

156221

SİVAS
T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ SONRASI
BİREYLERE VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN
ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tülay KARS

Eylül-2004
SİVAS

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ SONRASI
BİREYLERE VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN
ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**


**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Tülay KARS**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Yrd. Doç. Dr. Havva TEL**

Eylül-2004



“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır.”



Araştırmanın yürütülmesinde değerli katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva Tel'e araştırmanın istatistiksel analizinin yürütülmesindeki yardımlarından dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Levent zdemir'e ve gösterdikleri yardımlardan dolayı Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisi çalışanlarına teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
I GİRİŞ ve PROBLEMİN TANIMI.....	1
II. ARAŞTIRMANIN AMACI	8
III. GENEL BİLGİLER	9
IV. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	32
1. Araştırmanın Şekli.....	32
2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	32
3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.1. Araştırmanın Evreni	33
3.2. Araştırmanın Örneklemi	33
4. Verilerin Toplanması	33
5. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	34
6. Ön Uygulama	35
7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	37
8. Verilerin Değerlendirilmesi	38
V. BULGULAR ve TARTIŞMA	40
VI. SONUÇLAR	69
VII. ÖNERİLER	76
VIII.ÖZET	77
IX. SUMMARY	79
X. KAYNAKLAR	81
XI. EKLER	91

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1. Bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özellikleri.....	40
Tablo 2. Bireylerin Hastalık Deneyimine İlişkin Özellikler.....	41
Tablo 3. Bireylerin Yaşam Alışkanlıklarına İlişkin Özellikler.....	42
Tablo 4. Bireylerin Cinsiyete Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları.....	44
Tablo 5. Bireylerin Eğitim Düzeyine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanı.....	46
Tablo 6. Bireylerin Mesleklere Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları.....	47
Tablo 7. Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları.....	48
Tablo 8. Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları.....	49
Tablo 9. Bireylerin Önceden Bilgi Alma Durumuna Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontrolde Öz Bakım Gücü Puanları.....	50
Tablo 10. Bireylerin Sigara İçme Durumuna Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları.....	51
Tablo 11. Bireylerin Diyabet Tanısı Olma Durumuna Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları	52
Tablo 12. Bireylerin Hipertansiyon Tanısı Olma Durumuna Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları.....	53
Tablo 13. Bireylerin Tükettiği Besin Çeşidine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları.....	54
Tablo 14. Bireylerin Cinsiyetine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları.....	56

Tablo 15. Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları.....	57
Tablo 16. Bireylerin Mesleklerine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonraki Kontrolde Bilgi Puanları.....	58
Tablo 17. Bireylerin Yaşlarına Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları.....	59
Tablo 18. Bireyin Geçirdiği MI Sayısına Hastanedeki ve Sonrası Bilgi Puanları.....	60
Tablo-19. Bireylerin Önceden Bilgi Alma Durumuna Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanı.....	61
Tablo 20. Bireylerin Sigara Kullanma Alışkanlığına Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları.....	62
Tablo 21. Bireylerde Diyabet Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastanedeki ve Sonrası Bilgi Puanları.....	63
Tablo 22. Bireylerde Hipertansiyon Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastanedeki ve Sonrası Bilgi Puanları.....	64
Tablo 23. Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü ve Bilgi Puanları.....	65
Tablo 24. Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki HDL, LDL, Kolesterol ve Kilo düzeyleri.....	67

1.GİRİS

1.Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerin sonucu olarak tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile hastalıklara bağlı ölümler azalmış, doğuştan beklenen yaşam süresi uzamış ve bunun bir sonucu olarak kronik hastalığı olan birey sayısı artmıştır (Eski 2002). Kronik hastalıklar, geri dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olarak bireyde kalıcı yetersizlikler ve sakatlıklar bırakan, uzun süreli bakım, gözlem ve kontrol gerektiren, rehabilitasyon için birey, bireyin ailesi ve bakım veren kişilerin özel eğitimini gerektiren sürekli bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Black 1997, Smeltzer 2000, Lewis 2001, Akdemir 2003).

Dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülen kronik hastalıklar, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, ekonomik sınırlılıklar, sakatlıklar ve ağrı yaşamasına, bağımsızlıklarının azaltılmasına, sosyal etkinliklerinin kısıtlanmasına, yaşam biçimlerinin değiştirilmesine neden olmaktadır. Yaşanan bu durumlar ise bireylerin yetersizlik, umutsuzluk, isteksizlik, anksiyete, depresyon gibi duygular yaşamasına, sağlığını algılama değişikliğine ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Black 1997, Smeltzer 2000, Lewis 2001, Akdemir 2003). Yaşam kalitesini azaltan ve sık görülen kronik hastalıklardan birisi de Koroner Arter Hastalığı (KAH)'dır.

KAH, orta ve ileri yaş grubunda üretken çağdaki bireylerde görülen, bireylerin yaşamını tehdit eden sağlık sorunları arasında ilk sırada yer almaktadır (Eski 2002, Türkmen 2000, Onat 2002). ABD'de KAH tanısı olan 40 yaşın altında 2 milyon, 40-59 yaş arası 1,5 milyon, 60 yaş ve üstü grupta 2,75 milyon kişinin olduğu belirtilmektedir (Hoeman 1996, Black 1997, Lewis 2001). Ülkemizde de KAH erişkin dönemdeki bireylerde en önemli morbitide ve mortalite nedenidir. KAH, genel mortalite nedenleri arasında, tüm ölümlerin %55-75'ini kapsamaktadır (Eralp Gereççi 1997, Onat 1998, Onat 2002). Onat ve ark. (2002) 11 yıl süren çalışmaların sonucunda kalp hastalıklarının adeta "salgın" bir duruma geldiğini, Türkiye'de 2 milyon KAH olduğunu, bu sayının her yıl 90-100 bin arasında arttığını ve her yıl 260 bin kişinin bu hastalık nedeniyle yaşamını kaybettiğini

belirtmektedir. Türk Kardiyoloji Derneğinin 2001 yılı içinde yaptığı Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında, KAH prevalansının %10.1 olduğunu, erkeklerde beklenen koroner mortalite oranının %5.2'den %9.4'e yükseldiğini belirlemiştir (Onat 2002). Bireylerin günlük yaşamındaki stres yaşantısı, ekonomik sorunlar, günlük yaşamda yoğun olarak otomasyona geçilmesi nedeniyle egzersizlerin azalması, sigara tüketiminin artması, bilinçsiz beslenme ve kötü çevre koşulları kalp hastalıklarının artmasına neden olmaktadır (Kıvanç, Bozkurt 2000).

Kalp hastalıklarının maliyeti oldukça yüksektir. Amerikan kalp derneği (American Heart Association) KAH'lı bireylerin sağlık bakımı, hastane ilaç harcamaları ve üretkenlik kaybının 1993 yılındaki maliyetinin 117 milyar dolar olduğunu bildirmektedir (Hoeman 1996). KAH, bireyin fiziksel, emosyonel, ekonomik ve sosyal fonksiyonları gibi tüm yaşam alanlarında getirdiği kısıtlamalardan dolayı, insanların sağlığını çok yönlü olarak etkileyebilmekte, yaşamdan aldığı doyumunu, yaşam kalitesini ve öz bakım düzeyini azaltmaktadır (Meischke 1995, Hoeman 1996, Kuzu 1996, Tokem 1999, Kıvanç, Bozkurt 2000, Eski 2002).

KAH'ları Anjina pectoris ve ya Miyokard İnfarktüsü (MI) olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlardan MI daha sık görülmektedir (Guyton 2001). Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde genel mortalite nedenleri arasında KAH özellikle de MI ilk sırada yer almaktadır (Gökdoğan 1995, Karagöz 1996, Black 1997, Pehlivanoglu 1998, Türkmen 2000, Irmak 2001). Hoeman (1996)'ın belirttiğine göre Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından koordine edilen 7'si Avrupa bölgesinden olmak üzere 17 toplulukta yapılan bir araştırmada, her yaşta yıllık MI oranının erkeklerde %3.9-8.3, kadınlarda %2.2-6.5 olduğu bulunmuştur. Amerika'da her yıl 1,5 milyondan fazla kişinin MI geçirdiği ve bunların %50'sinden fazlasının ilk bir saat içinde öldüğü bu oranın ABD'deki tüm ölümlerin yaklaşık yarısını oluşturduğu (Hoeman 1996, Lewis 2001), Almanya'da her yıl 300-350 bin kişinin MI geçirdiği belirtilmektedir (Heper 2002).

MI'ın, tüm yaşam alanlarına getirdiği kısıtlamalardan dolayı, bireyin sağlığını sadece fiziksel değil, aynı zamanda ruhsal olarak da etkileyen bir travma olduğu belirtilmektedir (Öztunç 1990, Mete 1995, Kuzu 1996, Kıvanç, Bozkurt 2000, Lewis 2001). MI sonrası bireylerin; kalp fonksiyonlarının bozulduğunu bilmesi, tedavi ve tedavinin getirdiği kısıtlamalar, diyet, aktivite, iş, seksüel yaşamında yapılacak düzenlemeler, ölümle karşı karşıya kalma, bağımsız durumdan bağımlı durumuna geçme, ikinci kriz korkusu gibi nedenlerle ruhsal sıkıntı yaşadıkları ve bu sıkıntıların krizin kendisi kadar şiddetli olduğu belirtilmektedir (Durmuş 1991, Khan, Topol 1997, Stewart, Alexandra 1997, Küçük 1999, Tokem 1999).

MI geçiren bireylerin yoğun anksiyete, depresyon, ölüm korkusu, yorgunluk, konsantrasyon güçlüğü, iritabilite, uykusuzluk, inkar, öfke, yanlış algılama gibi psikolojik sorunlar yaşadığı da belirtilmektedir (Öztunç 1990, Mete 1995, Meischke 1995, Hoeman 1996, Kuzu 1996, Eski 2002). Bireyler sağlık durumlarında yaşadıkları bu değişikliğin yanı sıra, kendi kendini kontrol edememe, bağımsız durumdan bağımlı duruma gelme gibi nedenlerle beden imgesinde de değişiklik yaşayabilmekte, kendilerini “yardıma muhtaç”, “yarım insan” gibi algılayabilmektedirler (Durmuş 1993, Tokem 1999). Tüm bunlar bireyin kimlik krizi yaşamasına, güçsüzlük ve yetersizlik duygularının artmasına ve öz saygısının azalmasına neden olmaktadır (Durmuş 1991, Durmuş 1993, Hoeman 1996, Küçük 1999, Tokem 1999). MI sonrası benlik saygısının azalması ve bireyin kendisini sürekli hasta rolünde algılaması sonucu bireyin uyumu, öğrenmesi azaltmakta, pozitif başa çıkma davranışları olumsuz etkilenmektedir. Bireyde kendini değersiz hissetme ve sağlığın sürdürülmesine önem vermeme gibi davranışlar ortaya çıkmaktadır (Durmuş 1991, Hoeman 1996, Eski 2002). Bireylerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik problemler; önceki aktivitelerine geri dönememe, işini kaybetme, iş değiştirme, para kazanamama ve boşanma gibi sosyal travmalara da neden olmaktadır (Meischke 1995, Ziyaettin 1995, Hoeman 1996, Kuzu 1996, Kıvanç, Bozkurt 2000, Eski 2002).

Bireyler yaşamlarının belirli dönemlerinde, özellikle sağlıktan sapma durumlarında kendi bakımlarını yerine getirememekte, öz bakımlarını sürdürmekte kısmen ya da tamamen yardıma ihtiyaç duymakta ve öz bakım öncelikli bir sorun olmaktadır (Kara 2000). Hemşirelik kuramcısı Orem öz bakımı; bireyin yaşamını, sağlık ve iyilik halini korumak için kendi üzerine düşen aktiviteleri gerçekleştirmesi olarak tanımlamaktadır (Orem 1996, Lukkarinen, Hentinen 1997, Bakoğlu, Yetkin, 2000, Smeltzer 2000, Kara, Albayrak 2001.). Öz bakım, bireylerin yetenekleri ile çeşitli gereksinimleri arasındaki dengeyi korumayı amaçlamaktadır. Öz bakımda, birey kendi davranışlarını düzenleyen, yöneten ve rehberlik eden asıl kişidir. Bu nedenle öz bakım gücü, bireyin kendi bakım gereksinimlerini karşılamada, sağlığını ve yaşamını desteklemede ve geliştirmede önemlidir. Öz bakım gücü bireyin kendine bakım performansını gösterir.

Bireyler MI'ın getirdiği sınırlılıklar sebebiyle ve yaşam kalitelerini artırmak için yaşam biçimlerinde değişiklik yapmak zorunda kalırlar (Öztunç 1990, Ziyaettin 1995, Karagöz 1996, Motzer, Stewart, Alexandra 1996, Tokem 1999, Sivrioğlu 2000). Yaşam biçimindeki değişiklik, davranış değişikliğini gerektirmektedir. Bireyin yeni yaşamındaki davranış değişikliği ise bireyin öz bakım gücü ile ilişkilidir ve kişisel bakım aktivitelerinin yapılabilmesi için gereklidir. (Herlitz 1988, Lukkarinen, Hentinen 1997).

Yeterli öz bakım gücüne sahip olmak, bireyin yaşamdan doyum alma duygusunu desteklemektedir (Pınar 1995). Bireylerin öz bakım davranışlarını öğrenmesi ve öz bakım gücüne sahip olmaları ile duruma uyumu ve yaşam kalitesi artmakta, hastalık kontrol altına alınarak, komplikasyonlar önlemekte ve yaşam süresi uzatılmaktadır (Pınar 1995, Kara, Albayrak 2000.). Pınar (1995) diyabetli bireylerin öz-bakım gücü ile yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu, Durademir (1999) ise kronik kalp yetmezliği olan bireylerin öz-bakım ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkiler olduğunu belirlemiştir.

MI geçiren bireyler; kendileri ve hastalıkları ile ilgili mevcut ve olası risk faktörlerini değerlendirmeleri, taburcu olduktan sonrada hastalıkları ile ilgili kendi bakımlarını sürdürebilmeleri ve böylelikle özgüvenlerini kazanabilmeleri için yardım almaya gereksinim duyarlar (Jaarsma 1995). Akdolun (1992), Tokem (1999), Webster, Thompson ve Mayou (2002), Timmins ve Kaliszer (2003), Scott ve Tomphson (2003)'nın MI'lı bireylerle yaptıkları çalışmalarda bireylerin diyet, egzersiz, cinsel yaşam, ilaçlar, ilaç yan etkileri, stresten kaçınma, risk faktörleri, kriz sırasında ne yapacağı, iş ve seks yaşamına ne zaman başlayacağı gibi konularda bilgiye gereksinim duydukları saptanmıştır. Turton (1998) Cosey'in doktor, hemşire ve bireylerle yaptığı çalışmada MI'lı bireylere "diyet, ilaç, stres durumu, risk faktörleri" ile ilgili konularda eğitim verilmesi gerektiğini saptadığını, Maynihah'ın ise MI'lı bireyin iyileşmesinde "diyet, ilaçlar, aktivite ve risk faktörleri" ile ilgili konuların etkili olduğunu belirtmektedir. Conn ve Toylar (1992) bireylerin hastalık nedeniyle yaşamlarında yeni düzenlemeler yapmak durumu ile karşılaştıklarında kendine saygı ve güvenlerinin azaldığı bu nedenle, bireylerin enfarktüstten sonraki ilk aylarda kendi bakımlarını sürdürmelerinde önemli derecede azalmalar ve yetersizlikler olduğunu saptamışlardır. Beach ve Smith (1996) MI sonrası bireylerin öz bakım sınırlılıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bireylerin değişen sağlıklarıyla ilgili öz-bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarını ve yeni yaşamlarına yön vermede öz-bakımlarında yetersizlik olduğunu belirlemişlerdir.

MI sonrası bireyin fizyolojik, psikolojik ve mesleki fonksiyonlarını optimal düzeyde sürdürülmesinde rehabilitasyon hizmetleri önemlidir. KAH olan bireyler için kardiyak rehabilitasyon programları oluşturulmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon; bireylerin toplum içinde kendi çabalarıyla mümkün olan en iyi fizik, mental ve sosyal durumlarını yeniden kazanması ve aktif hayatı optimal düzeyde sürdürmesi için uygulanan hizmetlerdir (Gulanick 1998, Özcan 2000). Kardiyak rehabilitasyonda mortaliteyi, morbitideyi azaltmak, bireyin bakımını sürdürmesini desteklemek ve yaşam kalitesini artırmak amaçlanmaktadır. MI'lı bireylerde yaşam tarzı değişikliklerinin yararlı olduğu kanıtlanmasına karşın, yaşam tarzı değişikliğini yapmak zordur (Badır 2000, Özcan 2000). Herlitz (1988) KAH'da uygun öz bakım

davranışlarının karmaşık olduğundan yaşam koşulları içinde davranış değişikliği ve uyum için daha fazla çaba gerektiğini belirtmektedir. MI sonrası erken dönemde bireyler sağlıklarına daha fazla önem vermeleri ve yaşam değişikliği yapmaları gerektiğine inanırlar (Hoeman 1996, Badır 2000). Bu nedenle bireyler yaşam tarzı değişikliğini yapabilmeleri için rehabilitasyon programları ile desteklenmektedir. Bu amaca ulaşmada ise hasta eğitimi büyük önem taşımaktadır (Ziyaettin 1995, Badır 2000).

Bireylerin öz bakım güçlerinin ya da yeteneklerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi, hastalık durumunu kendi ortamlarında kontrol edebilmeleri, hastalık sürecinin olumsuzluklarından ve belirsizliklerinden kendilerini koruyabilmeleri için hastanede aldıkları eğitim büyük önem taşımaktadır (Kara, Fesçi 2000). MI sonrası bireylerin yaşam kalitesinin, öz bakım gücünün ve uyumun artırılması, iş yaşamına erken dönebilmesi için bireylere eğitim verilmesi gerekmektedir (Öztunç 1990, Ziyaettin 1995, Kuzu 1996, Kıvanç, Bozkurt 2000). MI'lı bireylerin hastalığına ilişkin bilgi düzeyleri yeterli ise, bireyler bazı kişisel özelliklere ve hastalığın getirdiği kısıtlamalara rağmen yaşantısını olumlu yönde düzenleyebilir ve öz bakımını üst düzeyde yerine getirebilir ve yaşamdan daha fazla doyum alabilirler (Öztunç 1990). Yapılan çalışmalarda; amputasyon uygulanan bireylere (Fındık 2001), gebelerle (Pasinlioğlu 1997) ve kalp yetmezliği (Durademir 1999), diyabet (Kara, Fesçi 2000), gibi kronik hastalığı olan bireylere verilen sağlık eğitiminin, bireyin öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır.

Bireylerin yaşam tarzı değişikliği yapabilmeleri zordur ve değişim bilgi gerektirmektedir (Öztunç 1990, Badır 2000, Özcan 2000). Bir eğitici olarak hemşireler, değişim ajanıdır ve bireylere verdiği sağlık eğitimi ile bu davranış değişikliğini sağlayabilir (Kıvanç, Bozkurt 2000). Hemşireler, kardiyak rehabilitasyon programı ve sağlık eğitimi vererek bireyin elindeki olanaklarla, en sağlıklı biçimde hayatını sürdürmesini, yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Akyol 1993, Kıvanç, Bozkurt 2000). Hemşireler bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgili konularda sağlık eğitimi vererek, bu sorunların çözülmesi için bireyi güçlendirerek

öz bakım ve yaşam kalitesini yükseltir (Potter, Pery 2001). Blair (1999) eğitim ve destekleme ile davranış değişikliğini sağlayan hemşirelik bakımının, öz bakımı artırmada çok önemli olduğunu saptamıştır. Bir çalışmada öz bakım gücü yüksek olan kişilerin daha yüksek benlik kavramına sahip oldukları ve sağlığı geliştirici olumlu sağlık davranışlarını daha fazla sergiledikleri saptanmıştır (Zaybak, Polat 2000).

Hemşireler eğitim vererek bireyin sağlığını sürdürmesine ve geliştirmesine, gerekli öz bakım yeteneklerini artırmasına katkı verirler (Rice 1996). Hemşireler bireylerin bilerek ya da bilmeyerek uyguladıkları olumsuz sağlık alışkanlıklarını ve davranışlarını, olumlu sağlık alışkanlıklarına dönüştürmek, hastalıklarına uyumunu sağlamak, öz bakım gücünü artırmak için öz bakım ve öz bakım gücünü etkileyen faktörleri göz önüne alarak bireyin ihtiyacına yönelik uygun sağlık eğitimi vermelidirler (Öztunç 1990, Lukkarinen, Hentinen 1997). Eğitim bireyin durumuna uyum sağlaması ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesinde önemli bir faktördür. Ülkemizde MI'lı bireylerde eğitimin öz bakım gücüne etkisini araştıran çalışmalara rastlanamamıştır. Bu çalışma MI sonrası bireylerin öz bakım gücünü ve planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

II. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Bu araştırma MI geçiren bireylere verilen planlı eğitimin bireyin öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ:

Ho: MI sonrası verilen planlı eğitim bireylerin öz bakım gücünü etkilemez.

H1: MI sonrası verilen planlı eğitim bireylerin öz bakım gücünü etkiler.



III. GENEL BİLGİLER

Günümüzde sağlık bakım alanındaki gelişmeler, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve hastalıkların tedavisinde yeniliklere katkı vermeye birlikte kronik hastalıklı birey sayısının artmasına neden olmaktadır. Sık görülen kronik hastalıklardan birisi de KAH'dır. KAH'ın artmasında; bireylerin günlük yaşamındaki yoğun stres, ekonomik sorunlar, şehirleşme, sedanter yaşam, sigara tüketimi, bilinçsiz beslenme ile birlikte satüre yağ tüketiminin artması, kolesterol düzeyinin yükselmesi ve kötü çevre koşulları gibi faktörler yer almaktadır (Kıvanç, Bozkurt 2000, Ünsar, Durna, Süt 2004). KAH'nın içinde yaşadığımız yüzyılın ilk çeyreğinde, tüm dünyadaki ölüm nedenleri arasında ilk sırada olacağı düşünülmektedir (Sönmez, Akçay 2002). KAH arasında en yaygın olarak görülen MI, genel olarak miyokardın belirli bir bölgesine gelen kan akımının ya tamamen kesilmesi ya da ileri derecede azalmasına yol açan bir "koroner arter tıkanması" veya "bir koroner arterin uzun süre spazmı" sonucunda gelişen bir hastalıktır. Koroner kan akımının ani olarak kesilmesi sonucu hiç kan alamayan ya da aldığı kan kalp kasının işlevlerini yerine getirmesine yetmeyen bölgede iskemiye bağlı hücre ölümü (nekroz) oluşur. Bütün bu süreç MI olarak isimlendirilir (Alsan 1992, Black 1997, Zoghi 2000, Guyton 2001, Lewis 2001, Kozan 2002, Akdemir 2003).

