmajına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013.
59. Sürücü HA, Kızılcı S. Use of Orem's self-care deficit nursing theory in the self management education of patient with Type 2: a case study. *Self Care Depend Care Nurs*, 2012, 19: 53- 59.
60. Nursing. <http://www.who.int/topics/nursing/en/>. 04 Ekim 2017.

61. Birol L. *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Sürecinde Sistemik Yaklaşım*, 10. Baskı. İzmir, Berke Ofset Matbaacılık, 2013: 8- 35.
62. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015- 2020. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 988, Ankara, 2015.
63. Centers for Disease Control and Prevention. Coronary Artery Disease. http://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm. 05 Ekim 2017.
64. Türkmen E. Koroner Arter Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z (ed). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012: 111-146.
65. Badır A, Korkmaz Demir F. Koroner Arter Hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Aslan Eti F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı. Adana, Nobel Tıp Kitapevi, 2011: 473- 508.
66. The top 10 causes of death. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. 05 Ekim 2017.
67. Global status report on noncommunicable diseases 2014. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>. 25 Eylül 2014.
68. Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. İçinde: Onat A (editör). *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklar Yaklaşımına Öncülük*. İstanbul, Logos Yayıncılık, 2017: 20- 29.
69. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*, 2002, 288: 1775- 1779.
70. Kaya H. Hasta Eğitimi. İçinde: Atabek Aştı T, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı*. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık,

- 2014: 236- 244.
71. Ertem UT. Eğitim ve Öğrenme. İçinde: Ay Akça F (editör). *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*, 2. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008: 99- 107.
72. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, 12: 67- 73.
73. Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitimi Süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007, 15: 100- 6.
74. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korumada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 3: 223- 231.
75. Akbulut E, Tülüce D, Bayrak Kahraman B. Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. *J Cardiovasc Nurs*, 2016, 7: 140- 146.
76. Uysal H. Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Turk J Card Nur*, 2012, 3: 49- 59.
77. Uysal H. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics*, 2012, 5: 26- 32.
78. Jorstad HT, von Birgelen C, Alings AM, Liem A, van Dantzig JM, Jaarsma W, et al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after an acute coronary syndrome: main results of the RESPONSE randomised trial. *Heart*, 2013, 99: 1421- 1430.
79. Jorstad HT, Minneboo M, Helmes HJ, Fagel ND, Scholte Op Reimer WJ, Tijssen JG, et al. Effects of a nurse-coordinated prevention programme on health-related quality of life and depression in patients with an acute coronary syndrome: results

- from the RESPONSE randomised controlled trial. *BMC Cardiovasc Disorders*, 2016, 16: 144- 153.
80. Dickson VV, Nocella J, Yoon HW, Hammer M, Melkus GD, Chyun D. Cardiovascular disease self-care interventions. *Nurs Res Pract*, 2013, 2013:1- 16.
81. Akdemir N. Kronik Hastalıklar ve Sorunları. İçinde: Akdemir N, Birol L (editörler). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 3 Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2011: 193-199.
82. Gülseven B, Oğuz S. Kronik Durumlar. İçinde: Karadakovan A, Aslan Eti F (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 3. Baskı. Adana, Adana Nobel Kitapevi, 2011: 105-118.
83. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2012: 40- 51.
84. Aish AE, Isenberg MA. Effects of Orem-based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. *Int J Nurs Stud*, 1996, 33: 259- 270.
85. Gökdoğan F. Koroner Arter Hastalığı. İçinde: Akbayrak N, Erkal S, Ançel G, Albayrak AS (editörler). *Hemşirelik Bakım Planları (Dahili, Cerrahi Hemşireliği ve Psiko- Sosyal Boyut)*,1. Baskı. Ankara, Alter Yayıncılık, 2007: 269- 275
86. Akın S. Kardiyasküler Sistem Hastalıkları ve Bakım. İçinde: Durna Z (editör). *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013: 191- 218.
87. Türk Kardiyoloji Derneği. Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, 2007: 37- 56.
88. Tosun N. Anjında İlaç Tedavisi. İçinde: İyigün E, Taştan S (editörler). *Abrahams'ın Klinik İlaç Tedavisi Hemşireler için Akılcı İlaç Kullanımı*,10. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2014: 475-490.

89. Konal E, Ardahan M. Kalp yetersizliğinde sodyum alımı ve hemşirenin rolü. *J Cardiovasc Nurs*, 2017, 8: 8- 13.
90. Yeşil P, Altıok M. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. *Türk Kardiyoloji Derneği Hemşirelik Dergisi*, 2012, 3: 39- 48.
91. Oflaz F. Kardiyak rehabilitasyonda hastaya psikolojik yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology Special Topics*, 2012, 5: 40- 46.
92. The World Health Organisation Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. 1998; 46: 1569-1585.
93. Atik D. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö (editörler). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarla Kronik Hastalıklar*, Adana, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2016: 675-686.
94. Akinci F, Yildirim A, Ogutman B, Ates M, Gozu H, Deyneli O, et al. Translation, cultural adaptation, initial reliability, and validation of Turkish 15D's version: a generic health-related quality of life (HRQoL) instrument. *Eval Health Prof*, 2005, 28: 53- 66.
95. Cepeda-Valery B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well. *Int J Cardiol*, 2011, 149: 4- 9.
96. Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji*, 2014, 21: 182- 191.
97. Smith HJ, Taylor R, Mitchell A. A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF-36, QLI, OLMi and SEIQL. *Heart*, 2000, 84: 390- 394.
98. Höfer S, Saleem A, Stone J, Thomas R, Tulloch H, Oldridge N. The MacNew

- Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire in patients with angina and patients with ischemic heart failure. *Value Health*, 2012, 15: 143- 150.
99. Jacobson TA, Maki KC, Orringer CE, Jones PH, Kris-Etherton P, Sikand G, et al. National Lipid Association Recommendations for Patient-Centered Management of Dyslipidemia: Part 2. *J Clin Lipidol*, 2015, 9:1- 122.
100. Pınar R. Diyabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1995.
101. MacNew Group. Measuring Outcome in Heart Disease: Macnew Health Related Quality of Life Instrument. <http://www.macnew.org/wp/>. 06 Mayıs 2014.
102. Daskapan A, Hofer S, Oldridge N, Alkan N, Muderrisoglu H, Tuzun EH. The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina. *J Eval Clin Pract*, 2008, 14:209- 213.
103. Dixon T, Lim L, Oldridge NB. The MacNew Heart Disease health- related quality of life instrument: Reference data for users. *Qual Life Res*, 2002, 11: 173-183.
104. Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: A summary. *Health and Qual Life Outcomes*, 2004, 2:1- 8.
105. Sintonen H. The 15D instrument of health- related quality of life: properties and applications. *Ann Med*, 2001, 33:328- 336.
106. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*, 12. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2010: 31- 37.
107. Kang Y, Yang IS. Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *J Clin Nurs*, 2013, 22:2465- 2473.
108. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Koruma

- Davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19: 135- 144.
109. Yan J, You LM, Liu BL, Jin SY, Zhou JJ, Lin CX, et al. The effect of a telephone follow-up intervention on illness perception and lifestyle after myocardial infarction in China: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 2014, 51:844-855.
110. Harwick MA. Relationships among preventive behavioral model concepts in individuals at risk for coronary artery disease. Faculty of the College of Nursing. Master in Science, Arizona: In the Graduate College the University of Arizona, 1989.
111. Herman R, Liebergall M, Rott D. Correlation between participation in a cardiac rehabilitation program and quality of life of patients with coronary artery disease. *Rehabil Nurs*, 2014, 39: 192- 197.
112. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2010, 38:167- 172.
113. Ahn S, Song R, Choi SW. Effects of Self-care Health Behaviors on Quality of Life Mediated by Cardiovascular Risk Factors Among Individuals with Coronary Artery Disease: A Structural Equation Modeling Approach. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*, 2016, 10:158- 163.
114. Tuncay P. Koroner Kalp Hastalığı Olan Bireylerin Özbakım Gücü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans tezi, Lefkoşa: K.K.T.C. Yakın Doğu Üniversitesi, 2010.
115. Alkan S. Multipli Sklerozlu Hastalara Verilen Öz Bakıma Yönelik Yapılandırılmış Eğitimin Öz Bakım Gücü Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2016.

116. Karakurt P, Kasikci MK. The effect of education given to patients with type 2 diabetes mellitus on self-care. *Int J Nurs Pract*, 2012, 18:170- 179.
117. Rosmawati M, Rohana AJ, Manan WA. The Evulation of supportive-developmental nursing program on self-care practices of person with tip 2 diabetes at the health centere in Bachok, Kelantan. *Self Care Dependent Care Nurs*, 2013, 20:16- 22.
118. Çulha İ. Hemşirelik Eğitiminin Kolostomi ve İleostomi Açılan Hastalarda Öz-Bakım Gücüne Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans tezi, Eskişehir: Eskişehir Osman Gazi Üniversitesi, 2014.
119. Kılıç M. Erken Doğum Tanısı Alan Gebelere Verilen Bakımın Gebelerin Öz Bakım Gücüne Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ve Hemşireliği. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2011.
120. Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew of the quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes*, 2003, 1:1- 6.
121. Leal A, Paiva C, Hofer S, Amado J, Gomes L, Oldridge N. Evaluative and discriminative properties of the Portuguese MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire. *Qual Life Res*, 2005, 14:2335- 2341.
122. Pavy B, Iliou MC, Hofer S, Verges-Patois B, Corone S, Aeberhard P, et al. Validation of the French version of the MacNew heart disease health-related quality of life questionnaire. *Arch Cardiovasc Dis*, 2015, 108:107- 117.
123. Nakajima KM, Rodrigues RC, Gallani MC, Alexandre NM, Oldridge N. Psychometric properties of MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire: Brazilian version. *J Adv Nurs*, 2009, 65:1084- 1094.

124. Höfer S, Benzer W, Brandt D, Laimer H, Schmid P, Bernardo A, et al. MacNew Heart Disease Lebensqualitätsfragebogen nach Herzinfarkt. *Zeitschrift Klinische Psychologie und Psychotheapie*, 2004, 33:270- 280.
125. Höfer S, Schmid JP, Frick M, Benzer W, Laimer H, Oldridge N, et al. Psychometric properties of the MacNew heart disease health-related quality of life instrument in patients with heart failure. *J Eval Clin Pract*, 2008, 14:500- 506.
126. Dankner R, Burya-Sa'adon L, Geulayov G, Kobalyov A, Drory Y. Health- related quality of life Israeli heart patients according to the MacNew heart disease specific instrument. *Harefuah*, 2011, 150:760- 764.
127. Vergili Ö. Sağlıklı sedanter kadınlarda kalistenik ve pilates egzersizlerinin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerindeki etkileri. *KÜ Tıp Fak Derg*, 2012, 14:14- 20.
128. Heiskanen J, Tolppanen A-M, Roine RP, Hartikainen J, Hippeläinen M, Miettinen H, et al. Comparison of EQ-5D and 15D instruments for assessing the health-related quality of life in cardiac surgery patients. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*, 2016, 2:193- 200.
129. Günel MK, Tüzün EH, Aki E, Eker L. Investigation of validity, reliability and acceptability of the Turkish version of the 15D Questionnaire Health-Related Quality of Life on people with visual impairment. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2010, 30:207- 212.
130. Araujo RA, Silva TM, Ramos VP. Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. *Rev Esc Enferm USP*, 2016, 50:232- 238.
131. Leewattana T, Isaramalai S, Punthusena C. Basic conditioning factors, self- care agency, and quality of life patients following open heart surgery. *Songkla Med J*,

2008, 26:141- 150.

132. Yıldırım A, Aşılar RH, Bakar N, Demir N. Effect of anxiety and depression on self-care agency and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease: A questionnaire survey. *Int J Nurs Pract*, 2013, 19:14- 22.
133. Süt HK. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2009.