MI'nın en önemli nedeni; atherosklerozdur (Bozkurt 1999, Birol 2000, Özcan 2000, Guyton 2001, Lewis 2001, Candan, Oral 2002,). Atherosklerozda genel olarak arterlerin sertleşmesine neden olan yağ plakları (atheromlar) vardır. Atheroskleroz tüm arterlerde oluşabilmesine karşın daha çok koroner damarlarda görülmektedir (Guyton 2001). Koroner damarların daralmasına neden olan atherosklerotik plakların rüptürü, çatlaması ya da ülserasyonu damar lümeni tamamen tıkayan akut trombüslerin oluşmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda koroner kan akımı ani olarak kesilmekte ve MI gelişmektedir. (Şahinoğlu 1992, Candan, Oral 2002, İliçin, Biberöğlu, Ünal 2002,). MI gelişiminden bir iki dakika sonra kolleteral dolaşım, kalp kasını beslemeyi üstlenmektedir. Miyokardial nekroz alanında kalbin kasılma fonksiyonu gerçekleşmemektedir. İnfarkt alanına sızan kan bu bölgede birikmeye başlamaktadır. Bu sırada kandaki son oksijen rezervleride kullanılmakta ve

hemoglobin tamamen indirgenerek infarkt alanı koyu mavi bir renk almaktadır. Kanlanmanın yeniden sağlanamaması durumunda birkaç saat içinde hücreler ölmektedir (Lynn 1992, Guyton 2001, Lewis 2001,).

MI, en sık sol ventrikülün ön duvarında apekse yakın bölgede ya da sol ventrikülün arka duvarında, mitral kapağa yakın olan bölgede geçirilmektedir. MI'nın sol tarafta daha fazla görülmesi; kalbin sol tarafının yükünün daha fazla olması ve bu taraftaki koronerlerin daha yüksek kan basıncı etkisi altında kalması ile açıklanabilmektedir (Lewis 2001, Candan, Oral 2002).

MI'nın diğer nedenleri arasında; koroner spazm, myokard hipertrofisi, koroner arter embolisi, çeşitli vaskülitler, konjenital koroner arteriyovenöz fistüller, konjestif kalp yetmezliği, kapiller hemorajilerin tromboz oluşturması sonucu ortaya çıkan tıkanıklar, ameliyat, şok, hipotansiyon, GIS kanama, ciddi dehidratasyon gibi koroner kan akımının bozulmasına neden olan durumlar yer almaktadır (Lewis 2001).

MI'a neden olabilecek belirleyici durumlara "risk faktörü" adı verilmektedir. Bu risk faktörlerinin kontrolü hastalığın kontrol altına alınmasında, ikinci kalp krizinin önlenmesinde, bireylerin yeniden aktif yaşama dönmesinde büyük önem taşımaktadır (Pehlivanoglu 1998, Kültürsay 1999,). Hastalığın risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyenler olarak ikiye ayrılmaktadır (Harrell 1998).

a-Değiştirilemeyen Risk Faktörleri; MI'da değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet ve kalıtımdır.

Yaş: Her iki cinste de yaş ilerledikçe kalp damar sistemindeki değişikliklere bağlı MI gelişme riski artmaktadır (Onat 1998, Kültürsay 1999, Guyton 2001). Her iki cinsiyet de, her beş yaş artışında koroner kalp hastalığı mortalitesi iki kat artmaktadır. MI'a bağlı ölümlerin %75'i 65 yaşın üzerinde olmakla birlikte son zamanlarda MI daha genç yaş gruplarında da görülmeye başlamıştır (Özcan 2000, Kozan 2002).

Cinsiyet: Erkek cinsiyet hormonlarından androjen kan kolesterol düzeyini artırdığından, MI riski erkeklerde iki kat daha fazladır. Kadınlarda ise menopozdan sonra östrojenin koruyucu etkisinin azalmasıyla MI riski artar ve erkeklerin riski ile aynı seviyeye gelir. Ayrıca erken menapoz, MI riskini artırmaktadır. Kadınların, MI riski erkeklere benzer olmasına rağmen, diyabet, düşük HDL kolesterol ve yüksek trigliserit düzeyi kadınlar için erkeklere kıyasla daha önemli risk faktörleridir (Özcan 2000, Kozan 2002).

Kalıtım: Ailesinde KAH öyküsü olan kişilerde KAH riski 12 kat fazladır. Özellikle diyabet, hipertansiyon, lipid metabolizması bozuklukları ve diğer metabolik bozuklukların kalıtımla geçmesi sonucu MI'a yatkınlık daha da artmaktadır (Eralp, Gereççi, 1997, Onat 1998). Ayrıca çevre ve yaşam alışkanlıklarındaki risk faktörlerinin de rolü olabilir (Türkmen 2000).

b.Değiştirilebilir Risk Faktörleri: MI'da değiştirilebilen risk faktörleri; hipertansiyon, sigara, hiperkolesteromi, obezite, diyabetes mellitus, stres ve anksiyete, fiziksel hareketsizliktir.

Hipertansiyon: Hipertansiyon kardiyovasküler morbidite ve mortalite gelişiminde çok önemli rol oynayan risk faktörüdür (Öztunç 1990, Onat 1998, Kültürsay 1999, Türkmen 2000). Onat (1998) Framingham'ın çalışmasında hipertansif bireylerin, sağlıklı bireylere oranla iki kat daha fazla MI riski altında olduğunu belirtmektedir.

Yüksek kan basıncında kalp, devamlı olarak periferik dirence karşı çalışır. Bu durum kalbin yükünün artmasına, fazla enerjiye ihtiyaç duymasına, zamanla kalp kaslarının büyümesine (hipertrofisine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) neden olur. Bu durumda kalp dokusunun kana olan ihtiyacı artar. Gerekli kan ihtiyacının tam olarak miyokard kasına sağlanamaması sonucu MI gelişir (Öztunç 1990, Kozan 2002, Akdemir 2003).

Arter içindeki basıncının artışı, damar intimasında hasar yapıcı değişikliklere neden olur. Hasar gören bu bölgelere kolesterol gibi maddeler birikir ve zamanla arter tıkanır. Tüm vücut arterinde görülebilen bu değişiklik daha çok koroner arterlerde meydana gelir. Arterlerdeki bu tıkanıklık miyokardın oksijen gereksiniminin yeterince karşılanmasını engeller ve MI'a neden olur (Eralp, Gereççi 1997, Türkmen 2000, Özcan 2000, Guyton 2001).

Sigara: Sigara MI'da majör risk faktörü olmakla beraber, diğer risk faktörlerinden bağımsızdır (Eralp, Gereççi 1997, Bozkurt 1999, Türkmen 2000). Sigara içenlerde MI geçirme riski içmeyenlere göre 3-4 kat daha fazladır (Bozkurt 1999, Türkmen 2000). Sigarada bulunan nikotin kalpte katekolamin salgılanmasını artırır. Bu durum sempatik sinir sistemini uyararak kalp atım hızını ve kan basıncını artırır (Türkmen 2000, Özcan 2000, Kozan 2002). Ayrıca sigara kan fibrinojen düzeyini, trombosit tepkilerini ve kan viskozitesini artırır. Koroner damar duvarından bir plak koptuğunda, bu bölge ile kan elemanları arasında trombosit aktivasyonu başlar. Bu durum pıhtılaşma aktivasyonunu uyarır. Sonuç olarak trombüs damarı tıkar ve miyokard infarktüsü oluşur. Tüm bunlar kalbin yükünü dolayısıyla oksijen ihtiyacını artırır (Eralp, Gereççi 1997, Bozkurt 1999, Türkmen 2000, Guyton 2001.).

Sigarada bulunan karbonmonoksidin (CO)'de MI oluşumunda etkisi vardır. CO, hemoglobine bağlanarak karboksihemoglobin oluşturur. CO'in hemoglobine bağlanma kapasitesi oksijenden 200 kat daha fazladır. Kanda CO düzeyinin artması, hemoglobinin oksijene bağlanma kapasitesini azaltır. Bu durum dokulara giden oksijen kapasitesinin azalmasına neden olur (Sabuncu, Kızılkaya 1994, Bozkurt 1999). Bir yandan kalbin iş gücünün ve oksijen ihtiyacının artması diğer yandan kalp kasına gelen oksijenin azalması; ciddi aritmilere, MI ve ölümlere yol açabilir (Bozkurt 1999, Özcan 2000, Kozan 2002).

Sigara içmek, ani ölüm ve/veya MI riskini %70'lere çıkarır ve kardiyovasküler ölümlerin yaklaşık üçte birinin sebebinin oluşturur (Eralp, Gereççi 1997, Türkmen 2000). MI sonrası sigaraya devam edenlerde yeniden infarktüs geçirme ve ölüm riski yaklaşık iki kat artmaktadır. Sigaranın bırakılması durumunda

MI riski ve kardiyovasküler mortalite oranı azalmakta; sigaranın bırakılmasından üç yıl sonra bu risk hiç içmeyenler düzeyine inmektedir. Pasif içicilerde risk, içmeyenlere göre daha yüksektir (Eralp, Gereççi 1997, Bozkurt 1999, Türkmen 2000, Kozan 2002).

Hiperkolesteromi: Yüksek plazma lipidi damarın intima tabakasında birikerek atheroskleroza neden olur (Pehlivanoğlu 1998, Bozkurt 1999). Kolesterol ve diğer vücut yağları dolaşımında fazla olduğu durumlarda damar duvarında daha kolaylıkla depo edilebilir. Bu durum, atheroskleroz oluşumuna öncülük ederek MI'ın oluşmasını kolaylaştırır (Öztunç 1990, Türkmen 2000, Guyton 2001). Atherosklerozun oluşmasında High (yüksek) Dansiteli Lipoprotein (HDL) değerinin düşük olması, Low (düşük) Dansiteli Lipoprotein (LDL) veya total kolesterol düzeyinin yüksek olmasından daha önemlidir. HDL kolesterolü dokudan karaciğere taşır. Bu nedenle yüksek HDL-kolesterol (>60mg/dl) düzeyi LDL'nin olumsuz etkisini ortadan kaldırmaktadır (Eralp, Gereççi 1997, Bozkurt 1999). Kan kolesterol seviyesi sağlıklı kişilerde 200mg/dl altındadır (Pehlivanoğlu 1998). Kolesterol düzeyi 150mg/dl'den az olan popülasyonlarda koroner olay gelişme riski azdır (Tokem 1999, Özcan 2000, Kozan 2002). Serum total kolesterol seviyesindeki %1'lik bir azalma KAH riskini %2 azaltmaktadır (Eralp, Gereççi 1997). HDL kolesterol 35mg/dl altında ise KAH riski artar, 60mg/dl üzerinde ise KAH riski azalır (Türkmen 2000). Atherosklerotik lezyonların oluşmasını sağlayan LDL'nin ise plazma düzeyindeki %1 lik artış, KAH riskini iki, üç kat artırmaktadır (Eralp, Gereççi 1997, Pehlivanoğlu 1998, Kozan 2002, Türkmen 2000). Total ve doymuş yağların aşırı tüketilmesi, aşırı kalori alınması, obezite ve fiziksel hareketsizlik LDL'yi artırır. Diyabetes Mellitus, hipotroidi, kronik böbrek yetmezliği, bazı ilaçlar ise LDL düzeyini yükseltir. TEKHARF çalışmasına göre Türk kadın ve erkeklerinde yaş arttıkça hiperkolesteromi sıklığı artmaktadır. 20 yaş ve üzerindeki toplam erişkin nüfusunda, koroner kalp hastalığı için risk sınırı olan 240 mg/dl üzerinde total kolesterol sıklığı %6,8 bulunmuştur (Onat 1998, Türkmen 2000).

Obezite: İdeal vücut ağırlığında %20'den fazla artış olmasıdır. Obezite bağımsız bir risk faktörü olmamakla birlikte, genellikle hiperlipidemi, hipertansiyon, hiperglisemi gibi diğer KAH risk faktörleri ile birlikte görülür (Bozkurt 1995, Pehlivanoglu 1998, Onat 1998, Türkmen 2000, Özcan 2000). Obezitenin taşıdığı risk sadece obezitenin şiddetine bağlı değil, aynı zamanda vücut yağının dağılımı ile de ilişkilidir. Yağların karın bölgesinde toplanması KAH riskini artırır. Erkeklerde 0,9, kadınlarda 0,8'in altındaki bel/kalça oranı normal kabul edilir (Eralp, Gereççi 1997, Bozkurt 1999, Türkmen 2000). Erkeklerde KAH, obeziteden bağımsız olarak abdominal obezite ile ilişkilidir. Kadınlarda intraabdominal yağ depolanması, tek başına obeziteye göre KAH gelişmesi için daha önemli risk faktörüdür (Özcan 1997, Gök 2002).

Diyabetes mellitus: Diyabet, KAH gelişimi yönünden majör bir risk faktörüdür. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte kan glikoz düzeyinin yükselmesine vücutta genel damar bozukluğuna yol açarak KAH'a neden olmaktadır (Türkmen 2000). KAH'dan ölüm riskini iki katına çıkarmaktadır. (Eralp, Gereççi 1997). Özellikle insüline bağımlı olmayan diyabetiklerde görülen insülin direnci, hiperinsülinemi, obezite ve hipertansiyon gibi faktörler KAH riskini artıran diğer faktörlerdir. Koroner mortalite tip I diyabetlerde on kat, tip II diyabetik erkeklerde ise iki kat ve kadınlarda dört kat fazla bulunmuştur (Özcan 1997, Pehlivanoglu 1998, Türkmen 2000, Kozan 2002).

Stres ve anksiyete: Stres, katekolaminlerin aşırı salınmasına, kan kolesterolünün yükselmesine, hipertansiyona, trombosit fonksiyonlarında artış olmasına ve miyokardın oksijen gereksiniminin artmasına neden olmaktadır (Türkmen 2000). Ayrıca aceleci, aşırı heyecanlı, yarışmacı, sürekli başarıya isteği gibi A tipi kişilik özellikleri MI geçirme riskini yükseltmektedir (Öztunç 1990, Eralp, Gereççi 1997, Durmuş 1998, Türkmen 2000).

Fiziksel hareketsizlik: Fiziksel hareketsizlik bağımsız bir etmen olmasa da, KAH için başlı başına bir risk faktörüdür ve KAH riskini iki kat artırmaktadır

(Eralp, Gereççi 1997). Buna karşın yapılan birçok çalışmada düzenli fizik aktivitenin KAH olaylarını özellikle erkeklerde azalttığı belirlenmiştir (Türkmen 2000, Kozan 2002). Fizik aktivite; trombosit agregasyonunu, miyokardın oksijenlenme ihtiyacını, hipertansiyonu, obeziteyi ve glikoz intoleransını azaltır, HDL kolesterol düzeyini artırır (Bozkurt 1995, Eralp, Gereççi 1997, Türkmen 2000).

MI Semptomları

Son yıllarda ortaya konulan araştırmalar MI'ın günler ve haftalar önce bireylerin bir kısmında (%50-60) halsizlik, nefes darlığı, göğüs üzerinde ağrı, huzursuzluk gibi ön semptomlar olabileceğini göstermiştir. MI bazen de daha önce hiçbir semptom vermeden aniden ortaya çıkabilir. Ayrıca ağır egzersizler, ağır yemekler, duygusal stres MI'ne zemin hazırlayabilir (Tokem 1999, Özcan 2000, Kozan 2002).

Göğüs Ağrısı: Göğüs ağrı, miyokarda yeterli oksijen sağlanamaması nedeniyle miyokard hücrelerinin hipoksisi sonucu oluşur. MI'daki göğüs ağrısı ezici, sıkıştırıcı, baskı tarzında, göğüste boğulma ve ağırlık hissi yaratan özellikler taşımaktadır. Ağrı sırta, kollara, boyuna, çeneye, epigastrik ve retrosternal bölgeye yayılabilir. Ağrı 30 dakikadan fazla ya da birkaç saat sürebilir. Ağrı çoğunlukla sabah erken saatlerde ortaya çıkar. Uyku sırasında, uyanırken, dinlenme anında veya aktivite sırasında da olabilir ve ağrı nitrogliserine cevap vermez. Ağrı ancak morfin türü ilaçlarla geçmektedir (Black 1997, Heper 2000, Özcan 2000, Lewis 2001, Kozan 2002). Başta diyabetli bireyler ve yaşlı bireyler olmak üzere MI geçiren bazı bireylerde ağrı ortaya çıkmadığı da belirtilmektedir (Khan, Topol 1997, Kozan 2002).

Bulantı-kusma: Bulantı, kusma şiddetli ağrı ve vagus sinirinin uyarılması sonucu ortaya çıkar. Bu belirtiler kalbin inferior bölgesinde oluşan MI'da daha sık görülür (Lewis 2001).

Sempatik uyarım (halsizlik, soğuk terleme, çarpıntı): MI'nın ilk safhası sırasında katekolominler epinefrin ve nörepinefrin artar. Artmış sempatik sinir sistemi uyarımı, periferal kan damarlarında vazokonstriksiyon ve terlemeyi meydana getirir. Cilt, soluk, soğuk ve nemlidir. Bu durum, sıklıkla soğuk terleme olarak görülür (Lewis 2001).

Ateş: Vücut ısısı, MI sonrası ilk 24 saat içinde 38°C ile 39°C arasında olabilir. Isı yükselmesi bir hafta boyunca sürebilir. Vücut ısısındaki bu artış MI ile ortaya çıkan inflamatuvar sürecin sistemik bir göstergesidir (Lewis 2001).

Kardiyovasküler bulgular: MI'da kan basıncı ve nabız başlangıçta yüksektir, sonra düşer. Sol ventriküler disfonksiyonu gösteren şiddetli kalp sesleri duyulabilir. Buna ilaveten üfürümlerin varlığı, kapak yetersizliğini gösterebilir (Lewis 2001).

MI'nın Tedavisi

Tedavinin amacı miyokard kasının kanlanmasını sağlayarak, miyokard kasındaki nekrozu sınırlayarak, hasarlı miyokard dokusunun azalmasını sağlamak ve komplikasyonları önlemektir (Öztunç 1990, Khan, Topol 1997). MI tedavisinde sıklıkla şu ilaçlar kullanılmaktadır;

Nitrogliserin: Nitrogliserin miyokardın oksijen gereksinimini azaltır ve kolleteral kan akımını artırarak iskemik alana fazla kan gitmesini sağlar. Koroner spazmı azaltarak koroner arterlerde dilatasyona neden olur ve miyokardın kanlanmasını sağlar (Kozan 2002, Özcan 2000). Tablet, sprey veya dil altı formları vardır (Smith 1993, Karcıoğlu, Eray 1995, Whisenant, Wolfe 1998, Lewis 2001,).

Beta-Blokörler: Beta-blokerler kalp hızını, arteriyel kan basıncını ve miyokard kontraksiyonunu düşürerek, miyokardın oksijen gereksinimini azaltırlar. Kolleteral kan akımını artırarak, iskemik alana kan akımının artmasını sağlarlar ve trombosit agregasyonunu azaltırlar. Bu ilaç sekonder koruma için MI'lı bireyler tarafından en az iki yıl süre ile kullanılmalıdır. Akut dönemden itibaren kullanılması

mortaliteyi azaltmaktadır (Lewis 2001, Onat 1998, Özcan 2000). Beta-blokerler hipotansiyon ya da kalp bloğu gelişmesine neden olduğundan bireylere verilmeden önce vital bulgular dikkatlice değerlendirilmelidir (Smith 1993, Karcıoğlu, Eray 1995, Whisenant, Wolfe 1998, Lewis 2001,).

Kalsiyum Kanal Blokerleri: Kalsiyum kanal blokerleri, miyokardial oksijen gereksinimini azaltarak ve koroner arterleri genişleterek infarkt alanını azaltırlar. (Özcan 2000, Yörükoğlu 2000). Miyokardın kontraktilitesini deprese eder (Smith 1993, Karcıoğlu, Eray 1995, Whisenant, Wolfe 1998, Lewis 2001,).

Antikoagülanlar: Antikoagülanlar kanın pıhtılaşmasını azaltarak daha akışkan olmasını sağlar. Böylece kan damarlarının tıkanması engellenir (Asprin, Drisentin, Ticlid gibi) (Özcan 2000, Yörükoğlu 2000).

MI ve Hemşirelik Bakımı

MI geçiren bireylerin yarısı semptomların başlangıcından itibaren ilk bir saat içinde ölmektedir (Türkmen 2000). Bu nedenle MI'lı bireylere acil ve doğru müdahalelerin yapılması önemlidir. Atığın ilk 48 saati bu açıdan oldukça önemlidir (Black 1997, Türkmen 2000).

MI'lı bireylere verilen bakım şu şekilde özetlenebilir: Yaşam bulguları, hava yolu açıklığı, solunum, dolaşım değerlendirilir. Gerekirse kardiyak yaşam desteği sağlanır. Anamnez alınır ve fizik muayenesi yapılır. EKG'si çekilir. Damar yolu açılır ve kan örneği alınır. Birey monitörize edilir. Miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak için yatak istirahatine alınır. Yarı oturur pozisyon verilir. Oksijen verilir. Bireyin sıvı izlem ve aldığı çıkardığı takibi yapılır. IM enjeksiyon, serum enzimlerini yükselteceği için yapılmaz. Bireyin bulgularına özel ilaç (antiaritmik, dijital, diüretik, antikoagülan, hipotonikler, analjezikler v.b.) uygulamaları yapılır. Bireyin 48 saat sıvı diyet alımı sağlanır. Bireyin anksiyetesini ve ölüm korkusunu azaltmak için bütün işlemler hakkında birey ve ailesine bilgi verilir (Black 1997, Türkmen 2000, Özcan 2000, Lewis 2001,).

Bireylerin çoğu MI sonrası gelişen komplikasyonlar sonucu yaşamlarını kaybetmektedir. MI sonrası sıklıkla görülen komplikasyonlar; kardiyojenik şok, aritmiler, sol ve/ veya sağ ventrikül yetmezliği, intraventriküler bloklar, koroner damarda yeniden tıkanma/yeniden infarktüs, kalp rüptürü, göğüs ağrısı, pulmoner embolizm, ventriküler septal defekt, ventriküler anevrizma, akut mitral regürjitasyon, perikardit, ventrikül duvarında yırtılmadır. Klinik bakım ve tedavinin ana amaçlarından biride yaşamı tehdit eden bu komplikasyonların önlenmesidir. Komplikasyonları önlemede bireylerin dikkatli izlemi ve belirtilere yönelik tedavi önemlidir (Özcan 2000, Türkmen 2000, Lewis 2001, Kozan 2002,).

MI geçiren bireylerin tedavisinde kardiyak rehabilitasyon programları uygulanmaktadır (Sivrioğlu 2000, Özcan 2000). Kardiyak rehabilitasyon “ bireylerin toplum içinde kendi çabalarıyla mümkün olan en iyi fizik, mental ve sosyal durumlarını yeniden kazanmaları ve aktif yaşamı optimal düzeyde sürdürebilmeleri için uygulanan hizmetlerdir. Kardiyak rehabilitasyon tıbbi değerlendirme, egzersiz düzeyinin ayarlanması, kardiyak risk faktörlerinin modifikasyonu, eğitim ve rehberlikten oluşan kapsamlı ve uzun süreli programları içerir (Gulanick 1998, Sivrioğlu 2000, Özcan 2000).

Kardiyak rehabilitasyonun amacı, kalp hastalığı olan kişinin yaşam kalitesini artırmak ve üretken bir birey olmasını sağlamaktır (İlçin, Biberoglu, Ünal 2002, Özcan 2000, Oğuz 2003, Ziyaettin 1995). Rehabilitasyonla, bireylerin kardiyak rejime bağlı kalmaları, hastalıklarına uyum sağlamaları, risk faktörlerinin azaltılması, bireyin olaydan önceki fiziksel, sosyal ve psikolojik duruma getirilmesi amaçlanır (Castelein, Kerr, 1995, Hoeman 1996, Özcan 1997, Allen 2000, Oğuz 2003).

Kardiyak rehabilitasyon, MI geçiren bireylerde ikinci kriz riskini azaltmakta, semptomları kontrol etme ve bireylerin kendi yaşam kontrolünü kazanmalarını sağlamaktadır (Gulanick 1998). Bu amaçlar doğrultusunda günümüzde MI geçiren bireylerin daha önceki üretken, bağımsız ve verimli yaşamlarına dönmek için kardiyak rehabilitasyon programları oluşturulmuştur. Son yıllarda yapılan

çalışmalarda kardiyak rehabilitasyon programı ile koroner arter hastalarında kolesterol düzeyinin düştüğü, sigaranın bırakıldığı, ilaçların düzenli alındığı ve düzenli egzersiz yapıldığı ve böylece atherosklerozun gerilediği, mortalite ve morbitide oranının azaldığı saptanmıştır (Braunwold 1992, Coon, Taylor 1992, Stovsky 1992).

Kardiyovasküler hastalıkların büyük kısmı yaşam biçimleriyle ilişkilidir. MI'lı bireylerde yaşam tarzı değişikliğinin yararlı olduğu kanıtlanmasına rağmen, bireylerin sağlıksız uygulamalarını önlemek zordur. Bu nedenle rehabilitasyon programının büyük kısmı, sağlıksız yaşam biçimlerinin tanımlanması, değiştirilmesi ve düzenlenmesini gerektirir. Bu ise davranış değişikliği ile gerçekleştirilir. Davranış değişikliğinde ise bilgi temel koşul olduğundan eğitim, kardiyak rehabilitasyonun en önemli bölümünü oluşturmaktadır (Öztunç 1990, Badır 2000, Özcan 2000,).

Kardiyak rehabilitasyon, multidisipliner bir terapidir. Kardiyak rehabilitasyon ekibi; doktor, rehabilitasyon hemşiresi, yoğun bakım ve servis hemşireleri, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, din görevlisi, eczacı, vaka yöneticisi gibi üyelerden oluşmaktadır (Hoeman 1996, Badır 2000, Kıvanç, Bozkurt 2000). Multidisipliner ekip anlayışı ile yürütülen kardiyak rehabilitasyon hizmetlerinde hemşirenin önemli bir konumu vardır. Hemşireler multidisipliner ekip toplantılarının organizasyonu, birey ve ailenin eğitimi, egzersiz gibi konularda danışmanlık ve rehberlik sunmaktadır (Hoeman 1996, Gulanick 1998, Badır 2000). Hemşirenin ekip içindeki en önemli görevi ise bireyin eğitiminde aktif ve sürekli bir rol üstlenmesidir (Durademir 1999, Kıvanç, Bozkurt 2000).

MI geçiren bireyin hastanede kalış süresinin kısa olması, hemşireye bireyi taburculuğa hazırlamada çok az bir zaman bıraktığından rehabilitasyon programı birey yoğun bakımda iken başlatılmalı ve birey bu kısa süre içinde taburculuğa hazır hale getirilmelidir (Durademir 1999, Badır 2000).

Kardiyak rehabilitasyon genellikle birbirini izleyen aşamalara ayrılan uzun bir süreçtir. Rehabilitasyon iki ya da dört aşamaya ayrılmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon aşamalarında hangi sınıflama kullanılırsa kullanılsın, programlar arasında karışıklıklara yol açmamak için her bir aşamanın kapsamlı bir şekilde tanımlanması önemlidir.

Aşama I: Bu aşama bireyin koroner bakım ünitesindeki rehabilitasyonunu kapsar. Amaç bireyin kesin yatak istirahatini sağlamak, hareketsizlikten doğabilecek komplikasyonları önlemek, anksiyete, depresyon ve korku duygularının giderilmesini sağlamaktır (Mete 1995, Ziyaettin 1995, Black 1997, Lewis 2001). Bireyde şok, aritmi, tekrarlayan ağrı yoksa I. aşama hastaneye yattıktan bir gün sonra başlayabilir. Aşama I'in düşük seviyeli aktivite, egzersiz ile erken dönemde ayağa kaldırma, eğitim ve risk belirleme etkinliklerini içerir ve aktif yaşama hazırlığın ilk aşamasıdır (Badır 2000, İliçin, Biberoglu, Ünal 2002). Aşama I'in en önemli bölümü eğitimidir. Aşama I'de başlatılan eğitim daha sonraki aşamalarda da devam eder. Bu dönemdeki eğitimin amaçları bireyin bakım ekibi ile işbirliğini desteklemek, gereksinimlerini belirlemek, kalp anatomisi, ilaçlar, diyet, egzersiz, stresten korunma, cinsel yaşam gibi konularda bireyi bilgilendirmektir (Hoeman 1996, Badır 2000, Lewis 2001, İliçin 2002).

Aşama II: Bireyin koroner yoğun bakım ünitesinden servise çıktığı ve burada kaldığı süredeki rehabilitasyon süresini kapsar. Bu aşamada amaç, bireyin servise geçmesi sağlandıktan sonra, fizik aktivitesini giderek artırmak, kendi ihtiyaçlarını karşılayabilir hale gelmesini sağlamak ve eve dönüşünü kolaylaştırmaktır. Bu aşamada birey ve ailesine hastalıkla ilgili bilgi, oluşabilecek komplikasyonlar, yaşam şeklinde yapılması gereken değişiklikler, sağlıklı beslenme, günlük hareketler, stresle başetme konusundaki eğitime devam edilir (Akdolun 1992, Hoeman 1996, Badır 2000, Lewis 2001).

Aşama III ve IV: Taburculuktan sonra başlayarak, yaşam boyu devam eden rehabilitasyon aşamasıdır. Amaç; bireyin hastalık öncesi duruma gelmesini

sağlamaktır. Bireyler hastaneden ayrıldıktan sonra kendilerini güçsüz hissedebileceğinden, bu dönem de eğitim ve desteğin sürdürülmesi önemlidir. Kardiyak rehabilitasyon hizmetleri sağlanmadığında bireylerde ağır duygusal sorunlar ve tedaviye uyumda güçlükler ortaya çıkabilir. Bu nedenle birey ve ailesine kapsamlı ve sürekli eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Bu şekilde sürdürülen destek sonucunda birey yaşam şekli değişikliklerini kavrayarak bu değişikliklere uyum sağlar (Hoeman 1996, Badır 2000, Lewis 2001,).

MİYOKARD İNFARKTÜSÜNDE EĞİTİM

Eğitim; bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla kasıtlı olarak istendik davranış değişikliği meydana getirme sürecidir. Sağlık eğitimin amacı, sağlıklı bir yaşam için kişilere sağlıklarını korumalarını, tedavi olanaklarından yararlanmalarını sağlayacak davranışları kazandırmaktır (Öztunç 1990, Mete 1995). Sağlık eğitimi aynı zamanda bireyin, sağlığının sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesi, hastalık durumunda sağlığın düzeltilmesi ve bozulan vücut fonksiyonlarıyla bireyin baş etmesine yardımcı olmaktadır (Öztunç 1990, Potter, Pery 2001).

MI geçiren bireylerin kendileri ve hastalıkları ile ilgili mevcut ya da olası risk faktörlerini değerlendirmeleri, hastane sonrası kendi bakımlarını sürdürebilmeleri, fiziksel ve psikososyal sorunlarıyla başa çıkmaları, özgüvenlerini kazanmaları ve yaşam biçimlerinde büyük değişiklikler yapmaları açısından profesyonel desteğe ve rehberliğe ihtiyaçları vardır (Öztunç 1990, Jaarsma 1995, Eski 2002). Bu profesyonel yardım ise ancak eğitimle yapılabilir. MI sonrası bireyin fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden sorunlarıyla baş etmesinde, en iyi sağlık düzeyine ulaşabilmesinde sağlık eğitimi önemlidir (Öztunç 1990).

MI sonrası birey ve yakınları egzersiz, ilaçlar ve yan etkileri, diyet, stresten kaçınma gibi yaşam değişikliğini nasıl yapacakları konusunda bilgiye gereksinim duymaktadır (Black 1997, Tokem 1999). Özellikle bireylerin MI sonrası erken dönemde sağlıklarına daha fazla önem vermeleri ve yaşam değişikliği yapmaları gerektiğini düşünmeleri nedeniyle bu dönemde verilecek eğitimler daha da önem

kazanmaktadır (Hoeman 1996, Turton 1998, Badır 2000). Bu nedenle MI sonrası bireylerin yaşam kalitesinin, öz bakım gücünün ve uyumunun artırılması, iş yaşamına erken dönebilmesi için eğitim verilmesinin gerekli olduğu vurgulanmaktadır (Öztunç 1990, Ziyaettin 1995, Hoeman 1996, Kuzu 1996, Kıvanç, Bozkurt 2000).

Bir çok çalışmada MI sonrası birey ve yakınlarının MI'ın doğası ve belirtileri, belirtilere müdahale, risk faktörleri, aktivite ve egzersiz, ilaçların etki ve yan etkileri, diyet, cinsel yaşam, stresten kaçınma gibi yaşam değişikliklerinde neler yapacakları, ve nasıl yardım alacakları gibi konularda bilgiye gereksinim duydukları saptanmıştır (Akdolun 1992, Tufan 1992, Jaarsma 1995, Turton 1998, Tokem 1999, Webster, Thompson, Mayou 2002, Timmins, Kaliszer 2003). MI geçiren bireylerin daha çok kalp anatomisi ve fizyolojisi, risk faktörleri, ilaçlar ve fizik aktivite hakkında bilgiye gereksinim duydukları belirtilmektedir (Scott ve Tomphson 2003). Jaarsma (1995) MI'lı bireylerin taburcu olduktan sonraki altı aylık dönemde %17'sinin bir problemi ve sorunu olduğunda bilgi alabilecekleri bir kişiye gereksinim duyduklarını belirlemiştir Yapılan çalışmalarda; Timmins ve Kaliszer'in (2003) MI geçiren bireylerin "göğüs ağrısı olduğunda ne yapacağı, kalp krizi belirtilerinin neler olduğu, kriz esnasında ne yapması gerektiği, doktoru ne zaman çağıracağı, araba sürmeye, seks ve iş yaşamına ne zaman başlayacağı gibi konularda bilgiye gereksinim duydukları, Webster ve ark. (2002) MI sonrası birey ve eşlerinin yaşam biçimini değiştirmede ve geleceği planlamada zorluk ve yetersizlik yaşadıklarını belirtmektedir.

MI sonrası verilen eğitimlerle bireyler risk faktörlerini belirleyerek ve bu faktörleri kontrol altına alabilecek olumlu sağlık davranışlarını geliştirerek sağlıklarını koruyabileceklerdir (Hoeman 1996, Eski 2000). Eğitimin hastalığın gidişinde olumlu etkiye sahip olduğu kesin olarak bilinmektedir (Turton 1998). Miller ve arkadaşları (1990) MI geçiren ve taburculuk sonrası bir aylık dönemde hemşirelik bakımı alan bireylerin diyetlerine uyumlarının, bu bakım almayanlara oranla daha iyi olduğunu saptamışlardır. Bireyler MI'ın getirdiği sınırlılıklar

sebebiyle ve yaşam kalitelerini artırmak için yaşam biçimlerinde değişiklik yapmak zorundadırlar (Öztunç 1990, Ziyaettin 1995, Karagöz 1996, Tokem 1999, Sivrioğlu 2000). MI sonrası yaşam biçiminde yapılacak değişiklikler, davranış değişikliğini gerektirmektedir (Herlitz 1988, Özcan 2000). Mete (1995) MI geçiren bireylerin eğitim öncesi diyet bilgi puanlarının düşük olduğunu, bireylerin eğitim sonrası bilgi ve sağlık davranış puanlarının yükseldiğini, anksiyete düzeylerinin azaldığını saptamıştır. De Busk ve arkadaşları (1994) genel tıbbi bakımın yanı sıra telefon bağlantısı ile hemşirelik bakımı alan MI'lı bireylerin iki ay sonra ölçülen LDL kolesterol düzeyinin sadece tıbbi bakım alan MI'lı bireylere göre daha düşük olduğunu saptamıştır. Tokem (1999) eğitim sonrası MI'lı bireylerin diyetlerine ve hastalıklarına daha uyumlu olduklarını belirlemiştir.

MI geçirmek davranış değişikliği için güçlü bir uyarandır (Turton 1998). Hemşireler bireylere sağlık eğitimi vererek davranış değişikliğini sağlayabilir (Kıvanç, Bozkurt 2000). Böylece MI'da primer ve sekonder korumada önemli bir yeri olan eğitimle risk faktörlerinin kontrolü sağlanabilir (Öztunç 1990, Kıvanç Bozkurt 2000). Bu nedenle bireylerin öz bakım güçlerinin, yeteneklerinin geliştirilmesi ve desteklenmesi, hastalık sürecinin olumsuzluklarından ve belirsizliklerinden kendilerini koruyabilmelerinde hastanede verilmeye başlayan eğitimin önemi büyüktür (Kara, Fesçi 2000). Verilen eğitimle MI'lı bireyler hastalığın getirdiği kısıtlamalara ve bazı kişisel özelliklerine rağmen yeterli bilgi ile yaşantısını olumlu yönde düzenleyebilir ve öz bakımını üst düzeyde yerine getirebilir (Öztunç 1990). Nitekim yapılan birçok çalışma (Pasinlioğlu 1997, Durademir 1999, Kara, Fesçi 2000, Fındık 2001), bireylere verilen sağlık eğitiminin, bireyin öz bakım gücünü ve yaşam kalitesini artırdığını ortaya koymuştur.

Kardiyak rehabilitasyon eğitim programı ve sağlık eğitimi ile bireyin elindeki olanaklarla en sağlıklı biçimde yaşamını sürdürmesi ve yaşam kalitesinin artması amaçlanmaktadır. Bu nedenle bireylerin hastanede yatış süresinin azaltılması, sorunlarını çözebilme ve öz bakımlarını sürdürmelerini desteklemek amacıyla sağlık eğitimi verilmesi bakımda bir zorunluluk haline gelmiştir (Akyol 1993, Durademir

1999, Kıvanç, Bozkurt 2000, Potter, Pery 2001, Akdemir 2003). Hemşire MI'lı birey koroner bakım ünitesinde akut dönemi atlattıktan hemen sonra, bireyin eğitim ihtiyaçlarını değerlendirerek hastane sonrasıyla ilgili eğitimi başlatmalıdır (Badır 1999, Kıvanç, Bozkurt 2000, Özcan 2000, Lewis 2001, Akdemir 2003, Oğuz 2003). Hemşireler MI'lı bireylerin yaşam kalitesi ve öz bakım gücünü artırmak için, yaşam kalitesi ve öz bakım gücünü etkileyen faktörleri göz önüne alarak bireyin ihtiyacına yönelik uygun eğitimi planlamalıdır (Öztunç 1990).

ÖZ BAKIM ve ÖZ BAKIM GÜCÜ

Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Böylece birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir. Son yıllarda hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla hemşirenin sağlık bakımındaki rolü de değişerek daha çok “öz bakım” kavramı üzerine yoğunlaşmıştır (Bakoğlu, Yetkin 2000).

Öz bakım kuramı, Dorethea Orem tarafından geliştirilmiştir. Orem'e göre öz bakım; bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini sürdürmek için birey tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler olarak tanımlanmaktadır. Yani öz bakım bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır (Orem 1996).

Öz bakım etkinliklerini gerçekleştirme sürekliliği olan bir kararı içerir. Öz bakım etkinliklerinin gerçekleştirilmesi süreci alışkanlık haline gelmedikçe neyin yapılacağı ve nasıl yapılacağı konusunda bireylere açıklama yapılmasına gereksinim duyulacaktır. Öz bakım gereksinimlerinin karşılanmasında güdülenen birey daha işlevsel olacağından, güdülenme de öz bakımda süreklilik kadar önemlidir. Bu durum öz bakımın amaçlı olduğunu gösterir. Belli bir düzeni ve biçimi olan bu eylemler, bireyin öz bakım davranışını yansıtır, ancak bu eylemler etkili şekilde gerçekleştirildiği zaman, insanın yapısal bütünlüğüne, işlevselliğine ve gelişimine katkıda bulunur (Nahcıvan 1993, Bakoğlu, Yetkin 2000, Zaybak 2000,). Öz bakım, bireyin gönüllü olarak sorumluluk alması ve öz kontrolü sağlaması anlamına gelmesi

nedeniyle birey kendi davranışlarını düzenleyen, yöneten ve rehberlik eden asıl ajan rolündedir (Nahcıvan 1993). Öz bakım gereksinimlerinin karşılanması, bireyin öz bakım yeteneğine ya da gücüne bağlıdır (Lukkarinen, Hentinen 1997).

Öz bakım gücü, öz bakımın gerektirdiği eylemleri önceden bilme ve gerçekleştirme yeteneğidir. Bu yetenek, kişinin kendi bakımını gerçekleştirme yeteneği olup, başarılı bir öz bakım performansı için gerekli olan algısal, bilişsel, kişilerarası ve psikomotor özellikleri içerir (Lukkarinen, Hentinen 1997, Robichaud 1998, Erci 2000). Öz bakım gücü çocukluktan yaşlılığa kadar değişme ve gelişme gösterir. Öz bakım gücü; kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yoluyla gelişen ve bireyin sürekli bakım gereksinimlerini karşılaması amacına yönelik bir insani güç ya da yetenektir (Nahcıvan 1993, Adaylar 1995). Bu gücün kullanılabilmesi, bireyin kendine dikkatine, fiziksel enerjisine, beden duruşunun kontrolüne, karar oluşturma sürecine başlarken bilgi gereksinimin farkında olmasına, teknik bilgi kazanma, danışma isteğine, öz bakım kararlarını verme, uygulama yeteneğine, becerisine, öz bakım gereksinimlerini öncelikli sıraya koyabilmesine ve tüm bu eylemlerin sürekliliğine bağlıdır. Bireyler sürekli olarak öz bakımı gerçekleştirmek için yetenekleri ile öz bakım gereksinimleri arasındaki dengeyi sürdürmeye çalışırlar. Orem'e göre öz bakım gereksinimleri üç başlık altında toplanmaktadır (Nahcıvan 1993, Rice 1996, Zaybak 2000).

1. Evrensel öz bakım gereksinimleri: Evrensel öz bakım gereksinimleri insan yaşamında sürekli varolan temel gereksinimlerdir ve sağlık durumu sürdürmek için karşılanmalıdır. Bu gereksinimler; yeterli hava, su ve beslenme, boşaltım, kişisel özgürlük, tehlikelerden korunma ve çalışmaların geliştirilmesidir. Birey bu gereksinimleri etkili bir şekilde karşıladığında öz bakım, sağlığı ve iyiliğini olumlu yönde destekler. Bireyin kendi evrensel gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli öz bakım yeteneklere sahip olması gerekir. Ayrıca bu gereksinimler, insanın yapı ve işlevselliğini sürdürmesine, gelişmesine ve olgunlaşmasına yardımcı olan eylemlerin çeşitliliğini gösterir. Sağlıklı bir birey evrensel öz bakım gereksinimlerine yönelik

yeteneklerine sahip olursa yaşamını denge halinde sürdürebilir (Nahcıvan 1993, Pınar 1995, Rice 1996, Zaybak 2000, Özçelik 2001).

2. *Gelişimsel öz bakım gereksinimleri:* Gelişimsel öz bakım gereksinimleri, bireyin gelişimini etkileyen ve yaşamını destekleyen yaşam koşullarının düzenlenmesidir. Gelişmeyi olumsuz yönde etkileyen olaylar ve koşullar, yaşamın çeşitli evrelerinde meydana geldiğinden bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü olan evrensel öz bakım gereksinimi olarak tanımlanmıştır. Bu gelişimsel süreçler; yaşamın intrauterin dönemi ve doğum süreci, yaşamın neonatal dönemi, bebeklik dönemi, adölesan dönemi, yetişkinliğin gelişimsel dönemleri, gebelik dönemidir. Bu gelişimsel süreçler boyunca insan yapısı; yaşam sürecini destekleyen ve gelişmeyi sağlayan temel yaşam koşullarının sürdürülmesiyle daha ileri düzeye olgunlaşarak ilerler (Nahcıvan 1993, Pınar 1995, Zaybak, Polat 2000, Özçelik 2001,).

3. *Hastalık durumunda öz bakım gereksinimleri:* Yaşamda hastalık ya da yaralanma deneyimleyen bireylerde bazı ek öz bakım gereksinimlerinin ortaya çıkmasıdır. Bu gereksinimler hastalık durumunda ya da sağlıktan sapmada öz bakım gereksinimleri olarak adlandırılmıştır. hastalık durumundaki gereksinimler tıbbi yardım, tedavinin düzenlenmesi, tedavinin uygulanması ve hastalık durumuna uyum sağlamayı içerir. Hastalık durumunda verilen hemşirelik bakımı, bireyin öz bakım yetenekleri ile gereksinimlerinin dengede kalmasını sağlayacaktır (Nahcıvan 1993, Zaybak, Polat 2000). Orem hemşireliği, bir insanın diğer bir insana yardım etmek için yaratıcı bir çabası ya da bir yardım hizmeti olarak nitelendirmiş ve insanın kendi sınırlarını aşmasının bir yolu olduğunu belirtmiştir (Nahcıvan 1993, Pınar 1995, Zaybak, Polat 2000). Bireyin sağlık gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını ya da bireye nasıl yardım edileceğinin yanıtını Orem 3 tip hemşirelik sistemini açıklayarak tanımlamıştır. Bunlar;

1. Bireyin öz bakımının karşılanması (tümüyle eksikliği giderici)
2. Bireyin öz bakımına yardım edilmesi (kısmen eksikliği giderici)
3. Bireyin öz bakımını daha iyi yapması için eğitim verilmesi ve desteklenmesi olarak belirlemiştir (Veliöğlü 2000).

Öz bakım gereksinimlerinin karşılanması için hemşire bireyin öz bakım gücünü değerlendirmeli; yetenek, bilgi, güdülenme, davranış ve beceri ile ilgili yetersizliklerini tanımlamalıdır. Bakım verecekleri birey ya da sağlam bireylerin tanıtıcı özellikleri olan temel durumsal etmenleri bilmelidir. Hemşireler bilgiyi hastalık öyküsü, tıbbi tanı ve ilaç reçeteleri gibi birey kayıtlarını inceleyerek, doğrudan birey ya da ailesiyle görüşerek, gözleyerek ve ayrıntılı bir hemşirelik görüşmesi yaparak toplayabilir ve bakım verirken doğru karar vermelerini sağlayacak yargılamalarda bulunabilirler. Hemşireler çeşitli öz bakım gereksinimlerini ve bu gereksinimlerin karşılanmasındaki yetersizlikleri inceleyerek etkili hemşirelik bakımını sağlayabilirler (Orem 1991, Nahcıvan 1993, Özçelik 2001).