EKLER

EK- 1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Fatma TOK YILDIZ
Doğum tarihi:	08.04.1979
Doğum Yeri:	Sivas/Merkez
Medeni Hali:	Evli, 2 çocuk
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/ Sivas
Tel:	0 346 219 10 1 0
Faks:	0 346 219 12 61
E-mail:	ftok@cumhuriyet.edu.tr, fatmatok@yahoo.com
Eğitim	
Lise:	Sivas Kongre Lisesi (1997)
Lisans:	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1999-2004)
Yüksek Lisans:	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (2008-2012)
Doktora:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı (2012-2018)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	YÖKDİL 81.250 (05.03.2017)
Almanca:	
Rusça:	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
	Türk Hemşireler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler	
	Ebru Sanatı

EK- 2. UYGULAMA GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Koroner Arter Hastalarında Orem’in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı’na Göre Yapılandırılan Eğitimin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi” dir. Bu araştırma, koroner arter hastalarına Orem’in Öz bakım Yetersizlik Kuramına göre yapılandırılan eğitimin hastanın öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırmanın sürecinde sizinle belirli aralıklarda görüşmeler yapılacak olup süresi altı aydır ve araştırmaya katılan gönüllü sayısı 102 kişidir. Araştırmanın başında kendinize ve hastalığınıza ilişkin özellikler “Hasta Tanıtım Formu” ile değerlendirilecektir. Kendi kendine bakım gücünüzü “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ile, koroner arter hastalığının yaşam kalitenizi etkileme durumu “MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi” ve “Yaşam Kalitesi Anketi 15D” ile değerlendirilecektir. Koroner arter hastalığı ile ilgili yaşam sürecinizdeki değişikliklere uyumunuzu kolaylaştıracak önerileri kapsayan Orem’in Öz bakım Yetersizlik Kuramına göre yapılandırılan eğitim hastanede; taburculuk sonrası evde 2. hafta, 8. hafta, 1. 3. ve 6. ay poliklinik kontrollerinden hemen sonra olmak üzere toplam 6 oturumda verilecek ve eğitimler materyalle destelenecektir. Eğitimle ilgili size 12 soru sorulacak, verdiğiniz cevaplar ve gereksinimleriniz doğrultusunda eğitim içeriği tekrarlanacaktır. Hastanede ve taburculuk sonrası 6. ay poliklinik kontrolü sonrası 5. ev ziyaretinde boyunuz, kilonuz, bel çevresiniz, LDL, total kolesterol, trigliserid ve HDL değerleriniz; her bir görüşmede ise kan basıncınız tekrarlı olarak ölçülecektir. Aynı zamanda 6. ay poliklinik kontrolü sonrası 5. ev ziyaretinde “Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi, Yaşam Kalitesi Anketi 15D” ölçekleri tekrar uygulanacaktır.

“Bu araştırmada aldığınız tedaviler değiştirilmeyecektir. Bu araştırma ile ilgili

olarak araştırıcının sorularına uygun ve doğru cevap vermek, planlanan zamanlarda araştırıcı ile görüşmek sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar; koroner arter hastalığı ile yaşamanıza yönelik olarak yaşam tarzı değişikliklerine, diyetinize ve ilaç tedavinize uyum sağlamak, hastalığınızın neden olabileceği olası sorunları en az düzeyde yaşamak; hastanede ve evinizde hastalığınıza yönelik verilen aralıklı eğitimler ile kendi gereksinimlerinizi karşılayarak hastalık ile yaşamanıza yardımcı olmak; öz bakım gücünüz ve yaşam kalitenizi arttırmaktır.”

“Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, soru ya da diğer durumlar için 0346 2191010- 3158 veya 0505 8606072 nolu telefondan *Uzman Hemşire Fatma Tok Yıldız*’a başvurabilirsiniz.”

“Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırıcı bilginiz dhilinde veya isteğiniz dışında çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait

bilgilere ulaşabilirsiniz.”

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Fatma Tok Yıldız

Görevi: Uzman Hemşire

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel.-Faks: 0346 2191010- 3158/ 0505 8606072

Tarih ve İmza:

Olur, alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK- 3. KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Koroner Arter Hastalarında Orem’in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı’na Göre Yapılandırılan Eğitimin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi” dir. Bu araştırma, koroner arter hastalarına Orem’in Öz bakım Yetersizlik Kuramına göre yapılandırılan eğitimin hastanın öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Araştırmanın sürecinde sizinle belirli aralıklarda görüşmeler yapılacak olup süresi altı aydır ve araştırmaya katılan gönüllü sayısı 102 kişidir. Araştırmanın başında kendinize ve hastalığınıza ilişkin özellikler “Hasta Tanıtım Formu” ile değerlendirilecektir. Kendi kendine bakım gücünüzü “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ile, koroner arter hastalığının yaşam kalitenizi etkileme durumu “MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi” ve “Yaşam Kalitesi Anketi 15D” ile değerlendirilecektir. Görüşmeler hastanede; taburculuk sonrası evde 2. hafta, 8. hafta, 1. 3. ve 6. ay poliklinik kontrollerinden hemen sonra olmak üzere toplam 6 oturumda yapılacaktır. Hastanede ve taburculuk sonrası 6. ay poliklinik kontrolü sonrası 5. ev ziyaretinde boyunuz, kilonuz, bel çevresiniz, LDL, total kolesterol, trigliserid ve HDL değerleriniz; her bir görüşmede ise kan basıncınız tekrarlı olarak ölçülecektir. Aynı zamanda 6. ay poliklinik kontrolü sonrası 5. ev ziyaretinde koroner arter hastalığı ile ilgili yaşam sürecinizdeki değişikliklere uyumunuzu kolaylaştıracak önerileri kapsayan Orem’in Öz bakım Yetersizlik Kuramına göre yapılandırılan eğitim kitapçığı verilecek ve “Öz Bakım Gücü Ölçeği, MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi, Yaşam Kalitesi Anketi 15D” ölçekleri tekrar uygulanacaktır.

“Bu araştırmada aldığımız tedaviler değiştirilmeyecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek, planlanan zamanlarda araştırmacı ile görüşmek sizin sorumluluklarınızdır. Bu araştırmada sizin için herhangi bir

risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar; koroner arter hastalığı ile yaşamanıza yönelik olarak yaşam tarzı değişikliklerine, diyetinize ve ilaç tedavinize uyum sağlamak, hastalığınızın neden olabileceği olası sorunları en az düzeyde yaşamak; hastanede ve evinizde hastalığınıza yönelik verilen aralıklı eğitimler ile kendi gereksinimlerinizi karşılayarak hastalık ile yaşamanıza yardımcı olmak; öz bakım gücünüz ve yaşam kalitenizi arttırmaktır.”

“Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, soru ya da diğer durumlar için 0346 2191010- 3158 veya 0505 8606072 nolu telefondan *Uzman Hemşire Fatma Tok Yıldız*’a başvurabilirsiniz.”

“Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.”

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Fatma Tok Yıldız

Görevi: Uzman Hemşire

Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Tel.-Faks: 0346 2191010- 3158/ 0505 8606072

Tarih ve İmza:

Olur, alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK- 4. HASTA TANITIM FORMU

Hasta no:

Adı Soyadı:

Tanı

Protokol No:

1. () Anjino pektoris

2. () Miyokart infarktüs

Ev tlf:

Cep tlf:

Adresi:

Yatış Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

Geliş şekli:

Geldiği Yer:

1. () Yürüyerek

1. () Acil Servis

2. () Tekerlekli Sandalye

2. () Poliklinik

3. () Sedye

4. () Ambulans

5. () Diğer

1. Doğum Tarihiniz:.....

2. Cinsiyetiniz:

1. Erkek

2. Kadın

3. Medeni durumunuz

1. Bekâr

2. Evli

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur- yazar
2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu
4. Lise mezunu
5. Üniversite mezunu
6. Yüksek lisans/doktora

5. Mesleğiniz?

1. Kamu alışanı
2. Serbest meslek
3. Ev hanımı
4. Emekli
5. Diğer.....

6. Sağlık güvencesi

1. Yok
2. Yeşil Kart
3. SSK
4. Bağkur
5. Emekli Sandığı
6. Ücretli
7. Yurt dışı

7. Ekonomik durumunuz

1. Gelir, giderden az
2. Gelir ve gider dengeli
3. Gelir, giderden fazla

8. Yaşam şekli

1. Yalnız
2. Eş ile birlikte
3. Eş ve çocuklar ile birlikte
4. Eş, çocuklar ve ebeveynler ile birlikte
5. Diğer.....

9. Birinci derece akrabalarınızda koroner arter hastalığı olan

1. Yok
2. Var

10. Şu anda kullandığınız ilaçlar nelerdir?

İlaç Adı	Dozu	Kullanım Şekli
1		
2		
3		
4		

11. Daha önce hastaneye yattınız mı? *(Bu soruya yanıtınız evet ise 12. soruyu yanıtlayınız)*

1. Hayır

2. Evet

12. Evet ise hastaneye hangi nedenle yattınız?

1.....

2.....

3.....

4.....

13. Tanısı konulmuş başka bir hastalığınız var mı? *(13. soruya yanıtınız var ise 14.ve 15. soruları yanıtlayınız)*

1. Yok

2. Var

14. Var olan kronik hastalık

1.....

2.....

3.....

4.....

15. Var olan kronik hastalıkla ilişkili kullanılan ilaçlar nelerdir?

İlaç Adı	Dozu	Kullanım Şekli
1		
2		
3		
4		

16. Yaşamınız hareketsiz midir?

1. Hayır

2. Evet

17. Yaşamınız stresli midir?

1. Hayır

2. Evet

18. Sigara kullanma alışkanlığınız?

1. İçmiyor

2. İçiyor ise lütfen belirtiniz süre...../yıl /ay miktarpaket/gün

3. Bıraktım (Süresi/yıl/ay/gün)

19. Alkol kullanma alışkanlığınız?

1. İçmiyor

2. İçiyor ise lütfen belirtiniz süre...../yıl /ay miktar duble/ml/gün

3. Bıraktım (Süresi/yıl/ay/gün)

20. LDL yüksekliği(>70 mg/dl)

1. Yok

2. Var mg/dl

21. Total Kolesterol yüksekliği (>200mg/dl)

1. Yok

2. Var mg/dl

22. Trigliserid yüksekliği (>150mg/dl)

1. Yok

2. Var..... mg/dl

23. HDL dūřüklüğü (<35 mg/dl)

1. Yok

2. Varmg/dl

24. Hipertansiyon (140/90 mmHg ve üzeri) tedavisi

1. Yok

2. VarmmHg

25. BKİ:..... kg/m² (Boy:.....cm Kilo :.....kg)

26. Bel Çevresi:.....cm

	TA	BKİ	Bel Çevresi	LDL	Total Kolesterol	Trigliserid	HDL	Sigara içme
Taburcu olmadan <u>1 gün</u> önce								
Taburculuk sonrası <u>2. hafta</u> <u>sonra 1. ev ziyareti</u>								
Taburculuk sonrası 1. ay poliklinik kontrolü sonrası 2. ev ziyareti								
Taburculuk sonrası <u>8. hafta</u> <u>sonra 3. ev ziyareti</u>								
Taburculuk sonrası 3. ay poliklinik kontrolü sonrası 4. ev ziyareti								
Taburculuk sonrası 6. ay poliklinik kontrolü sonrası 5. ev ziyareti								

EK- 5. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duyularınız en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2. Kendimi beğeniyorum					
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçları istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.					
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.					
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7. Kendime bakamadığım zaman yardım ararım					
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9. Beni için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim					
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					

12. Dengeli beslenirim.					
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.					
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırıyorum.					
15. Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17. Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.					
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19. Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.					
20. Kendime dostum.					
21. Kendime iyi bakarım.					
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23. Düzenli olarak istirahat ederim.					
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25. Yaşam bir zevktir.					
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiriyorum.					
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					

28. Yıllar geçtikçe daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29. Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30. Vücudumun çalışmasıyla ilgi her şeye duyuyorum.					
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemeyip geçmesini beklerim.					
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.					
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK- 6. MACNEW KALP HASTALIĞI SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Aşağıdaki sorulara verilecek cevaplar son iki haftaya ilişkindir. Lütfen kutunun içine (X) işareti koyarak cevabınızı bildiriniz.

1. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi sinirli, sabırsız veya öfkeli hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

2. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi değersiz veya yetersiz hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

3. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi kalp probleminiz ile meşgul olacak kadar güvenli ve emin hissettiniz?

1. Hiç bir zaman
2. Nadiren
3. Az
4. Bazen

- 5. Sık sık
- 6. Çoğunlukla
- 7. Her zaman

4. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi keyifsiz ve kederli hissettiniz?

- 1. Her zaman
- 2. Çoğunlukla
- 3. Sık sık
- 4. Bazen
- 5. Az
- 6. Nadiren
- 7. Hiçbir zaman

5. Son iki hafta boyunca, ne kadar zaman, kendinizi rahatlamış ve huzurlu hissettiniz?

- 1. Hiç bir zaman
- 2. Nadiren
- 3. Az
- 4. Bazen
- 5. Sık sık
- 6. Çoğunlukla
- 7. Her zaman

6. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi yorgun ve halsiz hissettiniz?