Hemşire kuramcı Orem'in de vurguladığı gibi bireyin kendi sağlığını kazanma, sürdürme ve geliştirmeye aktif katılmasında hemşirenin eğitici rolünü gerçekleştirme büyük önem taşımaktadır. Hemşire psikolojik destek, gerekli bilgi ve eğitimi sağlayarak bireyin eski aktif yaşamına en kısa sürede geri dönmesinde anahtar rol oynamaktadır (Rice 1996, Fındık 2001, Özçelik 2001). Orem, destekleyici ve eğitici sistem için geçerliliği olan yardım edici beş hemşirelik girişimlerini; birey için yapma-gösterme, rehberlik etme, destek verme, gelişimsel düzeye uygun bir çevre hazırlama, eğitim olarak açıklamıştır (Sucuoğlu 1997, Velioğlu 2000).

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ VE ÖZ BAKIM GÜCÜ

Kronik hastalıkların artması ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım gereksinimlerinin daha çok evde karşılanması, hastalara hastalıklarıyla nasıl başa çıkacaklarının yani hastalıklarını nasıl yöneteceklerinin öğretilmesi gerçeğini ortaya koymuştur. Kronik hastalıklı bireylere bakım davranışlarının öğretilmesi ve sonuçta da yaşam kalitesinin yükseltilmesi düşüncesi gittikçe daha önemli hale gelmiştir (Pınar 1995).

Tüm kronik hastalıklar gibi MI da bireyin yaşamını hem olumsuz bir şekilde etkilemekte hem de bireye belirli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğunu getirmektedir (Bakoğlu, Yetkin 2000). MI geçiren bireyler biyolojik, psikolojik, sosyal yönden birçok sorunlar yaşamaktadır. Yaşamları boyunca hastalığın getirdiği sınırlıklara bağlı olarak yaşam biçimlerinde ve alışkanlıklarında bazı değişiklikler yaparak hastalıklarına uyum yapmaları gerekmektedir (Öztunç 1990, Tokem 1999). Bireyin yaşadığı tüm bu sorunlar bireyin yaşam kalitesini ve öz bakım gücünü azaltmakta, iyileşme sürecine karşı büyük bir tehdit oluşturmaktadır (Khan, Topol 1997).

Evrensel öz bakım gereksinimlerinden olan genel öz bakım davranışları ve öz bakım yeterliliğinin MI 'lı bireylerin de sağlıklı davranışlar kazanmasında etkili olduğu kabul edilmektedir (Aish 1996). Kalp hastalarında, kalp hastalığı ile ilgili öz bakım davranışlarının (diyet, ilaç alma, egzersiz...) geliştirilmesi, bireylerin normal hayata dönmesinde önemlidir (Jaarsma 2000). Bireyin hastalığı kontrol altına alması, hastalık ve hastalığa bağlı kurallara uyum yapması için öz bakım davranışlarını yerine getirmesi gerekmektedir (Herlitz 1988). Öz bakım davranışları bireyin öz bakım gücü ile ilgilidir. Bireylerin tedavi edici öz bakım gereksinimlerini karşılaması, bireylerin öz bakım gücüne bağlı olduğundan MI geçiren bireylerin hastalığa uyum yapması, sağlığını sürdürmesi ve yükseltmesinde bireyin öz bakım gücü önemlidir (Pınar 1995). Çünkü MI da diğer kronik hastalıklar gibi sigara içmeme, diyet, egzersiz, kilo kontrolü, stres yönetimi gibi konularda kişinin öz bakımını gerektiren bir hastalıktır (Pınar 1995). Beach ve Smith (1996) MI sonrası bireylerin öz bakım sınırlılıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bireylerin değişen sağlıklarıyla ilgili öz bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarını ve yeni yaşama yön vermede öz bakımlarında yetersizlik olduğunu saptamışlardır. Aish (1996) öz bakım gücü ve uygun kilo verme, egzersiz, sigara içmeme gibi sağlık bakım davranışları arasında güçlü bir ilişki bulunduğunu belirtmiştir.

Bazı hemşirelik araştırmalarında (Simmons 1990, Aish 1996) öz bakım ve öz bakım gücü arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Strecher ve arkadaşları

(2000) sigara içme, egzersiz, kilo verme gibi sağlık bakım uygulamaları ve öz bakım gücü arasında güçlü ilişki olduğunu belirtmişlerdir. Aishy (1996) MI'lı bireylerin sağlıklı yeme alışkanlıklarını kazanmada ve başarılı kilo kontrolünü sağlamada öz bakımın pozitif etkiye sahip olduğunu saptamıştır. Pınar (1995)'da bir başka kronik hastalık olan diyabet hastalığının metabolik kontrolünde öz bakım gücünün pozitif bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedir.

ÖZ BAKIM GÜCÜ VE EĞİTİM

Bireyin öz bakımı konusunda yeterli bilgisinin olmaması, sağlığının bozulması ve normal işlevlerini görememesi, öz bakım becerilerini yitirmesi ve yetersiz düzeydeki öz bakım alışkanlıkları bireyin kendi kendine yardım etmesine sınırlılıklar getirir (Jaarsma 1995, Pınar 1995). Sağlıklı bir toplum için bireyin kendi sağlığını korumaya yönelik çabalara önem vermesi gerekir. Bireyin temel gereksinimleri etkili bir şekilde karşılandığında öz bakım, sağlığı ve iyiliği destekler. Kısaca, sağlıklı bir birey temel gereksinimlerini karşılayabilmek için öz bakım gücüne sahip olmalıdır (Bakoğlu, Yetkin 2000, Birol 2000).

Koroner kalp hastalarında öz bakımı sağlamada öz bakım gücü çok önemlidir (Lukkarinen, Hentinen 1997). Öz bakım gücü iletişim, zaman, kültür ve eğitim yoluyla gelişmektedir (Nahcıvan 1993, Lukkarinen, Hentinen 1997, Birol 2000). Özellikle eğitim bireylerin hastalıklarına uyum yapmasında ve öz bakım sorumluluklarını yerine getirmesinde oldukça önemlidir (Öztunç 1990). Bireyin kendi öz bakım rolleri ve sorumlulukları konusunda hiçbir fikri ve bilgisi yoksa, birey kendi olumsuz sağlık davranışlarını anlayamaz ve öz bakımını yeterince yerine getiremez (Nahcıvan 1993).

Öz bakım kuramında, öz bakım davranışlarının, kişinin sahip olduğu sağlık bilgisinden etkilendiği belirtilmektedir. Öz bakım hakkında sağlık bilgisinin olmayışı, sağlığın bozulması ve yetersizlik, kendi kendine bakma becerilerinin kaybı ve yetersiz öz bakım alışkanlıkları, kişinin hem kendisine hem de başka kişiye yardım etmesini sınırlar (Lukkarinen, Hentinen 1997). Bu nedenle öz bakım

konusunda bilgi edinme, bireyin öz bakım gücünü yeterli bir şekilde sürdürmesi için gereklidir (Orem 1991, Nahcıvan 1993). Böyle bir durumdaki bireyin yardıma ihtiyacı vardır ki bu yardım ancak hemşirenin eğitimi ile gerçekleşebilir. Ayrıca öz bakım konusunda bilgi edinme, bireyin öz bakım gücünü yeterli bir şekilde sürdürmesi için de gereklidir (Orem 1991, Nahcıvan 1993). Tüm bu nedenlerden dolayı bireylere kendi sağlığını korumaya ve sürdürmeye yönelik bilgi verilmelidir (Bakoğlu, Yetkin 2000).

Bireyin sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik en önemli ve ucuz yöntem sağlık eğitimidir (Lukkarinen, Hentinen 1997). Bu nedenle hemşireler, en önemli rollerinden biri olan eğitici rolleri ile bireylere gerekli olan öz bakım yeteneklerini artırmada yardım edecek destek ve bilgiyi sağlamalıdır (Rice 1996). Hemşireler, bireylere verdikleri sağlık eğitimi ile bireylerin bilerek ya da bilmeyerek uyguladıkları olumsuz sağlık alışkanlıklarının ve davranışlarının, olumlu sağlık alışkanlıklarına dönüşmesini sağlayacaklardır (Lukkarinen, Hentinen 1997).

Bir çok araştırma eğitimin öz bakım gücünü önemli bir şekilde artırdığını göstermektedir. Sucuoğlu (1997) serebrovasküler hastalığı olan bireylerde eğitimle öz bakım gücünün arttığını, Pınar (1995) diyabetli bireylerin eğitim sonrası öz bakım güçlerinin arttığını, Özçelik (2001) diyabetli bireylerin eğitim sonrası metabolik kontrolü daha iyi yapabildiklerini saptamıştır. Blair (1999) yaptığı çalışmada eğitim ve destekleme ile davranış değişikliğini sağlayan hemşirelik bakımının öz bakımı artırmada çok önemli olduğu saptanmıştır. Bu nedenle hemşireler öz bakım gücünü artıran uygulamaları planlamalıdır. Fındık (2001) amputasyonlu bireylerde eğitimin öz bakım gücünü artırmada etkili olduğunu saptamıştır. Kara ve Fesci'nin bildirdiğine göre Peyrot ve Rubin diyabet eğitiminin bireylerin öz bakım davranışlarının gelişmesine yardımcı olduğu belirlenmiştir. Jaarsma ve arkadaşları (2000) kalp yetmezliği olan bireylere eğitim verilmesi ve desteklemesi ile bilgi, karar verme becerilerinin taburculuk sonrasında geliştiğini ve öz bakım davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini belirtmiştir.

Gerekli eğitim ve destek verilerek bireylere bilgi, beceri ve karar verme yeteneğinin kazandırılacağı vurgulanmıştır (Jaarsma 1995). Mete (1995) R. Louis Stevenson'nın "yaşam her zaman elde iyi kart tutmak değil, bazen kötü kartı iyi elle oynamaktır." dediğini belirtmektedir. MI'lı bireylerin sağlıklarını devam ettirebilmeleri ise kötü olan kartlarını iyi oynamaları ile olasıdır. Bu nedenle birey ve aile eğitimi, tedavinin bir parçası değil, tedavinin kendisi olduğu görüşü ile "eğitim- öz bakım" ilkesinde araştırmacılar fikir birliğine varmışlardır. Bu görüşle birlikte hizmet veren hemşirelerin en önemli rolü; bireylere gerekli öz bakım yeteneklerini artırmada yardım, eğitim ve desteği sağlamaktır (Rice 1996). Bireylerin öz bakım becerilerini öğrenmeleri ve hedeflenen öz bakım gücüne sahip olmaları ile yaşamdan aldıkları doyum ve tedavilerine uyumları artmaktadır (Kara, Albayrak 2001).

IV.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ:

Araştırmanın şekli

Bu araştırma MI geçiren bireylere verilen planlı eğitimin bireyin öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisinin Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ)'nde yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sivas ili merkezine 7 km uzaklıktaki, Cumhuriyet Üniversitesi kampüsünde 720 yatak kapasitesi ile 35 klinik ve poliklinikte hizmet vermektedir.

Kardiyoloji servisi hastanenin sekizinci katında yer almaktadır. Yoğun Bakım Ünitesi ve normal servis olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Kardiyoloji servisi, 26 yatak kapasiteli olup, tek kişilik iki özel ve 7 genel hasta odası bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde ise, altı özel oda ve akut dönemi atlatan, bulguları stabilleşen bireylerin normal servise alınmadan gözlemlendiği bir drenaj odası olmak üzere yedi oda ve sekiz hasta yatağı bulunmaktadır. Kardiyoloji servisinde; yoğun bakım ünitesinde sekiz, serviste 8 olmak üzere 16 hemşire görev yapmaktadır. Hemşirelerin 2'si yüksek okul, 5'i önlisans, 1'i ise sağlık meslek lisesi mezunudur. Serviste hemşireler 08-16, 16-24, 24-08 olmak üzere üç shift şeklinde çalışmaktadır. 08-16 shiftinde iki ya da üç hemşire, 16-24 shiftinde iki hemşire, 24-08 shiftinde ise tek hemşire çalışmaktadır. Her iki servise de aynı doktor ekibi bakmakta olup, serviste bir doçent, bir yardımcı doçent, bir uzman doktor, beş asistan olmak üzere sekiz doktor görev yapmaktadır.

MI geçiren bireyler acil servisten yoğun bakım ünitesine kabul edilmekte ve burada 5-7 gün kalmaktadır. YBÜ'nde ağrısı olmayan, monitör izleminde sorun yaşamayan (tehlikeli aritmi, hipotansiyon gibi), akut fazı geçiren bireyler klinik bölümüne transfer edilmektedir. Ancak çoğu zaman kliniğin yatak kapasitesinin dolu olması nedeniyle bireyler doğrudan YBÜ'den taburcu olmaktadır. YBÜ'nde

yatan bireyler için özel bir taburculuk ve eğitim programı uygulanmamaktadır. Fakat bireylere taburcu olurken ilaçlar hakkında kısa açıklamaların yer aldığı (dozları, ne zaman kullanacağı ve ilacın kullanım amacı) bilgi yazılı olarak verilmektedir.

Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji servisi YBÜ'ne 15 Nisan 2003- 15 Eylül 2003 tarihleri arasında MI tanısı ile yatan bireyler oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji servisi YBÜ'ne 15 Nisan 2003-15 Eylül 2003 tarihleri arasında MI tanısı ile yatan, araştırma sınırlılıklarını taşıyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 60 birey oluşturmaktadır.

Araştırma sınırlılıkları; bireylerin

-Sivas merkezde yaşaması,

-iletişime geçebilmesi,

-en az okur yazar olması,

-yoğun bakım ünitesinde monitör izlemine son verilmiş ve vital bulguları normale dönmüş olması

-ağrısının olmaması,

-araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul etmesidir. Araştırmaya 30 araştırma grubu, 30 karşılaştırma grubu olmak üzere toplam 60 erişkin birey alınmıştır.

Verilerin Toplanması:

Araştırma verileri birey tanıtım formu, birey bilgi formu, öz bakım gücü ölçeği ile toplanmıştır. Bireylere gerekli bilgileri vermek amacıyla eğitim broşürü kullanılmıştır.

Veri Toplama Formunun Hazırlanması:

1. Birey Tanıtım Formu (Ek-1): Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (Güneş 2001, Tokem 1999, Öztunç 1990, Karagöz 1996, Kuzu 1996). Bu formda, bireylerin sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin bilgileri içeren 18 kapalı uçlu, 6 açık uçlu olmak üzere 24 soru bulunmaktadır.

2. Birey Bilgi Formu (Ek-2): Bu formda bireylerin hastalık hakkındaki bilgilerini ve yaşam alışkanlıklarını belirlemeye ilişkin 21 açık uçlu soru bulunmaktadır.

3. Öz bakım gücü Ölçeği (Self Care Agency Scala) (Ek-3): Ölçek 1979 yılında Kearney ve Fleischer tarafında “Exercise of Self Care Agency” adıyla geliştirilmiştir. Bireylerin öz bakım gücünü ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçek 43 maddeden oluşmaktadır. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenirlilik (0,92) çalışması 1993’de Nahcıvan tarafında sağlıklı gençlerde yapılmıştır. Türk toplumuna uygulanan ölçek 35 madde olarak düzenlenmiştir. Pınar tarafında 1995 yılında öz bakım gücü ölçeğinin yeniden geçerlilik ve güvenirliliği yapılarak, kronik hastalıklarda çalışmaya uygunluğu değerlendirilmiş ve kullanıma uygun bulunmuştur (Pınar 1995, Kara, Albayrak 2001).

Ölçek 4 özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar; durumlar karşısında aktif ve ya pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve bireyin kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (Nahcıvan 1993).

5. Eğitim Broşürü (Ek-5): Bireylere uygulanan eğitim broşürünün içeriği literatür taranarak hazırlanmıştır (Akdolun 1992, Black 1997, Briggs 1994, Bolat 1994, Hoeman 1996, Lewis 2001, Smeltzer 2000, Ziyaettin 1995, Öztunç 1990). Eğitim broşüründe MI’in tanımı, MI nedenleri, MI belirtileri ve MI sonrası yaşamda ne tür düzenlemeler yapması gerektiği konularında bilgiler yer almaktadır.

Ön Uygulama:

Araştırmanın ön uygulaması, 25 Mart –10 Nisan 2003 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji servisinin YBÜ'ne MI tanısı ile yatan 6 birey üzerinde yapılmıştır.

Ön uygulamada bireylerle tanışıldıktan sonra Ek I'deki Birey Tanıtım Formu, Ek II'deki Birey Bilgi Formu, Ek III'deki Öz Bakım Gücü Ölçeği uygulanmıştır. Ek I'in uygulanması 5-10 dakika, Ek II'nin uygulanması 5-10 dakika, Ek III'ün uygulanması 15-20 dakika olmak üzere toplam 25-40 dakika sürmüştür. Ön uygulama sonrası Ek I ve Ek II formlarında soruların anlaşıldığı saptanmıştır ve sorularda bir değişiklik yapılmamıştır.



ARAŞTIRMA PLANI

Araştırma Grubu	Karşılaştırma Grubu
<p>İlk Görüşme</p> <p>Birey yoğun bakım ünitesinde yatarken hemodinamik bulgular normale döndüğünde yapıldı.</p> <p>*Birey tanıtım formu uygulandı. (Ek 1)</p> <p>*Birey bilgi formu uygulandı.(Ek 2)</p> <p>*Öz bakım gücü ölçeği uygulandı.(Ek3)</p> <p>*Bireylerin HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümü yapıldı.</p> <p>*Bireysel eğitimin verilmesi</p>	<p>İlk Görüşme</p> <p>Birey yoğun bakım ünitesinde yatarken hemodinamik bulgular normale döndüğünde yapıldı.</p> <p>*Birey tanıtım formu uygulandı. (Ek 1)</p> <p>*Birey bilgi formu uygulandı.(Ek 2)</p> <p>*Öz bakım gücü ölçeği uygulandı.(Ek3)</p> <p>*Bireylerin HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümü yapıldı.</p>
<p>İkinci Görüşme</p> <p>* Birey taburcu oldukça 15 gün sonra evinde ziyaret edildi. Gereksinimine yönelik eğitim tekrarlandı ve eksik bilgiler tamamlandı.</p>	<p>İkinci Görüşme</p> <p>* Birey taburcu oldukça 15 gün sonra evinde ziyaret edilmedi.</p>
<p>Üçüncü Görüşme</p> <p>İlk görüşme tarihinden 1 ay sonra birey ile poliklinikte tekrar görüşüldü.</p> <p>*Birey bilgi formu uygulandı.(Ek 2)</p> <p>*Eğitim broşürü bireye verildi.</p> <p>*Öz bakım gücü ölçeği uygulandı.(Ek3)</p> <p>*Bireylerin HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümü yapıldı.</p> <p>*Bireylerin HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümü yapıldı.</p>	<p>Üçüncü Görüşme</p> <p>İlk görüşme tarihinden 1 ay sonra birey ile poliklinikte tekrar görüşüldü.</p> <p>*Birey bilgi formu uygulandı.(Ek 2)</p> <p>*Öz bakım gücü ölçeği uygulandı.(Ek3)</p> <p>*Bireylerin HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümü yapıldı.</p> <p>*Etik açıdan bireylere MI hakkında eğitim programı verildi</p> <p>*Eğitim broşürü bireye verildi.</p>

Veri Formlarının Uygulanması: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji servisinin YBÜ'ne yatan ve araştırma sınırlılıklarını karşılayan, araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler deney ve kontrol grubu olarak ayrılmıştır. İlk 30 birey araştırma grubunu, sonraki birey karşılaştırma grubunu oluşturmuştur.

Araştırma grubundaki bireylere ;

Monitör gözlemi sonlandırılan ve drenaj odasına alınan bireylerle birinci gün tanışıldıktan sonra birey tanıtım formu, birey bilgi formu ve öz bakım gücü ölçeği uygulanmıştır. Bu formlardan elde edilen bilgiler doğrultusunda ikinci günden başlayarak birey gereksinimleri öncelik sırasına konularak, birey taburcu olana kadar günlük eğitim verilmiştir. Her eğitim öncesi, bir gün önceki eğitim birey ile gözden geçirilip bilgi eksikliği tamamlanmış, sonra o günkü eğitim verilmiştir. Ayrıca bireylerin hastanedeki HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümleri değerlendirilmiştir.

Bireyler taburcu olduktan 15 gün sonra bir kez evlerinde ziyaret edilmiş, gereksinimlerine yönelik eğitim tekrarlanmış ve eksik bilgiler tamamlanmıştır. Bireyler taburcu olduktan bir ay sonra kontrole geldiklerinde, birey bilgi formu ve öz bakım gücü ölçeği tekrar uygulanmıştır. Daha sonra eğitim süresince içeriği bireylerle paylaşılan eğitim kitapçığı bireylere verilmiştir. Bireylerin HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümleri bir ay sonra yeniden değerlendirilmiştir.

Karşılaştırma grubundaki bireylere;

Monitör gözlemi sonlandırılan ve drenaj odasına alınan bireylerle birinci gün tanışıldıktan sonra birey tanıtım formu, birey bilgi formu ve öz bakım gücü ölçeği uygulanmıştır. Bu gruptaki bireylere hastanede eğitim verilmemiş, hastalar servisteki rutin bakımı almıştır. Bireylerin hastanedeki HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümleri yapılmıştır. Bireylere taburculuk sonrası 15. günde ev ziyareti yapılmamıştır. Bireyler taburcu olduktan bir ay sonra kontrole geldiklerinde, birey bilgi formu ve öz bakım gücü ölçeği tekrar uygulanmış ve hazırlanmış olan eğitim

kitapçığının içeriği anlatıldıktan sonra bireylere verilmiştir. Bireylerin HDL, LDL, kolesterol, kilo ölçümleri bir ay sonra yeniden değerlendirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Birey Bilgi Formu (Ek-2): Bireylerin hastalık ve yaşam alışkanlıkları ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesinde (Öztunç 1990, Tokem 1999, Güneş 2001)

0-20 puan yetersiz

21-40 puan kısmen yeterli

41-60 puan yeterli olarak gruplandırılmış ve değerlendirme yapılmıştır.

Öz bakım gücü ölçeği: 35 maddelik beşli likert tipi olan ölçekte, her bir ifadeye sırayla 0, 1, 2, 3, 4 puan olarak değerlendirilmektedir. Fakat ifadelerden 8'inin (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26, 31) değerlendirilmesinde puanlama tersine (4, 3, 2, 1, 0) döndürülmektedir (Pınar 1995, Kara, Albayrak 2001). Ölçekten alınacak en yüksek puan 140'dır. Ölçek değerlendirilmesinde;

24-64 puan kötü,

65-100 puan orta,

101-112 puan iyi,

113-140 puan çok iyi öz bakım gücü düzeyi olarak belirlenmiştir (Bakoğlu, Yetkin 2000).

Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 10,0 (Statistical Package for Social Science) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırma örneklemine alınan her iki gruptaki bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, hastalığa ilişkin bilgiler ve bireysel yaşam alışkanlıkları arasındaki benzerliği göstermek üzere ki-kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, hastalığa ilişkin bilgiler ve bireysel yaşam alışkanlıkları ile öz bakım gücü arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi; eğitim öncesi ve eğitim sonrası öz bakım gücü ve bilgi

puanları arasında farkı, eğitim öncesi ve sonrası kilo ve kan kolesterol düzeyleri arasındaki farkı belirlemek için bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, öz bakım gücü ve bilgi puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek için pearsan korelasyon analizi kullanılmıştır (Sümbüloğlu 1994, Özdamar 1999, Erefe 2002).



V. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde; MI tanısı olan ve araştırma kapsamına alınan 30 araştırma grubu, 30 karşılaştırma grubunda yer alan 60 hastaya ilişkin tanıtıcı bilgiler, hastalığa ve yaşam alışkanlıklarına ilişkin özelliklerle ilgili bulgular ve tartışma yer almaktadır.

Tablo 1- Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri

	Araştırma		Karşılaştırma		X ²	p
	Sayı (n=30)	%	Sayı (n=30)	%		
Cinsiyet						
Kadın	5	16.7	4	13.3	0.71	p>0.05
Erkek	25	83.3	26	86.7		
Yaş						
43-53	9	30	13	43.3	20.53	p>0.05
54-64	16	53.3	13	43.3		
65 ve üstü	5	16.7	4	13.4		
Eğitim durumu						
Okur-yazar	8	26.6	2	6.7	4.38	p>0.05
İlkokul	11	36.7	13	43.3		
Ortaokul	5	16.7	7	23.3		
Lise	6	20	8	26.7		
Mesleği						
Memur	5	16.7	6	20	2.68	p>0.05
İşçi	5	16.7	9	30		
Serbest	5	16.7	2	6.7		
Emekli	10	33.2	9	30		
Ev Hanımı	5	16.7	4	13.3		
Gelir düzeyi						
500 milyon ve altı	18	60	14	46.7	0.51	p>0.05
500 milyon- 1 milyar	10	33.3	12	40		
1 milyar ve üzeri	2	6.7	4	13.3		
Birlikte yaşadığı kişiler						
Eşi	3	10	11	36.7	5.963	
Eş ve çocukları	27	90	19	63.3		

Tablo 2- Bireylerin Hastalık Deneyimine İlişkin Özellikler

	Araştırma		Karşılaştırma			
Hastane deneyimi	Sayı	%	Sayı	%	X ²	P
Var	27	90	24	80	1.176	p>0.05
Yok	3	10	6	20		
Daha önce hastaneye yatış nedeni	Sayı (n=27)	%	Sayı (n=25)	%	X ²	P
Kronik hastalık	12	44.5	7	28	2.427	p>0.05
Ameliyat	6	22.2	10	40		
MI	9	33.3	7	28		
MI geçirme öyküsü	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Var	9	30	7	23.3	0.341	p>0.05
Yok	21	70	23	76.7		
Geçirilen MI sayısı	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
0 kez (ilk kez)	21	70	22	73.3	0.758	p>0.05
1 kez	5	16.7	5	16.7		
2 kez	4	13.3	3	10		
Çevresinde MI geçiren birey	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Var	10	33.3	17	56.7	2.411	p>0.05
Yok	20	66.7	13	43.3		
MI geçirenin yakınlık derecesi	Sayı (n=10)	%	Sayı (n=17)	%	X ²	p
Arkadaş	2	20	5	29.4	3.571	p>0.05
Akraba	8	80	12	70.6		
Daha önce bilgi alma durumu	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Var	6	20	3	10	1.176	p>0.05
Yok	24	80	27	90		
Diyabet öyküsü	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Var	16	53,3	14	46.7	0.267	p>0.05
Yok	14	46.7	16	53.3		
Hipertansiyon öyküsü	Sayı	%	Sayı	%	X ²	p
Var	12	40	18	60	2,4	p>0.05
Yok	18	60	12	40		

Tablo 3- Bireylerin Yaşam Alışkanlıklarına İlişkin Özellikler

Sigara kullanma alışkanlığı	Sayı	%	Sayı	%	X²	p
Var	22	73.3	22	73.3	1	p>0.05
Yok	8	26.7	8	26.7		
Spor yapma alışkanlığı	Sayı	%	Sayı	%	X²	p
Var	7	23.3	6	20	0.098	p>0.05
Yok	23	76.7	24	80		
Stres yaşama durumu	Sayı	%	Sayı	%	X²	p
Var	26	86.7	30	100	4.286	p>0.05
Yok	4	13.3	-	-		
Stres yaşama sıklığı	Sayı (n=26)	%	(Sayı) (n=30)	%	X²	p
Bazen	3	11.6	3	10	3.463	p>0.05
Çoğu zaman	23	88.4	27	90		
Tükettiği besin çeşitleri	Sayı	%	Sayı	%	X²	p
Kırmızı et, tereyağ, hamur işi	24	80	27	90	1.176	p>0.05
Tüm besin gruplarından karışık	6	20	3	10		

Tablo 1, 2, 3'de bireylerin sosyo-demografik, hastalık deneyimi ve yaşam alışkanlıklarına ilişkin özellikler görülmektedir. Çalışmaya katılan araştırma grubundaki bireylerin, % 83.3'ünün erkek, yaş ortalaması 57.50±7.88, %36.7'sinin eğitim düzeyinin ilkökul, % 33.3'ünün emekli, % 60'ının gelir düzeyinin 500 milyon ve altında olduğu, % 90'ı eşi çocuklarıyla beraber yaşadığı, %90'ının daha önce bir hastanede deneyimi olduğu, % 33.3'ünün daha önce MI nedeniyle hastaneye yattığı, % 70'inin ilk kez MI geçirdiği, % 33.3'ünün çevresindeki akraba ve arkadaşlarının MI geçirdiği, % 20'sinin daha önce hekim ve hemşireden yalnızca diyet konusunda bilgi aldığı, % 73.3'ünün hastaneye yatış öncesi sigara kullandığı, % 76.7'sinin spor yapmadığı, % 53.3'ünün diyabet, % 40'ının hipertansiyon öyküsü olduğu, % 86.7'sinin stres yaşantısı tanımladığı, % 88.4'ünün sıklıkla stres yaşadığı, %80'inin kırmızı et, tereyağ ve hamur işi ağırlıklı beslendiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan karşılaştırma grubundaki bireylerin % 86.7'sinin erkek, yaş ortalamasının 55.83 ± 8.17 , % 43.3'ünün eğitim düzeyinin ilkokul, % 30'unun emekli, % 46.7'sinin gelir düzeyinin 500 milyon ve altında olduğu, % 63.3'ü eşi ve çocuklarıyla beraber yaşadığı, %80'inin daha önce bir hastane deneyimi olduğu, % 32'sinin daha önce MI nedeniyle hastaneye yattığı, % 76.7'sinin ilk kez MI geçirdiği, % 56.7'sinin çevresindeki akraba ve arkadaşlarının MI geçirdiği, %10'unun daha önce hekim ve hemşireden yalnızca diyet konusunda bilgi aldığı, %73.3'ünün hastaneye yatış öncesi sigara kullandığı, % 80'inin spor yapmadığı, % 46.7'sinin diyabet, % 60'ının hipertansiyon öyküsü olduğu, % 100'ünün stres yaşantısı tanımladığı, % 90'ının sıklıkla stres yaşadığı, %90'ının kırmızı et, tereyağ ve hamur işi ağırlıklı beslendiği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %80'ninden fazlasını erkek hastalar oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda da MI'nin erkeklerde daha çok görüldüğü belirlenmiştir (Öztunç 1990, Akdolun 1992, Tokem 1999, Mete 1995).

Hastaların yaş grupları incelendiğinde, araştırma grubundaki hastaların % 83.3'ünün, karşılaştırma grubundakilerin %86.6'sının 43-64 yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. MI görülme sıklığı, MI 30 yaş altında nadir olmasına karşın, genellikle 35-65 yaş arasında daha çok erkeklerde görüldüğü belirtilmektedir (Onat 1998, Heper 2000, Gökdoğan 1995, Bozkurt 1999, Fadıoğlu 1990, Bilgin, Karadeniz 1992, Tokem 1999, Akdolun 1992, Mete 1995). Bu çalışmada bireylerin cinsiyet ve yaş değişkenleri MI'nin literatürdeki özelliklerini taşımaktadır.

Çalışmada araştırma grubundaki bireylerin %36,7'sinin, karşılaştırma grubundaki bireylerin ise %43,3'ünün ilkokul eğitimi olduğu bulunmuştur. Miyokard infarktüsünün daha çok eğitim düzeyi düşük bireylerde görüldüğü belirtilmektedir (Gökdoğan 1995). MI ile ilgili yapılan çalışmalarda (Bilgin ve Karadeniz 1992, Eski 2000, Can 1995, Tokem 19979). MI geçiren bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu ve genellikle ilkokul ve altı düzeyde eğitime sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımız bu bulgularla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda araştırma grubundaki bireylerin %33.3'ünün, karşılaştırma grubundaki bireylerin %30'unun emekli olduğu görülmektedir. Bu sonuçta, emekli olma, emeklilik dönemine ait iş ve statü kaybı, sıkıntı ve pasif yaşamın etkili olabildiği düşünülmektedir. Koroner kalp hastalığına yakalanma ve bu hastalıktan ölme riski açısından bireyin mesleğinin diğer risk faktörlerine göre oldukça güçlü bir belirleyici olduğu, belli bir nedenle işlerini kaybeden ya da işi olmayan bireylerde kalp damar hastalıkları riskinin arttığı belirlenmiştir (Gökdoğan 1995).

Çalışmada araştırma grubundaki bireylerin %7.7'sinin, karşılaştırma grubundaki bireylerin ise %80'inin spor yapma alışkanlığının olmadığı belirlenmiştir. Spor yapma alışkanlığı, kültürlere göre farklılık göstermektedir. Bu sonuçta bizim kültürümüzde spor yapma alışkanlığının yeterince olmamasının ve sedanter yaşamın yaygınlaşmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4- Cinsiyete Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Cinsiyet	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Kadın	72.00± 8.33	81.00±18.05	U=9.000 p>0,05	118.00±11.81	87.77 ±9.17	U=0.000 p<0.05
Erkek	75.04± 8.33	80.38±12.80	U=252.5 p>0.05	113.00 ±7.13	92.65 ± 11.82	U=11500 p<0.05
Toplam	74.53± 8.66	80.46±13.23		114.00±81.13	92.00 ±11.49	

Tablo 4'de bireylerin cinsiyete göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Cinsiyete göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireyleri hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra yapılan kontrolde kadın ve erkek bireylerin öz bakım gücü puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki kadın ve erkek bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanı orta düzeyde (74.53 ± 8.81) iken, bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 81.33) yükseldiği, özellikle kadınların öz bakım gücü puanının (118.00 ± 11.81) erkeklerinkinden (113.00 ± 7.13) daha fazla olduğu saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki kadın ve erkek bireylerin öz bakım gücü puanlarının bir ay sonraki kontrolde de hastanede yatışta olduğu gibi yine orta düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu saptanmıştır. Lukkarinen ve ark. (1997) koroner kalp hastalarında yaptığı çalışmada, Nahcıvan (1993) sağlıklı gençlerde yaptığı çalışmada kadınların öz bakım gücü puanının erkeklerden daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bakoğlu ve Yetkin (2000) hipertansiyonlu bireylerle yaptığı çalışmada, Yeşilbalkan (2001) diyabetli bireylerle yaptığı çalışmada erkeklerin öz bakım gücü puanının kadınlarinkinden daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar, bireylerin sahip olduğu hastalık ve bu hastalığın özelliklerine göre öz bakım gücünün farklılık gösterdiğini düşündürmektedir.

Ülkemizdeki aile yapısında; genelde bakım, beslenme ve hijyen gibi konularda kadın cinsiyetine büyük rollerin düşmesi, kadınların öz bakım etkinliklerini gerçekleştirmesinde güçlü bir etmen olmaktadır (Nahcıvan 1993). Bu çalışmada kadınların öz bakım gücü puan ortalamalarının yüksek olmasının toplumumuzdaki kadınların geleneksel bakım verici rollerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Öz bakım kuramcısı Orem, bireyin bakım ya da desteğe gereksinimi olduğu durumlarda, hemşirelerin dikkat etmesi gereken özelliklerden birisinin cinsiyet olduğunu vurgulamıştır (Nahcıvan 1993, Zaybak, Polat 2000).

Tablo 5- Eğitim Düzeyine Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Eğitim düzeyi	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Okuryazar	62.25±2.,81	79.,00±22.62	U=9.000 p>0.05	113.25±8.53	89.00±15.55	U=0.000 p<0.05
İlkokul	77.63±9.35	82.53±12.89	U=8.00 p>0.05	113.09±7.77	92.23±10.52	U=0.000 p<0.05
Ortaokul	7.,80±8.,89	77.00±12.02	U=51.50 P>0.05	118.40±10.1	95.57±6.32	U=0.000 P<0.05
Lise	79.00±9.00	80.50±14.91	U=10.50 p>0.05	113.00±7.45	89.25±16.25	U=0.004 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 5’de bireylerin eğitim düzeyine göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Eğitim düzeyine göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde bireylerin öz bakım gücü puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur.

Araştırma grubundaki tüm bireylerin eğitim düzeylerine göre hastanedeki toplam öz bakım gücü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.33) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda ise bireylerin öz bakım gücü puanının bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatıştaki gibi orta düzeyde (92.00 ± 16.25) olduğu saptanmıştır. Öz bakım gücü ile ilgili çalışmalarda Kara ve Fesçi (2000) eğitim düzeyi yüksek olan tip I diyabet hastalarının öz bakım gücünün daha yüksek olduğunu, Bakoğlu ve Yetkin (2000) hipertansiyonlu bireylerde eğitim düzeyinin artışına paralel olarak hastaların öz bakım gücünün yükseldiğini belirlemişlerdir. Bu sonuçlar; eğitim düzeyi ile sağlık bakımı arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermekte ve “eğitim önemli bir sağlık göstergesidir.” teorisini desteklemektedir (Bakoğlu 2000). Bulgularımız bu sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Tablo 6- Mesleklere Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Meslek	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Memur	75.00±11.22	78.16±15.84	U=15.00 p>0.05	109.80 ±3.11	86.00±17.82	U=0,00 p<0.05
İşçi	79.00±8.51	77.66±9.94	U=15.00 p>0.05	112.20±4.38	96.11±5.64	U=3.00 p<0.05
Serbest	72.60±7.26	84.00±7.07	U=20.00 p>0,05	111.60±8.96	95.00±12.32	U=0.00 p<0.05
Emekli	74.30±9,0	83.77±14.89	U=2.00 p>0.05	112.30±8.70	93.11±12.32	U=0.00 p<0.05
Ev hanımı	72.00±8.33	81.00±18.05	U=28.50 p>0.05	118.80±11.81	87.75±9.127	U=0.00 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 6'da bireylerin mesleklerine göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Mesleklerine göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde bireylerin öz bakım gücü puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki tüm bireylerin mesleklerine göre hastanedeki toplam öz bakım gücü puanı orta düzeyde (74.53 ± 8.66) iken, bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.33) ve ev hanımlarının diğer meslek gruplarına göre öz bakım gücü puanının çok iyi düzeye yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda ise bireylerin öz bakım gücü puanının bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatıştaki gibi orta düzeyde (92.00 ± 16.25) olduğu saptanmıştır. Lukkarinen ve Hentinen (1997) kişilerin mesleklerinin öz bakım güçlerini etkilediğini belirtmektedir. Bu çalışmada özellikle ev hanımı olan hastaların bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanının yüksek çıkmasında, ev hanımlarının daha çok bakım verici ve sorumluluk alarak yaşaması ve kadınlık rollerini yerine getirmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 7- Gelir Düzeylerine Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Gelir düzeyi	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
500 milyon yada daha az	74.33±8.83	82.35±14.23	U=85.000 p>0.05	115.22±9.29	93.57±10.51	U=0.000 p<0.05
500 milyon-1 milyar	76.20±9.06	77.58±11.95	U=49.00 p>0.05	113.90±4.74	89.41±13.88	U=4.000 p<0.05
1 milyar üzeri	68.00±0.00	82.50±15.345	U=4.000 p>0.05	113.50±0.70	94.25±6.75	U=0.000 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 7’de bireylerin gelir düzeylerine göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Gelir düzeylerine göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0,05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde bireylerin öz bakım gücü puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin gelir düzeyine göre hastanedeki toplam öz bakım gücü puanının orta düzeyden ($74,53\pm 8,66$), bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye ($114,00\pm 8,33$) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının ise bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatışta olduğu gibi orta düzeyde ($92,00\pm 11,49$) olduğu saptanmıştır. Lukkarinen (1997) sağlık ve öz bakımı etkileyen önemli faktörlerden birinin gelir düzeyi olduğunu ve düşük sosyoekonomik düzeyin bireyin öz bakım gücünü etkilediğini belirtmektedir. Bu çalışmada gelir düzeyi düşük olan bireylerin öz bakım gücünün düşükken eğitim sonrası yükselmesi, MI sonrası verilen eğitimin bireylerin öz bakım gücünü artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Özcan (2000) diyabetli bireylerin ekonomik durumları ile

diyabet bakımları arasında yakın ilişki olduğunu, ekonomik durumu kötü olan hastaların öz bakım konusunda eğitimle güçlendirilmelerinin bakımlarını iyileştirilebileceğini, Bakoğlu ve Yetkin (2000) sosyoekonomik düzey düştükçe öz bakım gücü puanının da azaldığını ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığını belirlemiştir. Kara ve Fesçi (2000) tip I diyabetli hastaların gelir durumundaki yükselmeye birlikte öz bakım güçlerinin de arttığını belirtmektedir.

Tablo 8- Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Yaş	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
43-53	74.33±8.27	76.26±12.68	U=58.00 p>0.05	116.44±8.51	90.32±13.16	U=0.00 p<0.05
54-64	75.25±8.99	84.84±12.01	U=52.50 p>0.05	114.00±8.79	92.30±10.90	U=0.00 p<0.05
65-üstü	72.60±9.88	78.25±17.96	U=9.00 p>0.05	109.60±2.70	94.50±9.71	U=0.00 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 8’de bireylerin yaş gruplarına göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Bireylerin yaş gruplarına göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde bireylerin öz bakım gücü puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanı orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.33) yükseldiği ve 43-53, 54-64 yaş grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının çok iyi düzey, 65 ve üstü yaştakilerin iyi düzeyde (109.60 ± 2.70) olduğu saptanmıştır. Yaş öz bakım gücünü etkileyen bir faktör olmasının yanında hemşirelik bakımının niteliğini de etkileyen önemli göstergedir (Nahcıvan 1993) Lukkarinen ve Hentinen (1997)

koroner kalp hastalığı olan hastaların öz bakım gücü ile yaş grupları arasında farklılık olduğunu, yaşlı hastaların gençlerden daha yüksek öz bakım gücüne sahip olduklarını belirlemişlerdir. Öz bakım gücü ile ilgili farklı tanı gruplarında bulunan bireylerle yapılan çalışmalarda; Yeşilbalkan (2001) Tip II diyabetlilerde 60 yaş ve üzeri hastaların öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğunu, Bakoğlu ve Yetkin (2000) hipertansiyonlu bireylerde değişik yaş gruplarındaki hastaların öz bakım gücü puan yönünden anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır.

Tablo 9- Bireylerin Önceden Bilgi Alma Duruma Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Önceden bilgi alma	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Evet	74.83±8.68	87.00±9.16	U=3.000 p>0.05	113.66±8.09	87.66±10.73	U=0.000 p<0.05
Hayır	74.53±8.85	79.74±13.54	U=259.500 p>0.05	114.58±8.21	92.48±10.73	U=9.500 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 9’da bireylerin önceden bilgi alma durumuna göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Önceden bilgi alma durumuna göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde önceden bilgi alan ve ya almayan bireylerin öz bakım gücü puanlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanı orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının ise bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatışta olduğu gibi orta düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu saptanmıştır. Öz bakım davranışları, kişinin sahip olduğu sağlık bilgisinden etkilenmektedir. Öz bakım hakkında sağlık bilgisinin olmayışı, sağlığın

bozulması ve yetersizlik, kendi kendine bakma becerilerinin kaybı ve yetersiz öz bakım alışkanlıkları, kişinin hem kendisine hem de başka birine yardım etmesini sınırlar. Dolayısıyla kişilerin aldıkları sağlık bilgisi ve sağlık eğitimi onların davranışlarını etkileyerek öz bakım gücü düzeyini değiştirebilir (Lukkarinen 1997). Bu çalışmada ki sonuçlar, eğitimin öz bakım gücü ve sağlıkla ilgili olumlu davranış geliştirme konusundaki etkisini göstermektedir. Yeşilbalkan (2001) diyabete ilişkin eğitim alan hastaların öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğunu, Pınar (1995) daha önce diyabete ilişkin eğitim alan bireylerin öz bakım gücü puanlarının daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Tablo 10- Sigara İçme Durumuna Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Sigara içme alışkanlığı	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Evet	73.54±8.05	78.95±13.13	U=195.000 p>0,05	115.13±8.66	90.45±12.40	U=9.000 p<0.05
Hayır	77.25±10.26	84.62±13.43	U=20.500 p>0.05	113.87±5.66	90.75±9.11	U=0.000 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 10'da sigara içme durumuna göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Sigara içme durumuna göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde sigara içen ve içmeyen bireylerin öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonra kontrolde öz bakım gücü puanı sigara içen bireylerde çok iyi düzeye (115.13 ± 8.66), sigara içmeyen bireylerde ise iyi düzeye (113.87 ± 5.66) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının ise bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatışta olduğu gibi orta

düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu saptanmıştır. Sigaranın kardiyovasküler ölümlerin yaklaşık üçte birinin nedenini oluşturmaktadır. MI geçiren bireylerin sigara içmeye devam etmeleri tekrar MI geçirme riskini % 22-45 oranında artırmaktadır (Heper 2002, Bozkurt 1999, Onat 1998). Kalp krizi geçirme riski sigarayı bıraktıktan bir yıl sonra % 50 azalırken, 3 yıl sonra hiç içmeyenlerle aynı düzeye inmektedir (Kültürsay 1999). Eğitim sonrası hastaların bu gerçeği bilmeleri, MI sonrası sağlıklı davranışlara karşı duyarlı olmaları ve sağlıklarına daha dikkat etmeleri, ikinci kriz geçirme korkularının sigarayı bırakmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 11 – Bireylerin Diyabet Tanısı Olma Durumuna Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Diyabet öyküsü	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Var	75.75±9.05	77.00±14.02	U=103.000 p>0.05	114.56±9.13	88.00±12.30	U=0.000 p<0.05
Yok	73.14±8.31	83.50±12.12	U=58.500 p>0.05	113.35±7.11	95.50±9.80	U=6.500 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 11’de bireylerin diyabet tanısı olma durumuna göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Diyabet tanısı olma durumuna göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p > 0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde diyabet hastası olan ve olmayan bireylerin öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p < 0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının ise bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatışta olduğu gibi orta düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu saptanmıştır. Kara ve Fesçi (2000) ve Pınar (1995) diyabet

hastası olmanın öz bakım gücünü etkilediğini belirlemişlerdir. Bu çalışma sonuçlarına göre diyabet öyküsü olma ya da olmama durumunun bireyin öz bakım gücünü etkilemediği düşünülebilir.