- 1. Her zaman
- 2. Çoğunlukla
- 3. Sık sık
- 4. Bazen
- 5. Az
- 6. Nadiren
- 7. Hiçbir zaman

7. Son iki hafta boyunca, özel yaşantınızla ilgili olarak ne kadar mutlu, hoşnut veya memnunsunuz?

1. Çoğunlukla hoşnutsuz, çoğu zaman mutsuz
2. Genelde hoşnutsuz, mutsuz
3. Biraz hoşnutsuz, mutsuz
4. Genellikle hoşnut
5. Genellikle mutlu
6. Genellikle çok mutlu
7. Çok mutlu ve memnun

8. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi huzursuz ve tedirgin hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

9. Son iki hafta boyunca, günlük fiziksel aktivitelerinizi yaparken ne kadar nefes darlığı çektiniz?

1. Aşırı nefes darlığı
2. Çok nefes darlığı
3. Epeyce nefes darlığı
4. Orta düzeyde nefes darlığı
5. Biraz nefes darlığı
6. Çok az nefes darlığı
7. Nefes darlığı yok

10. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi ağlayacakmışınız gibi hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

11. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kalp probleminizden öncesine göre daha bağımlı hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

12. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, sosyal veya ailenizle ilgili aktivitelerinizi gerçekleştirmede kendinizi yetersiz hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

13. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, diğerkimselerin size olan güveninin kalp probleminizden öncesi gibi olmadığını hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

14. Son iki hafta boyunca, günlük aktivitelerinizi yaparken ne kadar sıklıkta, göğüs ağrısı çekmektediresiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

15. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizden emin olmadığınız veya kendinize olan güveninizde azalma olduğunu hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

16. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, bacaklarınızda ağrı ve yorgunluk hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

17. Son iki hafta boyunca, kalp probleminizin sonucu olarak, egzersiz veya spor yaparken ne kadar limitlisiniz?

1. Aşırı derecede limitli
2. Çok limitli
3. Epeyce limitli
4. Orta derecede limitli
5. Biraz limitli
6. Az limitli
7. Limitsiz

18. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi endişeli ve korkulu hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

19. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi şaşkın, veya sersemlemiş gibi hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

20. Son iki hafta boyunca, kalp problemlerinizin sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi kısıtlı yada limitli hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

21. Son iki hafta boyunca, ne kadar fiziksel aktivite veya egzersiz yapmanız gerektiği hakkında, kendinizi ne kadar sıklıkta, endişeli hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

22. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, ailenizi size karşı aşırı koruyucuymuş gibi hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

23. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kendinizi diğer kişiler üzerinde yükmiş gibi hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

24. Son iki hafta boyunca, kalp probleminiz sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi diğer kişilerle birlikte yapılan işlerden ayrı tutulmuş hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

25. Son iki hafta boyunca, kalp probleminiz sonucu olarak, ne kadar sıklıkta, kendinizi sosyalleşmede yetersiz hissettiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

26. Son iki hafta boyunca, kalp probleminiz nedeniyle, fiziksel yönden ne kadar kısıtlı veya limitlisiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman

27. Son iki hafta boyunca, ne kadar sıklıkta, kalp probleminizin cinsel hayatınızı limitlediğini veya engellediğini hissetmektesiniz?

1. Her zaman
2. Çoğunlukla
3. Sık sık
4. Bazen
5. Az
6. Nadiren
7. Hiçbir zaman
- Cevapsız

EK- 7. YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Şu anki sağlık durumunuzu en iyi tanımlayan seçeneğin yanına çarpı işareti (x) koymadan önce, lütfen her sorunun farklı cevaplarının tamamını okuyunuz. Bu yöntemle, her birine sadece bir cevap vererek, 15 sorunun tamamını cevaplamayı sürdürünüz.

SORU 1. HAREKET YETENEĞİ

1 () İçeride, dışarıda ve merdivenlerde normal olarak (güçlük çekmeden) yürüyebilmekteyim.

2 () İçeride zorluk çekmeden yürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/veya merdivenlerde hafif bir zorluk çekmekteyim.

3 () Yardım almadan (aletli veya aletsiz) ev içinde yürüyebilmekteyim, fakat dışarıda ve/veya merdivenlerde oldukça güçlük çekerek veya başkalarının yardımı ile yürüyebilmekteyim

4 () İçeride ancak başkalarının yardımıyla yürüyebilmekteyim.

5 () Tamamen yatalağım ve bir yerden bir yere gidememekteyim.

SORU 2. GÖRME YETENEĞİ

1 () Normal görmekteyim, yani gazeteleri ve televizyonda çıkan yazıları zorluk çekmeden (gözlükle veya gözlüksüz) okuyabilmekteyim.

2 () Gazeteleri ve/veya televizyonda çıkan yazıları hafif zorlukla (gözlükle veya gözlüksüz) okuyabilmekteyim.

3 () Gazete ve T.V. yazılarını gözlüklü veya gözlüksüz oldukça zor bir şekilde okuyabilmekteyim.

4 () Gözlükle veya gözlüksüz gazeteleri veya televizyonda çıkan yazıları okuyamamaktayım, fakat yardım almadan yürüyebilecek kadar görebilmekteyim.

5 () Yardım almaksızın yürüyebilecek kadar yeterli oranda göremiyorum, hemen

hemen veya tamamen körüm.

SORU 3. İŞİTME YETENEĞİ

- 1 () İşitme cihazı kullanarak ve/veya kullanmadan normal olarak duyabiliyorum.
- 2 () Normal konuşmaları biraz güçlkle duymaktayım.
- 3 () Normal konuşmaları güçlkle duymaktayım, sohbet esnasında seslerin normalden daha yüksek olmasına ihtiyaç duymaktayım.
- 4 () Çok yüksek sesleri bile çok zor duyabiliyorum. Neredeyse sağırım.
- 5 () Tamamen sağırım.

SORU 4. SOLUNUM

- 1 () Normal olarak, yani solunum yetersizliği veya başka solunum güçlüğü yaşamadan nefes alabilmekteyim.
- 2 () Ağır iş veya spor yaparken ya da düz yolda veya yokuş yukarı tempolu yürürken solunum yetersizliği çekmekteyim.
- 3 () Benim yaşımdakilerle aynı hızda düz yolda yürürken solunum yetersizliği çekmekteyim.
- 4 () Kendi kendime temizlenme, elbise giyme gibi normal aktivitelerimde bile solunum yetersizliği çekmekteyim.
- 5 () Hemen hemen her zaman, dinlenirken bile solunum güçlüğü çekmekteyim.