Tablo 12- Bireylerin Hipertansiyon Tanısı Olma Duruma Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Hipertansiyon öyküsü	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Var	75.08±11.02	81.55±13.27	U=81.500 p>0.05	112.58±7.15	95.66±7.88	U=6.500 p<0.05
Yok	74.16±7.01	78.83±13.58	U=98.000 p>0.05	114.94±8.80	86.50±14.03	U=0.000 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 12’de bireylerin hipertansiyon tanısı olma durumuna göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Hipertansiyon tanısı olma durumuna göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde hipertansiyon tanısı olan ve olmayan bireylerin öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonra kontrolde öz bakım gücü puanı hipertansiyon tanısı olmayan bireylerde çok iyi düzeye (114.94 ± 8.80), hipertansiyon tanısı olan bireylerde ise iyi düzeye (112.58 ± 7.15) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının ise bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatışta olduğu gibi orta düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon ve öz bakım ilişkisinin araştırıldığı başka çalışmalarda; Fesçi ve Kara (2000) ve Pınar (1995) diyabetli bireylerin kan basıncı yükseldikçe öz bakım gücü puanının düştüğünü saptamışlardır. Çalışmamızda da hipertansiyon öyküsü olan bireylerin öz bakım gücü puanlarının diğer bireylerden daha düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 13- Bireylerin Tükettiği Besin Çeşidine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü Puanları

Tükettiği besin çeşidi	Hastanedeki öz bakım gücü puanı			Bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Kırmızı et, Tereyağ Hamur işi	74.83±8.68	87.00±9.16	U=3.000 p>0.05	112.65±8.09	87.66±10.73	U=0.000 p<0.05
Tüm besin türleri	74.53±8.85	79.74±13.54	U=259.500 p>0.05	115.58±7.21	92.48±10.73	U=9.500 p<0.05
Toplam	74.53±8.66	80.46±13.23		114.00±8.13	92.00±11.49	

Tablo 13’de bireylerin tükettiği besin çeşidine göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanları görülmektedir. Tükettiği besin çeşidine göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde tüm besin gruplarıyla beslenen bireylerin öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonraki kontrolde kırmızı et, tereyağ ve hamur işi ağırlıklı beslenenlerin öz bakım gücü puanı iyi düzeyde (112.65 ± 8.09) iken, tüm besin grupları ile beslenenlerin öz bakım gücü puanının çok iyi düzeyde (115.58 ± 7.21) olduğu saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının ise bir ay sonraki kontrolde yine hastanede yatışta olduğu gibi orta düzeyde ($92,00\pm 11,49$) olduğu saptanmıştır. Beslenme biçimi koroner arter hastalığının oluşması ve ilerlemesinde önemli bir faktördür. Hastalığın oluşmasında ve ilerlemesinde diyetle alınan karbonhidrat miktarı, doymuş yağ ve kolesterol içeriği ve lifli besin miktarı önemlidir. Besinlerle kolesterol alımı arttığında, LDL yükselmektedir (Karagöz 1996). Çalışmamızda araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin çoğunluğunun kırmızı et, tereyağ ve karbonhidrat grubu ile beslendiği görülmektedir. Bulgularımız literatür ile paralellik göstermektedir (Karagöz 1996, Stowsky 1992).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin medeni durum, evde birlikte yaşadığı kişilere, hastaneye yatış nedenine, MI geçirme sayısına, çevresinde MI geçiren yakını olma durumuna göre hastanedeki öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0,05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde bireylerin öz bakım gücü puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,05$) olduğu ve öz bakım gücü puanlarının arttığı saptanmıştır.

Çalışmada araştırma ve karşılaştırma grubunda eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanlarının orta düzeyden (74.25 ± 8.53), bir ay sonra kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, hastane deneyimi olan ve olmayan tüm bireylerin hastanedeki toplam öz bakım gücü puanlarının orta düzeyden (74.25 ± 8.53), bir ay sonra kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, hastaneye yatış nedeni ne olursa olsun (Kronik hastalıklar, ameliyat, MI) bireylerin bir ay sonra kontrolde toplam öz bakım gücü puanının çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, ilk kez MI geçirenlerin bir ay sonra kontrolde öz bakım gücü puanının çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, stres yaşayan bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonra kontrolde öz bakım gücü puanı çok iyi düzeye (114.80 ± 8.41), stres yaşamayan bireylerin ise iyi düzeye (108.75 ± 2.63) yükseldiği saptanmıştır. çevresinde MI geçiren yakını olmayan bireylerin de bir ay sonra kontrolde toplam öz bakım gücü puanının çok iyi düzeye (113.00 ± 8.13) yükseldiği, saptanmıştır.

Bireyler MI sonrası ölüm korkusu yaşamakta, kendilerine olan güvenleri azalmakta, güçsüzlük ve yetersizlik duyguları artmakta, kendilerine olan saygıları azalmakta, pozitif baş etme kaynakları olumsuz etkilenmekte, sağlığını önemsememe ve dikkat etmeme gibi davranışlar sergilemektedir (Durmuş 1991, Durmuş 1993, Küçük 1999, Tokem 1999, Eski 2002). Çalışmamızda ilk kez MI geçirenlerin öz bakım gücünün fazla olmasında bireylerin MI geçirme sayısı arttıkça bu gibi sorunları daha fazla yaşadıklarının, ilk kez MI geçirenlerin bu sorunlarla ilk kez karşılaşmalarının etkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmadaki tüm bireyler evlidir. Araştırma grubundaki evli bireylerin bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü puanının çok iyi düzeyde (114.00 ± 8.13) olduğu, karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının ise yine orta düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu saptanmıştır. Lukkarinen ve Hentinen (1997) bekar olan koroner kalp hastalarının öz bakım güçlerinin, evli bireylere göre düşük olduğunu, Kıyak (2002) hemodiyalize giren bireylerin medeni durumunun öz bakım gücünü etkilediğini, evli olan bireylerin öz bakım güçlerinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Tablo 14- Bireylerin Cinsiyetine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Cinsiyet	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Kadın	7.20±4.65	10.00±3.74	U=5.500 p>0.05	38.20±12.13	10.15±6.07	U=0.000 p<0.05
Erkek	8.90±4.04	7.53±4.41	U=236.000 p>0.05	37.72 ±8.89	10.33±5.95	U=0.500 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 14'de bireylerin cinsiyete göre hastanedeki ve bir ay sonraki kontrolde MI konusundaki bilgi puanları görülmektedir. Cinsiyete göre bilgi puanları açısından araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonraki kontrolde cinsiyete göre bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki hem erkek hem de kadın bireylerin toplam bilgi puanlarının hastanede yetersiz düzeyde (8.90 ± 4.04) olduğu, eğitim etkisiyle taburculuktan bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89) çıktığı belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde (10.23 ± 5.99) olduğu saptanmıştır. Karagöz (1996) MI'lı hastalarla yaptığı çalışmada cinsiyet ile bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını, Tel (1993) kronik böbrek

yetmezliği olan hastalarda kadınların hastalık bilgi puanlarının erkeklerin bilgi puanlarından daha iyi olduğunu ancak cinsiyetle bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir.

Tablo 15- Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Eğitim düzeyi	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Okuryazar	9.50±4.03	12.50±3.53	U=4.000 p>0.05	40.75±10.80	14.00±8.48	U=0.000 p<0.05
İlkokul	8.81±4.26	7.61±3.94	U=62.000 p>0.05	35.81±9.37	8.53±5.25	U=0.000 p<0.05
Ortaokul	7.20±3.96	6.71±4.49	U=15.000 p>0.05	33.00±6.24	12.41±6.46	U=0.000 p<0.05
Lise	8.95±5.26	8.12±4.99	U=17.500 p>0.05	41.50±5.61	10.75±6.31	U=0.000 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 15’de bireylerin eğitim düzeylerine göre hastanede ve bir ay sonraki kontrolde MI konusunda bilgi puanları görülmektedir. Eğitim düzeyine göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonraki kontrolde tüm eğitim düzeyindeki bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin eğitim düzeyine göre hastanedeki toplam bilgi puanlarının yetersiz düzeyden ($8.90±4.04$), eğitim sonrası taburculuktan bir ay sonraki kontrolde kısmen yeterli düzeye ($37.80±8.89$), lise mezunu bireylerin ise yeterli ($41.50±5.61$) düzeye çıktığı belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde ($10.23±5.99$) olduğu saptanmıştır. Tel (1993) eğitim düzeyi yükseldikçe hastalığa ilişkin bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır. Mete (1995) MI’lı bireylerle yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireylerin bilgi puanlarının, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin bilgi puanlarına göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bulgularımız bu

sonuçla paralellik göstermektedir. Bu sonuçta, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin bilginin önemini bilme ve verilen bilgiyi kavrama, anlama becerilerinin fazla olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 16- Bireylerin Mesleklerine Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Meslek	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Memur	9.60±3.36	9.00±5.32	U=12.000 p>0.05	40.20±5.16	12.50±6.53	U=0.000 p<0.05
İşçi	8.60±1.67	7.00±4.69	U=12.000 p>0.05	41.80±12.33	11.77±6.53	U=0.000 p<0.05
Serbest	12.20±3.27	9.00±1.41	U=12.000 p>0.05	33.60±8.26	5.50±0.70	U=0.000 p<0.05
Emekli	7.90±4.79	6.77±4.20	U=2.000 p>0.05	36.50±7.48	8.00±5.22	U=0.000 p<0.05
Ev hanımı	7.20±4.65	10.00±3.74	U=41.000 p>0.05	38.20±12.13	11.50±5.74	U=0.000 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 16'da bireylerin mesleklerine göre hastanede ve bir ay sonra kontrolde MI konusundaki bilgi puanları görülmektedir. Mesleklere göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde tüm meslek grubundaki bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin mesleklerine göre toplam bilgi puanlarının hastanede yetersiz düzeyde (8.90 ± 4.04) olduğu, taburculuktan bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89), işçilerde ise yeterli düzeye (41.80 ± 12.33) ulaştığı belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde (10.23 ± 5.99) olduğu saptanmıştır. Karagöz (1996) MI'lı hastalarla yaptığı çalışmada mesleklere göre bilgi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını, Mete (1995) MI'lı bireylerde

mesleklere göre bilgi puanının işçilerde daha yüksek olduğunu belirtmiştir.

Tablo 17-Bireylerin Yaşlarına Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Yaş	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
44-54	7.88±2.80	7.53±5.01	U=46.00 p>0.05	36.11±9.07	11.92±6.52	U=0.00 p<0.05
45-65	8.62±4.66	8.61±3.09	U=102.00 p>0.05	38.12±10.07	9.46±4.622	U=0.00 p<0.05
65 üzeri	11.60±3.13	6.50±6.24	U=4.00 p>0.05	37.80±8.89	8.00±8.04	U=0.00 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 17’de bireylerin yaşlarına göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki bilgi puanları görülmektedir. Yaşlarına göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde tüm yaş gruplarındaki bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin tüm yaş gruplarına göre eğitim öncesi toplam bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), eğitim sonrası taburculuktan bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89) yükseldiği belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde (10.23 ± 5.99) olduğu saptanmıştır. Karagöz (1996) MI’lı bireylerle yaptığı çalışmada yaşa göre bilgi puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını, Tel (1993) kronik böbrek yetmezliği bireylerle yaptığı çalışmasında 35 yaşından küçük kronik böbrek yetmezliği olan hastaların bilgi puanlarının daha anlamlı olduğunu saptamıştır. Bu çalışmada bilgi puanının tüm yaş gruplarında anlamlı çıkması sonucunda, MI’nın bireyin ani ve direkt olarak yaşamını etkilemesinin, kalp gibi yaşamsal bir organda büyük bir sorun yaşanmasının bireyin MI ile yaşam konusunda bilgi düzeyinin artırılmasında verilen eğitimin etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 18- Bireyin Geçirdiği Kriz Sayısına Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Geçirilen kriz sayısı	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	P, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	P, p
İlk kez	8.66±4.07	7.60±4.12	U=206.500 p>0.05	36.60±9.07	10.73±5.73	U=0.00 p<0.05
2. kez	10.60±5.22	6.60±4.87	U=6.000 p>0.05	44.40±5.77	7.00±6.78	U=0.00 p<0.05
3. kez	8.00±2.16	13.00±4.24	U=0.500 p>0.05	35.50±9.11	14.00±5.65	U=0.00 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 18’de araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin MI geçirme sayısına göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki bilgi puanları görülmektedir. MI geçirme sayısına göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde MI geçiren bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin MI geçirme sayısına göre eğitim öncesi toplam bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), eğitim sonrası taburculuktan bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89) yükseldiği, II. kez MI geçiren bireylerin bilgi puanlarının ise yeterli düzeye (44.40 ± 5.77) yükseldiği belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde (10.23 ± 5.99) olduğu saptanmıştır. MI yaşamın tüm alanlarına getirdiği kısıtlamalar nedeniyle insanların sağlıklarını çok yönlü etkileyen, aniden ortaya çıkan bireyin yaşamını tehdit eden, ölüm korkusu yaşatan bir krizdir (Tokem 1999). MI geçiren bireyler MI sonrası yaşamına nasıl yön verebileceği konusunda bilgi edinmeye daha duyarlıdır (Lewis 2001). Bu nedenle çalışmada MI geçiren tüm bireylerin bilgi puanlarında yükselme olduğu ve bu sonuçta eğitimin etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 19- Önceden Bilgi Alma Duruma Göre Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanı

Önceden bilgi alma	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	P, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	P, p
Evet	11.00±4.04	10.33±2.51	U=7.500 P>0.05	35.83±9.06	11.00±6.55	U=0.000 P<0.05
Hayır	8.37±3.95	7.59±4.45	U=23.500 P>0.05	38.29±8.98	10.25±6.01	U=0.000 P<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 17’de bireylerin önceden bilgi alma duruma göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki bilgi puanları görülmektedir. Önceden bilgi alma duruma göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde önceden bilgi alan ve almayan bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin yalnız 6’sının (%20) daha önce MI’ la ilgili sağlık personelinen bilgi aldıkları saptanmıştır. Araştırma grubundaki bireylerin önceden bilgi alma durumuna göre hastanedeki toplam bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), bir ay sonra kontroldeki kısmen yeterli düzeye (38.29 ± 8.89) yükseldiği belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde ($10,23\pm 5,99$) olduğu saptanmıştır. Karagöz (1996) MI’lı bireylerle, Tel (1993) kronik böbrek yetmezliği olan bireylerle yaptığı çalışmada hastalığı hakkında bilgi alan bireylerin bilgi puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Çalışma bulgularımız bu sonuçlarla paralellik göstermektedir. Bireyin hastalığı ve onun bakımı konusunda bilgilendirilmesi, hastalığına uyumunu ve hastalığı yönetmedeki etkinliğini ve öz bakım gücünü artırmaktadır.

Tablo 20- Bireylerin Sigara Kullanma Alışkanlığına Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Sigara kullanma alışkanlığı	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Var	8.77±3.86	7.86±4.69	U=206.500 p>0.05	36.90±9.71	11.04±6.27	U=0.500 p<0.05
Yok	9.25±4.77	7.87±3.52	U=25.500 p>0.05	40.25±5.94	8.37±4.37	U=0.000 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 20’de bireylerin sigara kullanma alışkanlığına göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki bilgi puanları görülmektedir. Sigara kullanma alışkanlığına göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde sigara içen ve içmeyen bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunda hastaneye yatış öncesi sigara kullanma öyküsüne göre bireylerin toplam bilgi puanlarının hastanede yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.8 ± 8.89) yükselmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde (10.23 ± 5.99) olduğu saptanmıştır. Hastaneye yatmadan önce sigara kullandığını belirten araştırma ve karşılaştırma grubundaki tüm bireyler hastaneden çıktıktan sonra sigarayı bıraktıklarından, bir ay sonra kontroldeki çalışmaya alınan bireylerin tümünün sigara kullanmadıkları saptanmıştır.

Tablo 21- Bireylerde Diyabet Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Diyabet öyküsü	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Var	8.87±4.39	7.28±4.25	U=91.000 p>0.05	36.62±8.05	9.21±5.36	U=0.000 p<0.05
Yok	8.92±3.77	8.37±4.51	U=93.000 p>0.05	36.14±9.90	11.31±6.42	U=0.000 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 21’de bireylerin diyabet öyküsü olma durumuna göre hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki bilgi puanları görülmektedir. Diyabet öyküsü olma durumuna göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde diyabeti olan ve olmayan bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunda diyabet öyküsü olan ve olmayan bireylerin hastanede eğitim öncesi toplam bilgi puanlarının yetersiz düzeyden ($8.90±4.04$), eğitim sonrası bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye ($37.80±8.89$) yükseldiği belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki diyabet hastası olan ve olmayan bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra yapılan kontrolde yine yetersiz düzeyde ($10.33±5.95$) olduğu saptanmıştır. Araştırma grubundaki bireylerde bilgi puanının artmasında diyabet öyküsünün belirleyici bir etken olmadığını söyleyebiliriz.

Tablo 22- Bireylerde Hipertansiyon Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Bilgi Puanları

Hipertansiyon öyküsü	Hastanedeki bilgi puanı			Bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	U, p
Var	7.16±3.40	8.66±5.01	U=91.000 p>0.05	36.88±5.67	10.88±6.77	U=0.000 p<0.05
Yok	10.05±4.10	6.66±2.90	U=55.000 p>0.05	38.44±10.63	9.50±4.60	U=0.000 p<0.05
Toplam	8.90±4.04	7.86±4.35		37.80±8.90	10.33±5.95	

Tablo 22’de bireylerin hipertansiyon öyküsü olan bireylerin hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki MI konusunda bilgi düzeyleri görülmektedir. Hipertansiyon öyküsü olma durumuna göre araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p>0.05$) olmadığı, bir ay sonra kontrolde hipertansiyonu olan ve olmayan bireylerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır.

Araştırma grubunda hipertansiyon öyküsü olma durumuna göre bireylerin hastanedeki toplam bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89) çıktığı belirlenmiştir. Karşılaştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının ise bir ay sonra kontrolde de hastanede olduğu gibi yine yetersiz düzeyde (10.23 ± 5.99) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hipertansiyonlu bireylerin öz bakım gücü bir ay sonra kontrolde yüksek çıkmıştır (Tablo 10). Bu durum bireylerin öz bakım güçlerinin artırılmasında eğitimin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada araştırma ve karşılaştırma grubunda eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bireylerin hastanedeki bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.05), bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90) yükseldiği, hastane deneyimi olan ve olmayan tüm bireylerin hastanedeki toplam bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.05), bir ay sonra kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90) yükseldiği, hastaneye yatış nedeni ne olursa olsun (Kronik hastalıklar, ameliyat, MI) bireylerin bir ay sonra kontrolde toplam bilgi puanının kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90)

yükseldiği, ilk kez MI geçirenlerin bir ay sonra kontrolde bilgi puanının kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90) yükseldiği, stres yaşayan bireylerin hastanedeki bilgi puanının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), bir ay sonra kontrolde bilgi puanı kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90), stres yaşamayan bireylerin yine kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90) yükseldiği, çevresinde MI geçiren yakını olmayan bireylerin de bir ay sonra kontrolde toplam bilgi puanının kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90) yükseldiği saptanmıştır.

Çalışmada, araştırma grubundaki bireylerin bir ay sonraki kontrolde öz bakım gücü puanlarının 103-132 arasında değiştiği, $X=114.00 \pm 8.13$ olduğu, bilgi puanlarının 22-58 arasında değiştiği, $X=8.90 \pm 4.04$ olduğu, karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının 65-111 arasında değiştiği, $X=92.00 \pm 11.49$ olduğu, bilgi puanlarının ise 0-22 arasında değiştiği, $X=10.33 \pm 5.95$ olduğu saptanmıştır.

Tablo 23– Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki Öz Bakım Gücü ve Bilgi Puanları

	Hastanedeki bilgi puanı			bir ay sonra kontroldeki bilgi puanı		
	Araştırma $X \pm Sd$	Karşılaştırma $X \pm Sd$	p, t	Araştırma $X \pm Sd$	Karşılaştırma $X \pm Sd$	p, t
Öz bakım gücü puanı	74.53 ± 8.66	80.46 ± 13.23	$t= 2.054$ $p > 0.05$	114 ± 8.13	92.00 ± 11.49	$t= 8.558$ $p < 0.05$
Bilgi puanı	8.90 ± 4.04	7.86 ± 4.35	$t= 0.952$ $p > 0.05$	37.80 ± 8.90	10.33 ± 5.95	$t= 14.053$ $p < 0.05$

Tablo 23’de bireylerin öz bakım gücü ve bilgi puanları görülmektedir. Çalışmada araştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının 63-91 arasında değiştiği ve $X=74.53 \pm 8.66$ olduğu, bilgi puanlarının 2-16 arasında değiştiği ve $X=8.90 \pm 4.04$ olduğu, karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının 65-100 arasında değiştiği, $X=80.46 \pm 13.23$ olduğu, bilgi puanlarının ise 0-16 arasında değiştiği $X=7.86 \pm 4.35$ olduğu saptanmıştır.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanı ve bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p > 0.05$) olmadığı,

bir ay sonraki kontrolde bireylerin öz bakım gücü ve bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanının hastanede orta düzeyden (74.53 ± 8.66), bir ay sonraki kontrolde çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanının hastanede (80.46 ± 13.23) ve bir ay sonra kontrolde yine orta düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu saptanmıştır.

Bireyin öz bakımı konusunda yeterli bilgisinin olmaması, sağlığının bozulmasına ve normal işlevlerini görememesine, öz bakım becerilerinin azalmasına, yetersiz düzeydeki öz bakım alışkanlıklarına, bireyin kendi bakımını karşılama güçlüğüne neden olmaktadır (Pınar 1995). Hastaların öz bakım güçlerinin ya da yeteneklerinin geliştirilmesi ve desteklenmesinde, hastalıklarını kendi ortamlarında kontrol altına alabilmelerinde, hastalık sürecinin olumsuzluklarından ve belirsizliklerinden kendilerini koruyabilmelerinde eğitim önemlidir (Fındık 2001, Kara 2000, Pınar 1995). Yazıcı'nın (1995) gebelerle, Pasinlioğlu'nun (1997) annelerle, Fındık'ın (2001) amputasyonlu, Pınar'ın (1995) diyabetli hastalarla yaptıkları çalışmada bireylere hastalıkları ile yaşama konusunda verilen eğitimin, bireyin öz bakım gücünü yükselttiği belirlenmiştir. Bu çalışmada da, MI ile yaşama konusunda planlı eğitim alan araştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. MI sonrası hastalar sağlıklarına daha fazla önem vermekte ve hastalıkları konusunda bilgi almaya gereksinim duymaktadırlar (Hoeman 1996, Jaarsma 1995, Tokem 1999, Black 1997). Ulaşabildiğimiz literatürde Miyokard infarktüsünde öz bakım gücü ile ilgili yapılan bir çalışma bulamadığımız için bulgularımız bu tür çalışmalarla karşılaştırılamamıştır.