SORU 5. UYKU DURUMU

- 1 () Normal olarak uyuyabilmekteyim, yani uyku sorunum yok.
- 2 () Uykuya dalmada zorluk veya geceleyin bazen uyanma gibi hafif uyku sorunlarım var.
- 3 () Huzursuz uyku veya yeterli uyuyamama hissi gibi, orta derece uyku sorunlarım var.
- 4 () Sık sık veya sürekli uyku hapı kullanmak zorunda kalmak veya genellikle geceleri

ve/veya sabah çok erken uyanmak gibi çok önemli uyku sorunlarım var.

5 () Şiddetli uykusuzluk çekiyorum. Örneğin, düzenli uyku hapı kullandığım halde uyumak neredeyse imkansız, veya bütün gece boyunca gözüme uyku girmiyor.

SORU 6. YEMEK YEME DURUMU

1 () Normal olarak, başkalarından yardım almadan yemek yiyebilmekteyim.

2 () Kendi başıma hafif güçlüklerle (örneğin yavaşça, sakarca, titreyerek veya özel araçlar yardımıyla) yemek yiyebilmekteyim.

3 () Yemek yiyebilmek için bir başka kişinin biraz yardımına ihtiyaç duyuyorum.

4 () Kendi başıma hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla bir başkasının beni yedirmesi gerekiyor.

5 () Hiç yemek yiyemiyorum, dolayısıyla ya burnumdan konan bir tüple ya da damardan besleniyorum.

SORU 7. KONUŞMA YETENEĞİ

1 () Normal olarak, yani akıcı, net ve duyulabilir bir şekilde konuşabilmekteyim.

2 () Hafif konuşma güçlüklerim var. Örneğin, kelimeler için duraklama, mırıldanma, ses tonunun değişmesi gibi.

3 () Kendimi ifade edebiliyorum, fakat konuşmam düzensiz, dilim sürçüyor veya kekeleyorum.

4 () Birçok insan benim konuşmamı anlamakta güçlük çekiyor.

5 () Kendimi sadece el kol hareketleri ile anlatabiliyorum.

SORU 8. BOŞALTIM

1 () Mesane ve bağırsaklarım normal ve sorun olmaksızın çalışmaktadır.

2 () Mesanem ve/veya bağırsaklarımın çalışmasıyla ilgili ufak sorunlarım var. Örneğin; İdrar yapmakta zorluk veya ishal ya da kabızlık.

3 () Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımda belirgin zorluklar yaşıyorum. Örneğin;

Ara sıra altıma kaçırdığım oluyor veya ishal ya da kabızlık çekiyorum.

4 () Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımda ciddi sorunlarım var. Örneğin; düzenli olarak altıma kaçıyorum veya sonda ya da lavmana ihtiyaç duyuyorum.

5 () Mesane ve/veya bağırsak fonksiyonlarımı kontrol edemiyorum.

SORU 9. NORMAL AKTİVİTELER

1 () Normal aktivitelerimi zorlukla karşılaşmadan yerine getirebiliyorum. (İşte çalışma, ders çalışma, ev işleri, boş zaman aktiviteleri gibi)

2 () Normal aktivitelerimi çok az zorlukla veya daha az etkili olarak yerine getirebiliyorum.

3 () Normal aktivitelerimi çok daha az etkili veya oldukça güçlükle veya hiç yerine getiremiyorum.

4 () Daha önce rahatlıkla yaptığım normal aktivitelerimin ancak küçük bir bölümünü yapabilmekteyim.

5 () Daha önce yaptığım normal aktivitelerimin hiç birini yerine getirememekteyim.

SORU 10. ZİHİNSEL FONKSİYON

1 () Açık seçik ve mantıklı düşünebilmekteyim ve hafızam iyidir.

2 () Açık seçik ve mantıklı düşünmede biraz güçlük çekiyorum veya hafızam bazen beni yanıltıyor.

3 () Açık seçik ve mantıklı düşünmede belirgin güçlükler çekiyorum veya hafızam oldukça zayıfladı.

4 () Açık seçik ve mantıklı düşünmede büyük güçlükler çekiyorum veya hafızam ciddi oranda zayıfladı.

5 () Sürekli kafam karışık ve zaman ve mekânı karıştırıyorum.

SORU 11. RAHAT BOZUKLUĞU VE BELİRTİLER

- 1 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım yok.
- 2 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi hafif belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.
- 3 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi belirgin belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.
- 4 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi şiddetli belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.
- 5 () Ağrı, sızı, bulantı, kaşıntı gibi dayanılmaz belirtiler veya fiziksel rahatsızlıklarım var.

SORU 12. DEPRESYON

- 1 () Kendimi hiç üzgün, melankolik ve depresyonda hissetmiyorum.
- 2 () Kendimi biraz üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.
- 3 () Kendimi oldukça üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.
- 4 () Kendimi çok üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.
- 5 () Kendimi aşırı derecede üzgün, melankolik ve depresyonda hissediyorum.

SORU 13. SIKINTI

- 1 () Kendimi hiç endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissetmiyorum.
- 2 () Kendimi hafif endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.
- 3 () Kendimi oldukça endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.
- 4 () Kendimi çok endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.
- 5 () Kendimi aşırı endişeli, sıkıntılı veya sinirli hissediyorum.

SORU 14. CANLILIK

- 1 () Kendimi sağlıklı ve enerjik hissediyorum.
- 2 () Kendimi biraz bezgin, yorgun veya zayıf hissediyorum.
- 3 () Kendimi oldukça bezgin, yorgun veya zayıf hissediyorum.
- 4 () Kendimi çok bezgin, yorgun veya zayıf, neredeyse tükenmiş hissediyorum.
- 5 () Kendimi aşırı bezgin, yorgun ve zayıf, tamamen tükenmiş hissediyorum.

SORU 15. CİNSEL AKTİVİTE

- 1 () Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde olumsuz bir etkisi yok.
- 2 () Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde hafif bir etkisi var.
- 3 () Sağlık durumumun cinsel yaşantım üzerinde belirgin bir etkisi var.
- 4 () Sağlık durumum cinsel yaşantımı neredeyse imkânsız hale getiriyor.
- 5 () Sağlık durumum cinsel yaşantımı imkânsız hale getiriyor.