Araştırma grubundaki bireylerin hastanedeki bilgi puanının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.05), bir ay sonraki kontrolde kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.90) yükseldiği saptanmıştır. Karşılaştırma grubundaki bireylerin ise bir ay sonra kontroldeki bilgi puanlarının yine yetersiz düzeyde (10.33 ± 5.95) olduğu belirlenmiştir. Mete

(1995) MI'lı hastalarla, Ünsar ve ark (2004) Koroner arter hastalığı olan bireylerle, Bahar (1996) gebe kadınlarla yaptıkları çalışmalarda eğitim sonrası bireylerin bilgi puanlarının arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, bireylere verilen eğitimin bireylerin hastalığı hakkında bilgisinin artmasında etkili olduğu ve hastalığı konusunda bilgilendirilmenin gerekli olduğunu göstermektedir.

Öz bakım gücü ve bilgi puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

Tablo-24 Bireylerin Hastanedeki ve Bir Ay Sonra Kontroldeki HDL, LDL, Kolesterol ve Kilo Düzeyleri

	Hastanede			Bir ay sonra kontrolde		
	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	t, p	Araştırma X±Sd	Karşılaştırma X±Sd	t, p
HDL	33,26±7,43	35,70±5,20	t=0,130 p>0,05	36,50±13,87	35,30±4,80	t=1,363 p>0,05
LDL	135,00±27,46	139,93±11,99	t=4,162 p>0,05	127,93±26,60	135,83±14,50	t=1,730 p<0,05
Kolesterol	204,66±27,77	193,36±29,03	t=3,168 p<0,05	192,10±30,73	184,13±28,70	t=3,130 p<0,05
Kilo	76,76±9,62	73,93±16,27	t=1,050 p>0,05	75,90±6,43	75,12±6,23	t=1,559 p>0,05

Tablo 24'de bireylerin hastanedeki ve bir ay sonra kontroldeki HDL, LDL, kolesterol ve kilo düzeyleri görülmektedir. Hastanede yatışta HDL, LDL, kolesterol ve kilo düzeyleri gruplar arasında karşılaştırıldığında yalnızca kolesterol düzeyi yönünden farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubundaki bireylerin kolesterol düzeyinin ($X= 204.66+27.77$) karşılaştırma grubundaki bireylerden ($X=193.36+29.03$) daha yüksek olduğu, taburculuktan bir ay sonraki kontrolde ise LDL ve kolesterol düzeyi yönünden gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda LDL düzeyinin ($X=127.93+26.60$) karşılaştırma grubundan ($X=135.83+14.50$) daha düşük olduğu, kolesterol düzeyinin ise hastanede yatışta göre ($X=192.10+30.73$) azalmakla birlikte karşılaştırma grubundan ($X=184.13+ 8.70$) daha yüksek olduğu, taburculuktan bir ay sonraki kontrolde kilo yönünden gruplar arası

farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p>0,05$) olmadığı saptanmıştır.

Erdoğan (1994) MI'lı bireylerde sağlık eğitimi ile bireylerin kolesterol düzeyi ve kilo kontrollünün daha iyi sağlandığını, Öztunç (1990) MI'lı bireylerde eğitim verilmesi sonucu kilo kontrolünün sağlandığını, Tokem (1999) MI'lı bireylerde eğitimle kolesterol ve kilo kontrolünün sağlanabildiğini, De Busk (1994) MI lı hastalarda genel tıbbi bakımın yanı sıra telefon bağlantısı ile hemşirelik danışmanlığı alan grubun iki ay sonra LDL kolesterol düzeyinin sadece tıbbi bakım alan gruba göre daha düşük olduğunu, Dusseldorp (1999) koroner kalp hastalarına verilen eğitimle hastaların kilo ve kolesterol kontrolünde önemli düzelmeler olduğu, Sebregst (2003) davranış değiştirme programına alınan hastaların, programa alınmayan hastalara göre LDL ve total kolesterol düzeyinin düşük olduğunu saptamıştır. Çalışmamızın sonuçları bu bulgularla paralellik göstermektedir. Araştırma grubundaki bireylerin LDL ve kolesterol düzeyindeki istatistiksel anlamlı fark ile HDL artmanın ve kilodaki azalmanın bireylere verilen eğitimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Karşılaştırma grubundaki kolesterol düzeyindeki istatistiksel olarak anlamlı farkın bireylerin kullandığı kolesterol düşürücü ilaçlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bilgi puanı ve LDL, HDL, kolesterol ve kilo düzeyleri arasında korelasyon incelendiğinde anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$)

V. SONUÇLAR

Bu araştırma, MI geçiren bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak planlanmıştır. Bu araştırmada bulguların incelenmesi sonucu aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Araştırma kapsamına alınan araştırma grubundaki bireylerin % 83.3'ünün erkek, yaş ortalamasının 57.50 ± 7.88 , % 33.3'ünün emekli, %36.7'sinin ilkokul eğitimi, % 60'ının gelir düzeyinin 500 milyon ve altında olduğu, % 90'ının eşi ve çocuklarıyla beraber yaşadığı, %90'ının daha önce bir hastanede yatış deneyimi olduğu, % 33.3'ünün daha önce MI nedeniyle hastaneye yattığı, % 70'inin ilk kez MI geçirdiği, % 33.3'ünün çevresindeki akraba ve arkadaşlarının MI geçirdiği, % 20'sinin daha önce hekim ve hemşireden yalnızca diyet konusunda bilgi aldığı, % 73.3'ünün hastaneye yatış öncesi sigara kullandığı, % 76.7'sinin spor yapmadığı, % 53.3'ünün diyabet, % 40'ının hipertansiyon öyküsü olduğu, % 86.7'sinin stres yaşantısı tanımladığı, % 88.4'ünün sıklıkla stres yaşadığı, %80'inin kırmızı et, tereyağ ve hamur işi ağırlıklı beslendiği belirlenmiştir (Tablo 1, 2, 3).

Araştırma kapsamına alınan karşılaştırma grubundaki bireylerin % 86.7'sinin erkek, yaş ortalamasının 55.83 ± 8.17 , % 43.3'ünün ilkokul eğitimi, % 30'unun emekli, % 46.7'sinin gelir düzeyinin 500 milyon ve altında olduğu, % 63.3'ü eşi ve çocuklarıyla beraber yaşadığı, %80'inin daha önce bir hastane deneyimi olduğu, % 32'sinin daha önce MI nedeniyle hastaneye yattığı, % 76.7'sinin ilk kez MI geçirdiği, % 56.7'sinin çevresindeki akraba ve arkadaşlarının MI geçirdiği, %10'unun daha önce hekim ve hemşireden yalnızca diyet konusunda bilgi aldığı, %73.3'ünün hastaneye yatış öncesi sigara kullandığı, % 80'inin spor yapmadığı, % 46.7'sinin diyabet, % 60'ının hipertansiyon öyküsü olduğu, % 100'ünün stres yaşantısı tanımladığı, % 90'ının sıklıkla stres yaşadığı, %90'ının kırmızı et, tereyağ ve hamur işi ağırlıklı beslendiği belirlenmiştir (Tablo 1, 2, 3).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; cinsiyetlerine göre kadın ve erkek bireylerin öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda her iki cinsiyette de öz bakım gücünü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, kadınların öz bakım gücü puanının (118.00 ± 11.81) erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Karşılaştırma grubunda ise öz bakım gücü puanının her iki cinsiyette de yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; eğitim düzeylerine göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda tüm eğitim düzeyindeki bireylerin öz bakım gücünü puanının orta düzeyden (74.53 ± 8.66), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, ortaokul eğitimi olan bireylerin öz bakım gücü puanının (118.40 ± 10.1) diğer eğitim düzeylerinden daha fazla olduğu, karşılaştırma grubunda ise öz bakım gücü puanının tüm eğitim gruplarında yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; mesleklerine göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda her meslekteki bireylerin öz bakım gücünün orta düzeyden (74.53 ± 8.66), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, ev hanımlarının öz bakım gücü puanının (118.80 ± 11.80) diğer meslek üyelerine göre daha fazla olduğu, karşılaştırma grubunda ise mesleklerin tümünde öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; gelir düzeylerine göre öz bakım gücü puan ortalamaları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda gelir düzeyi bir milyar ve üzerine kadar olan bireylerin öz bakım gücünün orta düzeyden çok iyi düzeye yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm gelir gruplarında öz bakım gücü puanının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; yaş gruplarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubundaki 65 ve altı yaş grubundaki bireylerin öz bakım gücünün orta düzeyden (74.53 ± 9.88), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, 65 ve üzeri yaş grubundaki bireylerin iyi düzeye (109.60 ± 2.70) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; önceden bilgi alma durumuna göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda bilgi alan ve almayan tüm bireylerin öz bakım gücünün orta düzeyden (74.53 ± 9.88), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; sigara içme durumuna göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda sigara içen ve içmeyen tüm bireylerin öz bakım gücünün orta düzeyden (74.53 ± 9.88), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; diyabet tanısı olma durumuna göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda bireylerin öz bakım gücünün orta düzeyden (74.53 ± 9.88), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; hipertansiyon tanısı olma durumuna göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda hipertansiyon tanısı olan bireylerin öz bakım gücünün orta düzeyden (74.53 ± 9.88), çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13), hipertansiyon tanısı olmayan bireylerin ise orta düzeyden (78.83 ± 13.58) iyi düzeye (112.58 ± 7.15) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; tükettiği besin çeşidine göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda kırmızı et, tereyağ ve hamur işi ağırlıklı beslenenlerin öz bakım gücü puanlarının orta düzeyden (74.53 ± 8.66) iyi düzeye (112.65 ± 8.09), tüm besin grupları ile beslenenlerin ise orta (79.74 ± 13.54) düzeyden çok iyi düzeye (115.58 ± 7.21) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonra kontrolde; birlikte yaşadığı kişiler, daha önce hastane deneyimi olması, hastaneye yatış nedeni, MI geçirme öyküsü, çevresinde MI geçiren yakını olma ve stres yaşama durumuna göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanının orta düzeyden (74.25 ± 8.53) çok iyi düzeye (114.00 ± 8.13) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin öz bakım gücü puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; cinsiyete göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda her iki cinsiyetteki bireylerin bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise her iki cinsiyette de bilgi puanlarının yine yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 14).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; eğitim düzeyine göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda lise eğitimi olan bireylerin bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), yeterli düzeyde (41.50 ± 5.61), diğer eğitim düzeyindeki bireylerin ise kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm eğitim gruplarında bilgi puanlarının yine yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; mesleklerine göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubundaki işçilerin bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), yeterli düzeye

(41.80±12.33), diğer mesleklerdeki bireylerin ise kısmen yeterli düzeye (37.80±8.89) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm mesleklerde bilgi puanlarının yine yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 16).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; yaşlarına göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda her yaş grubundaki bireylerin bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90±4.04), kısmen yeterli düzeye (37.80±8.89) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise tüm yaş gruplarında bireylerin bilgi puanlarının yine yetersiz düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; geçirdiği kriz sayısına göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda ikinci kez MI geçiren bireylerin bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90±4.04), yeterli düzeye (44.40±5.77), karşılaştırma grubunda ise tüm bireylerin bilgi puanlarının yine yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; önceden bilgi alma, sigara kullanma alışkanlığı, diyabet ve hipertansiyon tanısı olma durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubunda bireylerin bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90±4.04), kısmen yeterli düzeye (37.80±8.89) yükseldiği, karşılaştırma grubundaki bireylerin ise bilgi puanlarının yine yetersiz düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 19, 20, 21, 22).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonra kontrolde; birlikte yaşadığı kişiler, hastane deneyiminin olması, hastaneye yatış nedeni, MI geçirme öyküsü, çevresinde MI geçiren yakını

olması ve stres yaşama durumuna göre bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubundaki bireylerin bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), kısmen yeterli düzeye (37.80 ± 8.89) yükseldiği, karşılaştırma grubundaki bireylerin ise bilgi puanlarının yine orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde, öz bakım gücü ve bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0.05$) olduğu, araştırma grubundaki bireylerin öz bakım gücü puanlarının orta düzeyden (74.53 ± 8.66) çok iyi düzeye (114.00 ± 8.14) bilgi puanlarının yetersiz düzeyden (8.90 ± 4.04), yeterli düzeye (44.40 ± 5.77) yükseldiği, karşılaştırma grubunda ise öz bakım gücü ve bilgi puanlarının yine orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde; LDL ve kolesterol düzeyi arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunda LDL ve Kolesterol düzeyinin azaldığı, HDL'nin arttığı ve kilonun da azaldığı, karşılaştırma grubunda ise LDL ve kolesterol düzeyinin azaldığı, HDL'nin değişmediği ve kilonun arttığı saptanmıştır (Tablo 24).

Sonuç olarak; MI geçiren bireylere verilen planlı eğitim sonrasında araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanede yatıştaki ve taburculuktan bir ay sonra kontroldeki öz bakım gücü ve bilgi puanları arasında anlamlı fark ($p<0.05$) olduğu, tüm değişkenler yönünden bireylerin taburculuktan bir ay sonra kontrolde öz bakım gücü ve bilgi puanlarının arttığı saptanmıştır.

VII. ÖNERİLER

MI geçiren bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücü üzerine etkisi konulu araştırmadan elde edilen sonuçlar dikkate alınarak;

- MI geçiren hastalarla çalışan hemşirelere, hastaların öz bakım gücü ve öz bakım gücünü etkileyen faktörleri değerlendirme ve öz bakım gücünü artırmada duyarlılık kazandırılması

-Sağlık personelinin MI'ın akut safhası geçer geçmez bireylerin gereksinimlerine yönelik eğitim programlarının başlatılması ve bakımda primer hemşirelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması

-Hasta eğitimi programının taburculuk sonrası ev ziyaretleri ile sürdürülmesi ve MI sonrası bireyin yeni yaşamında davranış değişikliğinin desteklenmesi

-Bireysel eğitim düzenlenirken bireylerin eğitim düzeylerini dikkate alarak görsel materyallerle destekli eğitim verilmesi (video, televizyon, bilgisayar, internet, yazılı broşür ve kitapçık gibi).

-MI sonrası bireyler sürekli danışmanlık ve rehberliğe gereksinim duydıklarından hemşirelerin MI sonrası bireylere telefon aracılığıyla rehberlik ve danışmanlık hizmeti vermesi

-MI sonrası bireylerin eğitim, destek ve paylaşım gereksinimleri karşılanması ve hastalıklarına uyumlarını desteklemek amacıyla düzenli eğitim programlarının yürütülmesi

- Taburculuk sonrası hasta ve sağlık personeli etkileşiminin sürekliliğinin sağlanması ve hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rollerini etkin kullanması

-MI sonrası verilen planlı eğitimin yaşam tarzı değişikliği ve öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla daha büyük örneklerde, uzun süreli izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

VIII. ÖZET

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisi Yoğun Bakım Ünitesi'ne MI tanısı ile yatan bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini, 15 Nisan 2003- 15 Eylül 2003 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kardiyoloji Servisi Yoğun Bakım Ünitesi'ne MI tanısı ile yatan araştırma sınırlılıkları içinde olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, 30 araştırma, 30 kontrol grubu olmak üzere 60 hasta oluşturmuştur. Çalışmadaki veriler, araştırmacı tarafından hemşirelik literatüründen yararlanılarak hazırlanan hasta tanıtım formu, hasta bilgi formu ve öz bakım gücü ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Araştırma grubundaki hastalara yoğun bakım ünitesinde hemodinamik bulgular normale döndüğünde araştırmacı tarafından planlı eğitim verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara ise araştırmacı tarafından bilgilendirme yapılmamış, bu hastalar servis rutinlerindeki bakım ve hizmeti almışlar ve elde edilen bulgular yönünden her iki grup karşılaştırılmıştır.

Çalışmada verilerin değerlendirilmesinde, bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi ve Ki- kare testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada, araştırma grubundaki hastalara verilen planlı eğitimin, öz bakım gücü ve bilgi puanını artırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubundaki bireylerin eğitim öncesi hastanede yapılan ölçümde öz bakım gücü puanlarının orta (74.53 ± 8.66) düzeyde olduğu, eğitim sonrası taburculuktan bir ay sonraki kontrolde ise çok iyi (114.00 ± 8.13) düzeye yükseldiği, karşılaştırma grubundaki bireylerin taburculuktan bir ay sonraki kontrolde de öz bakım gücü puanının orta düzeyde (92.00 ± 11.49) olduğu belirlenmiştir. Araştırma ve karşılaştırma grubundaki bireylerin hastanedeki öz bakım gücü puanı ve bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p > 0.05$) olmadığı, bir ay

sonraki kontrolde bireylerin öz bakım gücü ve bilgi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Bu çalışmada planlı sağlık eğitimi alan MI'lı bireylerin öz bakım gücü ve bilgi puanının arttığı ve bu artışta sağlık eğitiminin etkili olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre hemşirelerin, MI'lı bireylerin öz bakım gücünü etkileyen faktörleri dikkate alarak hastaların taburcu olduktan sonra yaşam değişikliklerini düzenlemeleri ve hastalığa uyum yapabilmeleri için planlı eğitim yapmaları, yapılan planlı eğitimin görsel ve işitsel eğitim materyalleri ile desteklemeleri, eğitim etkinliği ve sürekliliği için kardiyak rehabilitasyon merkezlerinde çalışmalarını önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Miyokard infarktüsü, öz bakım gücü, hemşirelik, eğitim

IX. SUMMARY

This study was done semi experimental at Cardiology clinic, Research and Application Hospital, Cumhuriyet University to analyze the effects of programmed education given to the patients with M1 who are in intensive care unit of Cardiology service to self-maintenance power.

The present study included totally 60 patients as 30 research and 30 control group, all of whom accepted to participate and were staying with the diagnosis of M1 at the intensive care unit of Cardiology service, Research and Application Hospital, Cumhuriyet University between 15 April 2003 and 15 September 2003. The data in this study were collected by the help of patient identification card depending on nursing literature and the self care agency. The researcher gave a programmed education to the patients in research group when the hemodynamic findings were transformed into normal in intensive care unit. However, the patients in the control group were never given information, but these patients got routine service maintenance. The data and the two groups were contrasted.

Mann Whitney U and ki-square tests, which are very important methods especially in finding divergence between the two averages in independent groups, were applied in evaluation of the data.

It was seen, through his stud, that the programmed education affected and increased self care agency and information point very much especially for the patients is research group. It was found that the self care agency point before the education was in medium (74.53 ± 8.66), but this level was very good (114.00 ± 8.13) in the checking after one month from discharge after education in research group. However, it was found that the self care agency point was still in medium (92.00 ± 11.49) in the checking after one month from discharge after education in control group. It is obvious that there is no statistically significant difference ($p > 0.05$) between the self care agency and information points of the two groups.

However, this difference was statistically very significant ($p < 0.05$) in checking after one month.

In this study, it is found that the individual with MI having health education increased their this point is very effective in health education.

According to the results, it's suggested that the patients who consider the factors affecting their self-care point should regulate their life ever after discharging, they should have programmed education, they should support the education with audiovisual materials, they should work in cardiac rehabilitation centers for the continuation and effecton of the education.

Key words: myocardial infarction, self care agency, nursing, education.

KAYNAKLAR

1. Adaylar M (1995) Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Hastalığıdaki Tutum Adaptasyon, Algı ve Öz Bakım Yönelimleri, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
2. Aish A (1996) Effects of orem-based nursing intervention on nutritional self care of myocardial infarction patients, *Internel Journal of Nursing Studies*, 33(3):259-270.
3. Akdemir N, Birol L, Bedük T (2003) İç Hastalıkları Hemşireliği, 4.baskı, Ankara, Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
4. Akdolun (1992) Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Cinsel Yaşamlarında Karşılaştıkları Güçlükler ve Bilgi Gereksinimleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
5. Akyol A (1993) Yaşam kalitesi ve yaklaşımları, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2):75-80.
6. Allen JK (2000) Cholesterol management an opportunity for nurse managers, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2):50.
7. Alsan S (1992) Miyokard infarktüsü, *Bilim Teknik Dergisi*, 6-10.
8. Badır A (2000) Akut miyokard infarktüsülü hastaların rehabilitasyonu, *Yoğun Bakım Dergisi*, 4(1):49-54.
9. Bahar Z, Türkistanlı E., Okyay P. Ak NK. (1996) İnönü sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebe kadınların emzirme hakkındaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeylerini ölçerek eğitimin etkinliğini göstermeye yönelik çalışma, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 12(3):1-6.
10. Bakoğlu E, Yetkin A (2000) Hipertansiyonlu hastalarda öz bakım gücü, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 4(1):41-49.
11. Beach EK, Smith A ve ark. (1996) Self care limitations of persons after akut myocardial infarction, *Appl. Nursing Research*, 9(1):8-24.
12. Bilgin İ, Karadeniz G (1992) Cumhuriyet üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesi koroner bakım ünitesinde yatan miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda stres ile hastalık arasındaki ilişkinin incelenmesi, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık, 235-241.

13. Birol L (2003) Hemsirelik Süreci, İzmir, Etki Matbacılık.
14. Black JM, Matasarrin-Jacobs E (Editors) (1997) Luckman and Sorensen's Medical-Surgical Nursing, A psychophysiologic approach, 5th edition, Philadelphia W.B, sounders.
15. Blair CE, (1999) Effect of self care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents, Issues Ment Health Nursing, Nov-Dec;20(6):559-57.
16. Bolat Ç, (1994) "Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların Bireyselleştirilmiş Öğretim Programı Gereksinimleri" Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi10:1.
17. Bozkurt İ (1999) Akut MI Geçiren Erkeklerin Eşlerinde Koroner Risk Faktörleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Şişli Etfal Hastanesi.
18. Braunwold E (1992) Heart Disease: A Textbook Of Cardiovascular Disease 4th ed. W.B. sounders company.
19. Briggs L, (1994) Sexual healing: Caring for Patients Recovering from Myocardial Infarction" British Journal of Nursing, 3(16):837-841.
20. Candan İ, Oral D (2002) Kardiyoloji, Akut Myokard İnfarktüsü, Ankara, Boran Ofset, 690-754.
21. Castelein P, Kerr J.R (1995) Satisfaction and cardiac lifestyle, Journal of Advanced Nursing, Vol:21,498-505.
22. Conn VS, Taylor SG (1992) Cardiac rehabilitation program participation and outcomes after myocardial infarction, Rehabilitation Nursing, 17(2):58-62.
23. Çalışır E (1995) Kalbiniz ve Siz, Sevgi Hastanesi Yayın Organı 2(2):8-15.
24. Çalangu S (1998) Akut Miyokard İnfarktüsü Acil Dahiliye, 3.baskı, Nobel Tıp Kitabevi, s.82-94.
25. De Busk RF, Miller NH, Superko H.R., et all (1994) A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction, Annals Of Internal Medicine, 120(9):721-729.
26. Durademir A (1999) Kronik kalp yetmezlikli hastaların yaşam kaliteleri ve özbakım davranışları, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi,3(1):16-20.