EK- 8. OREM'İN ÖZ BAKIM YETERSİZLİK KURAMI'NA GÖRE
YAPILANDIRILMIŞ EĞİTİM REHBERİ (Tez kapağında yer almaktadır.)

Koroner Arter Hastalığı ile Yaşamak



<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

Hazırlayan:
Uzman Hemşire
Fatma Tok Yıldız

Danışman:
Prof. Dr. Mağfiret Kaşıkçı
Erzurum- 2015



Eğitim kitapçığının basımında TUBİTAK Ulusal Destek Programları **“TUBİTAK 3001 Başlangıç Ar-Ge Projeleri Destekleme Programı”** kapsamında destek alınmıştır.

EK- 9. ETİK KURUL ONAY FORMU



Sağlık Bilimleri Fakültesi
ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Koroner Arter Hastalarında Örem’in Öz Bakım Yetersizlik Kuramına Göre Yapılandırılan Eğitimin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun **(X)**
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygun **()**
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir **()**

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.12.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Koroner Arter Hastalarında Örem’in Öz Bakım Yetersizlik Kuramına Göre Yapılandırılan Eğitimin Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesine Etkisi” konulu Prof.Dr. Mağfret KAŞIKÇI ve Arş. Gör. Fatma TOK YILDIZ’ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehmet TAN

Başkan

Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye

Doç. Dr. Nadiye ÖZER

Üye

Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör

**EK-10. CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ SAĞLIK
HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZİNİ**



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
BAŞHEKİMLİĞİ

Sayı : 93596471-000/329

23.01.2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İlgi: 08.01.2015 tarih ve 00421 sayılı yazı.




İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencilerinden Fatma TOK YILDIZ'ın hastanemiz Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığında anket yapma isteği değerlendirilmiş olup, uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Gökhan GÖKÇE
Başhekim

İLETİŞİM BİLGİLERİ: Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 /SİVAS
Telefon: 0 346 258 13 26 Belgeç (Faks): 0 346 258 00 24
E-mail Adresi: hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr

EK-11. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
SİVAS İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİNİ

	<p>T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği</p>	<p>SİVAS İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - SİVAS EĞİTİM VE STAJ BİRİMİ 02/03/2015 17:04 - 75723911 / 044 / 109</p>  <p>00008594270</p>
<p>Sayı : 75723911/044 109 Konu : Fatma TOK YILDIZ-Anket Çalışması Hakkında Düzeltme</p>		
<p>ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE</p>		
<p>İlgi : a) 02.02.2015 tarihli ve 02378 sayılı yazınız. b) 26.02.2015 tarihli ve 04580 sayılı yazınız. c) TKHK Kamu Hastane Birlik Daire Başkanlığının 19.06.2013 tarih ve 95796091-010.07 sayılı yazısı.</p>		
<p>İlgi (a) yazınızda Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olarak belirttiğiniz Fatma TOK YILDIZ'ın ilgi (b) yazınızda doktora öğrencisi olduğu belirtilmiştir.</p>		
<p>Buna göre; Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı doktora öğrencisi Fatma TOK YILDIZ'ın " Koroner Arter Hastalarında OREM'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramına Göre Yapılandırılan Eğitimin Hastanın Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kapasitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını Sivas Numune Hastanesinde yapması; ilgi (c) yazı gereği, çalışmaların Sağlık Tesisinde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması,kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi, hasta bilgilerinin kullanılabilmesi için hastadan onay alınması ve sonucun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla, Genel Sekreterliğimiz tarafından uygun görülmüştür.</p>		
<p>Bilgilerinize arz ederim.</p>		
<p>Uzm.Dr.Yavuz ORAK Genel Sekreter</p>		
<p>Ek: - Anketle İlgili Kurumun Yazısı</p>	<p>Bu evrakın 5070 Sayılı Kanun gereğince e-imza ile imzalandığı tasdik olunur. 03-03-2015 Evrak Kayıt Yetkilisi</p> 	
<p>Sivas İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kadı Burhanettin Mah. Demiryolu Cad. No:7 Kat:3 (Eski Demiryolu Hastanesi) 58000 A * tılı bilgi için: 0346 225 80 80/ 81-82-83 Dahili: 309 Fax: 0346 225 80 88 E-Posta: gulsemirenen@saglik.gov.tr</p>		
<p>Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d068b17d-bcf8-49cb-a59c-a3e7fb81fa33 kodu ile erişebilirsiniz.</p>		

EK- 12. ÖZ BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ İZİNİ

The screenshot shows a web browser window displaying a Yahoo! Mail inbox. The browser's address bar shows the URL: https://mg.mail.yahoo.com/?src=neo&reason=bkt_myc#2494005320. The page title is "(253 okunmamış) - fatma X". The Yahoo! Mail interface includes a search bar with the text "Hepsi" and "Fatma Tok, posta kutunuzu arayın". The inbox list shows a message from "Rukiye Pinar <rukiyepinar@gmail.com>" dated "07/02/14 tarihinde, 9:23 PM saatinde". The email content is as follows:

Öz bakım Gücü Ölçeği hakkında (2)

Rukiye Pinar <rukiyepinar@gmail.com> 07/02/14 tarihinde, 9:23 PM saatinde

Kime: Fatma Tok

Sayın Tok
Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan onur duyacağım. Saygı ve sevgilerimle

2 Temmuz 2014 10:26 tarihinde Fatma Tok <fatmatok@yahoo.com> yazdı:

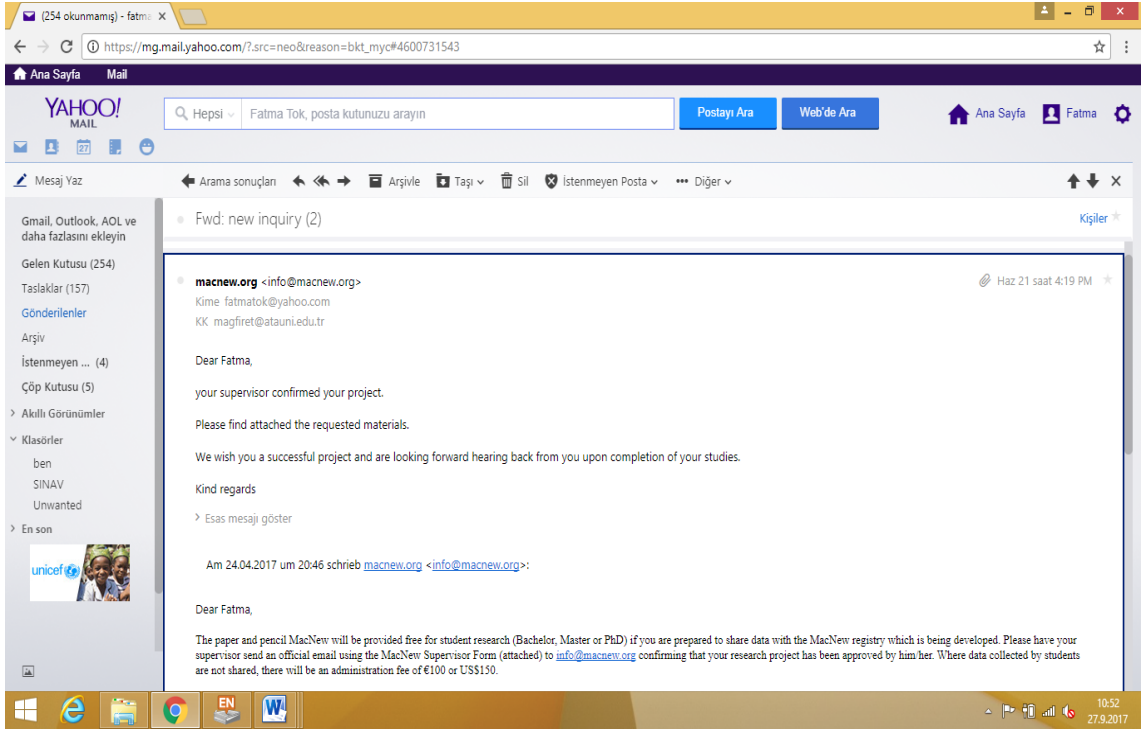
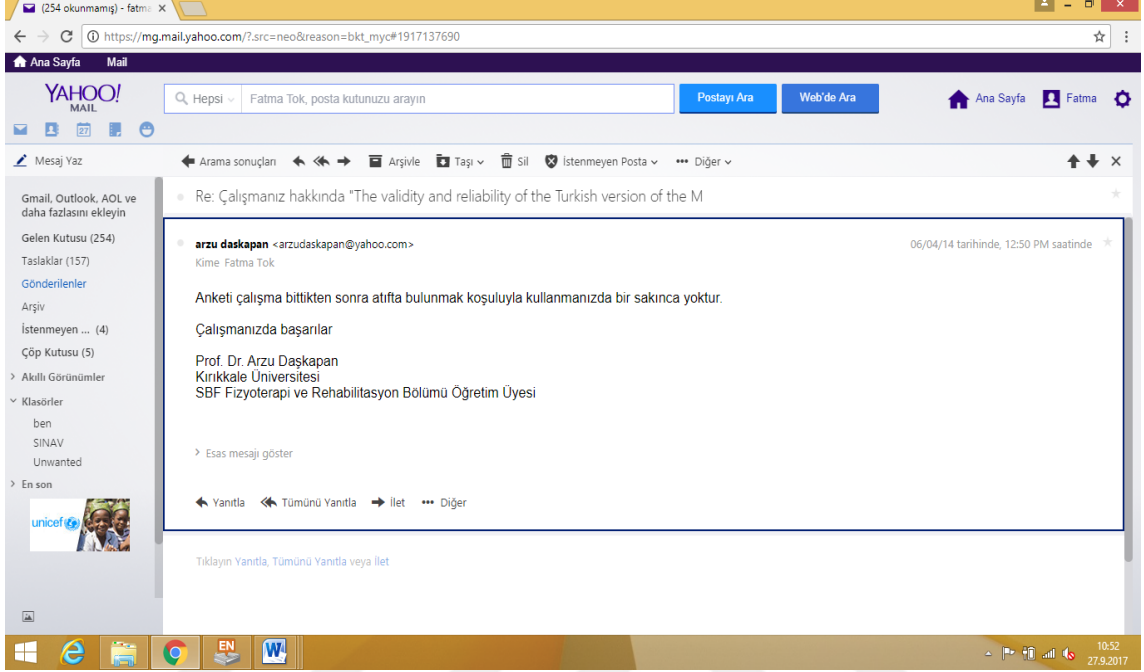
> Esas mesajı göster

--

Prof. Dr. Rukiye Pinar
Yeditepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölüm Başkanı
İş tel: 0 216 578 00 00 / 3170
GSM: 0 537 6590010

Prof. Dr. Rukiye Pinar
Yeditepe University
Faculty of Health
Department of Nursing
Office: +90 216 578 00 00 / 3170 (ext)
Mobile: +90 537 6590010

EK-13. MACNEW KALP HASTALIĞI SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ANKETİ İZİNİ



EK-14. YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (15D) İZİNİ

The screenshot shows a Yahoo! Mail inbox on a Windows 8.1 desktop. The browser address bar shows the URL: https://mg.mail.yahoo.com/?src=neo&reason=bkt_myc#3709959996. The inbox contains the following messages:

- Çalışmanız Hakkında "15 D yaşam kalitesi ölçeği" (2)**
- Fatma Tok** Merhaba Hocam, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında araştırma görevlisiyim. 06/01/14 tarihinde, 4:55 PM saatinde
- Ayşegül Kaptanoğlu** <aysegulkaptanoglu@gmail.com> 06/01/14 tarihinde, 5:14 PM saatinde

The email from Ayşegül Kaptanoğlu contains the following text:

Kime: Fatma Tok, Akinci, Fevzi

Sayın Tok,

Tezinizde bizim ekibimizin çalışmalarına atıf vererek 15 D yaşam kalitesi ölçeğinizi kullanabilirsiniz. Lütfen tezinizi sunduktan sonra bize de bir örneğini gönderiniz.

İyi Çalışmalar,

1 Haziran 2014 16:55 tarihinde Fatma Tok <fatmatok@yahoo.com> yazdı:

> Esas mesajı göster

...

Prof. Aysegul Yildirim Kaptanoglu
Trakya University, Faculty of Health Sciences

The desktop taskbar at the bottom shows the Windows logo, Internet Explorer, Google Chrome, and Word. The system tray on the right shows the date and time: 10:58, 27.9.2017.