27. Durmuş B (1991) Miyokard infarktüsü geçiren hastaların emosyonel tepkileri ve hemşirelik girişimi, Hemşirelik Bülteni, 5(22):57-65.
28. Durmuş B (1993) Miyokard infarktüsü geçiren hastalar için rehabilitasyon programı, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9(3):77-81
29. Dusseldorp E., Elderen TV., Maes S., et all (1999) A meta –analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease, Psychology Journal, 18(5):506-519
30. Eralp B, Gereççi Z, (1997) Koroner Kalp Hastalığı: Risk Faktörleri, Korunma ve Tedavi PTT Hastanesi Tıp Dergisi, 19(2):118-122.
31. Erci B, Okanlı A (2000) The relationship between suicide commitment and self care agency, 1. Uluslararası ve 8. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Antalya.
32. Erdoğan Ö (1994) Miyokard Tanısıyla Hastaneye Yatan Hastalara Verilen Planlı Sağlık Eğitiminin Hastaların Bilgi Düzeylerine ve Tedaviye Uyum Durumlarına Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
33. Erefe İ (2002) Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, Ankara.
34. Eski S (2002) Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitesinin incelenmesi, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 4(1):15-27.
35. Fadıoğlu Ç (1990) Miyokard infarktüsülü hastaların hastalığı algılaması, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirgeleri, İzmir, 235-241.
36. Fındık Ü (2001) Ampütasyon uygulanan hastalarda eğitimin hastalığı değerlendirme ve öz bakım gücü kazanma yetisine etkisi, Hemşirelik Forumu Dergisi, 4(4-5):48-59.
37. Gulanick M (1998) Changing needs, roles and direction, AJN, 98(2):49-51
38. Gök H (2002) Miyokard İnfarktüsü. Klinik Kardiyoloji, Nobel Tıp Kitapevi, s.265;278.
39. Gökdoğan F (1995) İlk Kez Miyokard İnfarktüsü Geçiren Kişilerde Uyku Alışkanlıklarının Etkilenmesi ve Uyumasını Sağlamada Hemşirelik Bakımı. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

40. Guyton AC, Hall JE (2001) Tıbbi Fizyoloji, (Çev: Çavuşoğlu H.) İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi.
41. Güneş P. (2001) Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Öncesi Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
42. Harrell J. Gore S (1998) Cardiovascular risk factors and socioeconomic status in african american and caucasian women, Research in Nursing & health, 21: 285-295,
43. Heper C (2002) Miyokard İnfarktüsü: Kardiyoloji, Alfa-Aktüel Kitabevi, s.280-308.
44. Herlitz J (1988) Morbidity and quality of life 5 years after early intervention with metoprolol in suspected acute myocardial infarction, Cardiology, 75:357-364.
45. Hoeman SP (1996) Nursing Rehabilitation Process and Application, 2nd edition, Mosby Year Book.
46. Irmak Z (2001) Akut miyokard tedavisinde trombolitik tedavi, Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,8(1):53-59.
47. İliçin G, Biberöğlü K, Ünal S ve ark (2002) Temel İç Hastalıkları, Ankara, Melisa matbaacılık.
48. Jaarsma T (1995) Problems of cardiac patients in early recover, Journal of Advanced Nursing, 21:21-27.
49. Jaarsma T (2000) Self care behaviour of patients with heart failure, Scandinavian Journal of Caring Sciences 14:(2).
50. Kara B (2001) Özbakım tanımı ve kavramsal yönü, Sendrom Dergisi, 13(7):45-48.
51. Kara B, Albayrak N (2001) Tip II diabetes mellitus hastalarının öz bakım gücü ile metabolik kontrolleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi, 4(2-3):15-20.
52. Kara B, Feşçi H (2000) Tip I diabet hastalarının özbakım gücünün incelenmesi, Sendrom Dergisi, 12(4):28-32.

53. Karadeniz G (1992) Akut miyokard infarktüsü, standart bakım planı örneği, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, Esnaf Ofset Matbacılık s.78-85..
54. Karagöz Z (1996) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Diyetlerine ilişkin Bilgi ve Uygulamaları, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi.
55. Karcıoğlu Ö, Eray O, Çete Y (1995) Akut miyokard infarktüsünde acil Beta bloker uygulanması, Sendrom Dergisi, 102(3):86-92.
56. Khan G, Topol E (1997) Kalp Hastalıkları Tanı ve Tedavisi Pratik Bir Yaklaşım” Çeviren E Canbek, Turgut Yayıncılık, s.108-110.
57. Kıvanç M, Bozkurt G (2000) Kardiyak yoğun bakım ünitesinde yatan miyokard infarktüslü hastalarda rehabilitasyon uygulamalarının incelenmesi, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 4(2):74-79.
58. Kıyak E, Ergüney S (2002) Hemodiyaliz hastalarının öz bakım gücünün değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 5(1):38-44.
59. Kozan Ö (2002) Akut Koroner Sendromlar El Kitabı, MI Kulübü.
60. Kuzu N (1996) Miyokard infarktüsünün cinsel fonksiyon üzerine etkisi ve hemşirenin cinsel danışmanlık rolü, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1):19-22.
61. Küçük L (1999) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin Umut Düzeylerine ve Yoğun Bakımda Kalış Sürelerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
62. Kültürsay H (1999) Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrasında Sekonder Koruma, AMİ Komplikasyonlar, (Editör: Enar R), Ak Ofset Matbacılık.s.526-541.
63. Lewis MS, Collier CL, Heitkemper MM (2001) Medical-Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems, 5th edition, Mosby Year Book.
64. Lukkarinen H, Hentinen M (1997) Self care agency and factors related to this agecy among patients with coroner heart disease, İnt. J.Nurs. Stud. 34(4):295-304.
65. Lynn LA, Kissinger JF (1992) Coronary precautions: should caffeinebe restricted in patients after MI?, Heart- Lung, 21(4):365-371.

66. Meischke H (1995) Utilization of emergency medical services for symptoms of acute myocardial infarction, Heart and Lung. 24(1):11-24.
67. Mete M (1995) Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Kriz Sonrası Eğitimi ve Eğitimin Bilgi Anksiyete ve Alışkanlıklarına Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
68. Miller SP, Wikoff R (1990) regimen compliance two years after myocardial infarction, Nursing Research, 39(6):333-336.
69. Motzer SU, Stewart BJ (1996) Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest, Research in Nursing & health, 19:287-298.
70. Nahcıvan N (1993) sağlıklı Gençlere Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
71. Oğuz S (2003) Kardiyak rehabilitasyon, Hemşirelik Forumu 6(4):14-18.
72. Onat A (1998) Koroner Kalp Hastalığından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Kılavuz, Türk Kardiyoloji Derneği, III. Bsk.
73. Onat A, Yazıcı M, ve ark. (2002) TEKHARF 2002 yılı taramasının ölüm ve koroner olaylara ilişkin sonuçları, Türk Kardiyoloji Arşivi Dergisi, 30(11):699-710.
74. Orem D (1991) Nursing Concepts of Practice, 4th.ed. Moby Year Book. St.Louis.
75. Orem D (1996) [http:// gbconcept.de/texte/orem2.htm](http://gbconcept.de/texte/orem2.htm).
76. Özcan N (2000) Koroner Kalp Hastalıkları, Ankara.
77. Özçelik E.B. (2001) Tip 1 Diyabetes Mellitusu Olan Adölesanlara Verilen Eğitimin Metabolik Kontrolleri ve Öz Bakım Gücü Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
78. Özdamar K (1999) Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, 2.baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
79. Öztunç G (1990) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Hastalıklarına Uyumlarını Etkileyen Faktörler İle Uyumlarına Sağlık Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

80. Pasinlioğlu T (1997) Gebelerin Öz Bakım Gücü ve Öz Bakım Gücünü Artırmada Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Erzurum.
81. Pehlivanoğlu S (1998) Miyokard İnfarktüsü, MI Kulübü.
82. Pınar R (1995) Diabetes Mellituslu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
83. Potter P, Perry A (2001) Basic Nursing Theory and pratice, 3rd edition, Philadelphia.
84. Rice R (1996) Home Healt Nursing Practice Concepts & Application, Second edition, Mosby Year Boook.İnc.
85. Robichoud AS, loisella (1998) Exercise4 of self care agency scale heart patients, Reach Soins İnfirrm Semp; (54):77-86.
86. Sabuncu H, Kızılkaya N (1994) sigara karboksihemoglobin ve meslek, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 10(1):83-87
87. Scott T, Thompson D (2003) Assesing the information need of post-myocardila infarction patients: a systematic review, Patient Education & Counseling, 50(2):167-178.
88. Sebregts EH, Falger PR (2003) Cholesterol changes in coronary patients after a short behavire modification program, İnt. J. Behav Med. 10(4):315-330.
89. Simmons Sj (1990) The Health-promoting self care, system model: direction for nursing research and practise, J.Advanced Nursing, 15(1):62-66.
90. Sivrioğlu K (2000) Miyokard infarktüsü sonrası rehabilitasyon, <http://www.kardiyo.net>
91. Smeltzer S, Brenda B (2000) Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing, 9th Edition, Lippincont-Raven Publishers.
92. Smith K.L (1993) Miyokard infarktüsü sonrası medikal tedavi, Sendrom Dergisi, 92(8):68-74.

93. Sönmez K, Akçay A (2002) Koroner arter hastalığı anjiografik olarak saptanmış olgularda risk faktörlerinin dağılımı, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 30:191-198.
94. Stewart MJ, Alexandra MH (1997) Stres coping and social support as psychosocial faktors in readmisson for ischaemic heart disease, İnternational Journal Nursing Studies, 34(2):151-163.
95. Stowsky B (1992) Nursing interventions for risk factor reduction, Nursing Clinics of North America, 27(1):257-267.
96. Strecher W (2000) Assesing the information neesd of post-myocardila infarction patients, Patient Education & Counseling, 48(1):176-182.
97. Sucuoğlu F (1997) SVH Geçiren Bireylere Uygulanan Kendine Bakım Eğitim Programının Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlık Düzeylerine Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
98. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V (1994) Biyoistatistik, Ankara, Özdemir yayıncılık.
99. Şahinoğlu H (1992) Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınevi, 1. baskı.
100. Tel H (1993) Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastaların Bireysel Bakımları İle İlgili Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi.
101. Timmins F, Kaliszer M (2003) İnformation needs of myocardial infarction patients, European Journal of Cardiovascular Nursing, Apr 2(1):57-90.
102. Tokem Y (1999) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tez, İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi.
103. Tufan Y (1992) Kardiyoloji servisinde yatan 20-65 yaş grubu akut miyokard infarktüslü hastaların bilgi gereksinimlerinin saptanması, Hemşirelik Bülteni, 5(25-26):5.
104. Turton J (1998) İmportance of information following myocardial infarction: a study of the self perceived information needs of patients and their spouse/partner compared, Journal of Advanced Nursing 27(4):1-15.

105. Türkmen E (2000) Akut koroner sendromlarının tanımı, risk faktörleri ve fizyopatolojisi, Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi, 4(1):15-21.
106. Ünsar S, Durna Z, Süt N (2004) Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü, Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(2):27-41.
107. Velioglu P (2000) Hemşirelik Kavram ve Kurallar, Alaş ofset, İstanbul.
108. Webster RA, Thompson D, Mayou R (2002) The experiences and needs of gujarati hindu patients and partners in the first mounth after a myocardila infarction, European Journal Of Cardivasculer Nursing, 1(1):69-76.
109. Whisenant BK, Wolfe CL (1998) Tıbbi tedavi ve primer anjioplasti için öneriler, Sendrom Dergisi, 102(3):86-92.
110. Yazıcı S (1995) Annelerin Öz Bakım Gücü, Sağlıklı Bebeklerinin Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ve Bu Süreçte Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul. İstanbul Üniversitesi,
111. Yeşilbalkan ÖU (2001) Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilik ve Öz Yeterliliğini Etkiyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
112. Yörükoğlu Y (2000) Koroner Arter Hastalığı Kalp Sağlığınız ve Siz, Ankara.
113. Zaybak A (2000) Hemşirelerin öz bakımlarının değerlendirilmesi, 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyumu, İzmir, Ege Üniversitesi.
114. Zaybak A, Polat H (2000) Kalp kapak replasmanı yapılan hastaların öz bakımın değerlendirilmesi, 2000'li Yıllarda Sağlık Yüksekokullarında Eğitimin Geleceği Sempozyumu. s.35-42.
115. Ziyaettin M (1995) Miyokard İnfarktüsü Sonrası İşe Dönüş Süresi Ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
116. Zoghi M (2000) Akut miyokard infarktüsü ve trombolitik tedavi, Yoğun Bakım Dergisi, 4(1):29-34.



EKLER

BİREY TANITIM FORMU (EK-1)

1. Cinsiyeti;

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşı.....

3. Medeni Durum;

1. Bekar 2. Evli 3. Dul

4. Eğitim Durumu;

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar
3. İlkokul 4. Ortaokul
5. Lise 6. Ev Hanımı

5. Mesleği;

1. Öğrenci 2. Okur-yazar
3. İşçi 4. Serbest
5. Emekli 6. Ev Hanımı

6. Sosyal Güvencesi

1. Var 2. Yok

7. Gelir Düzeyi (TL/ay)

8. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Yalnız 2. Eşi ile
3. Eş ve Çocuklar 4. Diğer aile bireyleri
5. Diğer

9. Daha önce hastane deneyiminiz var mı?

1. Var 2. Yok

10. Yanıtınız evetse hastaneye yatış nedeniniz nedir?

11. Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

12. Yanıtınız evetse kaç kez?

13. Çevrenizde kalp krizi geçiren birey var mı?

1. Evet 2. Hayır

14. Yanıtınız evetse yakınlık derecesi

1. Eş 2. Arkadaş 3. Akraba 4. Komşu 5. Diğer

BİREY BİLGİ FORMU (EK-II)

1. Sizce kalbin vücudumuzdaki yeri nasıldır? Açıklar mısınız?
2. Sizce kalbin yapısı nasıldır?
3. Kalbin Vücudumuzdaki görevi nedir?
4. Kalp krizi (Miyokard İnfarktüsü) nedir? Açıklar mısınız?
5. Kalp krizi nedenleri nelerdir? Açıklar mısınız?
6. Kalp Krizi belirtileri nelerdir? Açıklar mısınız?
7. Sizce taburcu olduktan sonra yaşamınızda değişiklik yapmanız gerekecek mi? Açıklar mısınız?
8. Eğer sigara içeriyorsanız ve bırakamıyorsanız neler yapmalısınız? Açıklar mısınız?
9. Eğer hala alkol kullanıyorsanız, bunu nasıl kullanmalısınız? Açıklar mısınız?
10. Yüksek tansiyonunuz varsa bunu kontrol etmek için neler yapmalısınız? Açıklar mısınız?
11. Kilonuzu kontrol etmek için neler yapmalısınız? Açıklar mısınız?
12. Beslenmenizde sakınmanız gereken yiyecekler var mı? Açıklar mısınız?
13. Cinsel yaşamınızda değişiklik yapmanız gerekir mi?
14. Çalışma yaşamınızda değişiklik yapmanız gerekiyor mu?

15. Stresle baş etmek için neler yapmanız gerekir? Açıklar mısınız?

16. Evde kullanacağınız ilaçların adlarını söyler misiniz?

17. İlaçların etkilerini açıklar mısınız?

18. Sizce taburcu olduktan sonra neden doktor kontrolüne gitmeniz gerekir?
Açıklar mısınız?

19. Taburcu olduktan sonra ilk 4 haftada hangi aktiviteleri yapabilirsiniz? Açıklar mısınız?

20. Günlük işlerinizi yaparken nelere dikkat edersiniz? Açıklar mısınız?

21. Kalp krizinden şüpheleniyorsanız neler yapmanız gerekir? Açıklar mısınız?

ÖZBAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ (EK-III)

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

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	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 ihtiyaçlarımı 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 bakmadığım zaman yardım ararım.	()	()	()	()	()
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	()	()	()	()	()
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	()	()	()	()	()
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
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 yollarını 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.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	()	()	()	()	()
20.Kendimle 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.	()	()	()	()	()

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlerim.	()	()	()	()	()
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	()	()	()	()	()
29.Sağlıklı kalmam için ne tür yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	()	()	()	()	()
30.Vücudumun çalışmasıyla ilgili her şeye ilgi duyuyorum.	()	()	()	()	()
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve 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.	()	()	()	()	()

CEVAP ANAHTARI

1. 1) Kalp, göğsümüzün sol tarafında, iki akciğerinin arasında yer alır.
2) Önde göğüs kemiği ve kaburgalar vardır.
Bilmiyorsa 0 puan, 1 tanesini biliyorsa 1 puan, 2 tanesini biliyorsa 2 puan.
2. 1) Kalbin dört boşluğu vardır. Bu boşluklardan kan pompalanır.
2) Kalp bu kanı vücuda atar damar (aort) yoluyla pompalar.
3) Kalbin kasının çalışması için kana ihtiyaç vardır.
4) Kalbe bu kanı taşıyan damarlara koroner damar denir.
Bilmiyorsa 0 puan, 2 tanesini biliyorsa 1 puan, 3-4 tanesini biliyorsa 2 puan.
3. Kalbin görevi; oksijen ve besin maddelerini taşıyan kanı vücuda pompalamaktır.
Bilmiyorsa 0 puan, kısmen biliyorsa 1 puan, tam biliyorsa 2 puan
4. Kalbi besleyen damarlarda tıkanma olmasına bağlı kalbin kendi hücrelerini besleyememesi nedeni ile kalp hücrelerinin ölmesidir.
Bilmiyorsa 0 puan, kısmen biliyorsa 1 puan, tam biliyorsa 2 puan
5. 1) Sigara kullanımı
2) Yüksek tansiyon
3) Kan kolesterolünün yüksek olması
4) Kalıtım
5) Şişmanlık
6) Şeker hastalığı
7) Stres
8) Hareketsiz yaşam
Her bir madde 0.5 puan
6. 1) Göğüs ağrısı
2) Solunum güçlüğü
3) Terleme
4) Bulantı- kusma
5) Halsizlik
6) Baş dönmesi
Her bir madde 0.5 puan
7. 1) Sigarayı bırakırım
2) Kolesterolü beslenirim (diyet)
3) Kilo veririm
4) Fazla aktiviteden kaçınırım
5) Alkol kullanmam
6) İlaçlarımı düzenli kullanırım
7) Stresimi azaltmaya çalışırım

- 8) Düzenli kontrollere gelirim
- 9) Tansiyonumu kontrol altına almaya çalışırım
- 10) Kan şekeri miktarını kontrol altına alma

Her bir madde 0.5 puan

8. 1) Sigara içenlerden uzak dururum
- 2) Nikotin bandı, nikotin sakızı kullanırım
- 3) Sigarayı içime çekmeden içerim
- 4) Daha az katran ve nikotin içeren sigara içerim
- 5) Yattığım odada sigara içmem
- 6) Açık havada içerim
- 7) Sigara taşımamaya özen gösteririm
- 8) Belli sigara sayısını aşmam

Her bir madde 0.5 puan

9. Haftada bir kez bir duble olacak şekilde.
Bilmiyorsa 0 puan, biliyorsa 1 puan

10. 1) Tuzsuz yerim
 - 2) Sigara içmem
 - 3) Kilo veririm
 - 4) Tansiyonumu düzenli ölçtürürüm
 - 5) İlaçlarımı düzenli kullanırım
 - 6) Stresten uzak dururum
- Her bir madde 0.5 puan**

11. 1) Her gün tartılıp, düzenli egzersiz yaparım
 - 2) Ağır diyet uygulamam
 - 3) Doktor kontrolünde, ideal kiloma göre diyet yaparım
- Her bir madde 0.5 puan**

12. 1) Tereyağ
 - 2) Sakatatlar ve kırmızı et
 - 3) Tuz
 - 4) Kola, asitli içecekler
 - 5) Yağda kızartmalar
 - 6) Yağlı süt, yoğurt, peynir
 - 7) Yumurthanın sarısı ve onunla yapılan yiyecekler
 - 8) Çay- kahve
- Her bir madde 0.5 puan**

13. 1) Taburculuktan 6-8 hafta sonra cinsel yaşama başlanabilir
- 2) Yorgun ve sıkıntılı iken cinsel ilişkiye girilmemeli
- 3) İlişki sırasında oda ısısı normal olmalı

- 4) Yemekten 3 saat sonra cinsel ilişkiye girilebilir
 - 5) Çarpıntı olursa cinsel ilişki ertelenir ve durum doktor ile konuşulur
 - 6) Cinsel ilişki sırasında ve sonrasında göğüs ağrısı, çarpıntı olursa ilaç alırım
 - 7) Bu belirtiler 15 dakikada geçmezse doktora iletirim
- Her bir madde 0.5 puan**

- 14.
- 1) 6-8 hafta sonra işe başlarım
 - 2) Çalışırken kendimi yormadan çalışmayı düşünüyorum
 - 3) Beni yormayan daha rahat bir işte çalışmayı planlıyorum
 - 4) Emekli olacağım (**Her bir madde 1 puan**)

- 15.
- 1) Derin, düzenli nefes alıp veririm
 - 2) Temiz hava alırım, müzik dinlerim
 - 3) Kitap okurum, elişi yaparım,
 - 4) Komşu ziyaretlerine giderim
 - 5) Yürüyüş yaparım
 - 6) 8-10 saat uyurum/ dinlenirim
 - 7) Beni sinirlendiren şeylerden uzak dururum
- Her bir madde 0.5 puan**

- 16.
- 1) İlaç adlarını doğru bilene **0,5 puan**,

- 17.
- 1) İlaç etkilerini doğru bilme **1 puan**
İki ilaç adı ve etkisini bilme tam doğru olarak kabul edilmiştir.

- 18.
- 1) Bir ay sonra gelirim
 - 2) Doktorum istediği zaman gelirim
- Her bir madde 0.5 puan**

- 19.
- 1) İlk zamanlarda kendimi yormadan, düz ve kısa mesafelerde 5-10 dakika yürüyüşler yaparım
 - 2) Taburcu olduktan 4 hafta sonra araba sürme, bisiklete binme gibi aktiviteler yaparım
 - 3) Bu yürüyüşlerin zamanla süresini artırırım
 - 4) 8 haftada günde 2 kez 30'ar dakika yürürüm
- Her bir madde 0.5 puan**

- 20.
- 1) Sıcak ve soğuktan kaçınırım
 - 2) Kabız olmaktan kaçınırım
 - 3) Tohum atma, çim biçme gibi yorucu aktivitelerden kaçınırım
 - 4) Araba yıkamam
 - 5) 4 kilodan fazla yük taşımam
 - 6) Kar kürümem
 - 7) Boya yapmam
 - 8) Çamaşır yıkamam

- 9) Halı, kilim çırpmam
 - 10) Sıkışmış pencere, kapı açmam
 - 11) Yüksek dolaba, rafa uzanmam
 - 12) Öfkelenmemeye çalışırım
 - 13) Düzenli, kendimi yormadan çalışırım
 - 14) Gripli bireylerden uzak dururum
 - 15) Tanıtma kartı taşıırım
 - 16) Düzenli sağlık kontrolüne giderim
 - 17) İşlerimi dinlenerek yaparım
 - 18 Sigara ve sigara içilen ortamdan uzak dururum
- Her bir madde 0.5 puan**

21. 1) Göğüs ağrısı olduğunda dil altı alırım
- 2) Eğer belirtiler ilaç aldıktan 15-20 dakika sonra geçmezse, fazla hareket etmeden bir taşıtla hastaneye giderim.
- Her bir madde 1 puan**