

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN
HASTALARDA İLK ÜÇ AYDAKİ SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE HASTALIK
ALGISI

Fatmaz Zehra KILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Selma KAHRAMAN

Bu tez herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA

2018

T. C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Fatmaz Zehra KILIÇ' ın hazırladığı "Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda İlk Üç Aydaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Hastalık Algısı" başlıklı çalışması 04/09/2018 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.

BASKAN

Dr. Öğretim Üyesi Selma KAHRAMAN
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Doç. Dr. Zeynep GÜNGÖRMÜŞ
Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

Dr. Öğretim Üyesi Derya TULÜCE
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 11/09/2018 tarih ve 2018/13/04... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitim-öğretim dönemiim boyunca, tezimin planlanmasından sonlandırılmasına kadar bütün aşamalarında sabırla yol gösterici olan bilimsel desteğini hiç bir zaman esirgemeyen ve bana büyük katkı sağlayan tez danışmanım, değerli hocam **Dr. Öğr. Üyesi Selma KAHRAMAN'** a, veri toplama aşamasında benden desteğini esirgemeyen Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesi çalışanlarına, tez çalışmama katılan bütün hastalara ve onları destekleyen ailelerine, her zaman yanımda olan ve bana destek veren aileme, tez dönemim boyunca bana destek olan değerli dostlarıma, desteğini sürekli üzerimde hissettiğim, her anımda olumlu yönde beni motive eden çok kıymetli **Nezif KÜÇÜK'** e, tez çalışmam boyunca fırsat buldukları her anda anketlerimi taşıyan güzel kardeşlerim sevgili **Kudret ve Zeliha'** ya,

Tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Fatmaz Zehra KILIÇ

2018

İÇİNDEKİLER	Sayfa
	No
ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Miyokard İnfarktüsü Tanımı.....	4
2.2. Miyokard İnfarktüsünün Patofizyolojisi.....	4
2.3. Miyokard İnfarktüsünün Prevelansı.....	5
2.4. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Evreler.....	6
2.5. Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri.....	8
2.5.1. Yaş Ve Cinsiyet.....	8
2.5.2. Pozitif Aile Öyküsü.....	9
2.5.3. Kan Lipit Düzeyleri.....	9

2.5.4. Hipertansiyon.....	10
2.5.5.Sigara.....	10
2.5.6. Diyabetüs Mellitüs.....	11
2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	11
2.6.1. Miyokard İnfarktüsünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	12
2.7. Hastalık Algısı.....	12
2.8. Hemşirelik Bakımı.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Şekli.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları.....	17
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Hasta Bilgi Formu).....	17
3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeği.....	18
3.4.3. Hastalık Algısı Ölçeği.....	18
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	19
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	20
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	21

4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	44
7. KAYNAKLAR	46
EKLER	56
EK I: Anket Formu (Tanıtıcı Bilgiler Formu)	56
EK II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği - II	58
EK III: Hastalık Algısı Ölçeği	61
EK IV: Araştırmanın Yapılacağı Kurum İzni (Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Tez Çalışma İzin Belgesi)	65
EK V: Hastalardan Alınan İzin	66
EK VI: Harran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na Başvurulmuş Ve 05/10/2016 Tarihli Etik Komisyon Onayı	67
EK VII: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kullanma İzni	68
EK VIII: Hastalık Algısı Ölçeği Kullanım İzni	69
EK IX: İntihal Formu	70
EK X: Tez İntihal Raporu	71
EK XI: Tez Veri Giriş Formu	72

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

No

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	22
Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Durumları.....	23
Tablo 4.3. Hastaların SYBD - II Ölçeğinden Aldığı Toplam Puanlar ve SYBD-II Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	24
Tablo 4.4. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar.....	26
Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İlk Üç Aylık Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları.....	29
Tablo 4.6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İlk Üç Aylık Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Nedenleri Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamaları.....	32
Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İlk Üç Aylık Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamaları	34-35

KISALTMALAR

MI : Miyokard İnfarktüsü

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

HA : Hastalık Algısı

AMI : Akut Miyokard İnfarktüsü

HT : Hipertansiyon

DM : Diyabetüs Mellitüs

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

KAH : Koroner Arter Hastalığı

TK : Total Kolesterol

ÖZET

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA İLK ÜÇ AYDAKİ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE HASTALIK ALGISI

Fatmaz Zehra KILIÇ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma, miyokard infarktüsü geçiren hastalarda ilk üç aydaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalık algısını ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya alınan hastalar üç ay düzenli takip edilmiştir.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu çalışma, Kasım 2016-Ağustos 2018 tarihleri arasında, Şanlıurfa İlinde bir hastaneye gelen miyokard infarktüsü geçiren ve koroner anjiyografi yapılan 112 hasta ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri, ‘‘Hasta Bilgi Formu’’, ‘‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği – II (SYBD-II)’’, ‘‘Hastalık Algısı Ölçeği (HA)’’ kullanılarak elde edilmiştir. Elde edilen veriler SPSS 16.0 paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), bağımsız örneklem T testi (independent sample T testi), tek yönlü varyans analizi (one way Anova) ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (repeated measure Anova) testi kullanılmıştır.

Hastaların, SYBD-II ölçeği toplam puan değerlendirmelerine bakıldığında birinci değerlendirmede 123.9 ± 25.2 , ikinci değerlendirme 136.0 ± 25.4 , üçüncü değerlendirme 146.5 ± 25.4 puanlarını alarak hastaların zamanla sağlıklı davranış geliştirdikleri görülmüştür ($p < 0.000$). Hastaların yaş-cinsiyet - eğitim durumu - medeni durumu - çalışma durumu - ilaç kullanma durumları açısından SYBD-II ölçeğinden aldıkları puanlar her değerlendirmede artış göstermiştir ($p < 0.000$). Hastaların, hastalık algısı ölçeğinin hastalık belirtisi alt boyutu incelendiğinde, hastaların ilk değerlendirmede aldıkları puan ortalaması 7.8 ± 3.2 iken bu puan ortalaması ikinci değerlendirmede 8.3 ± 2.9 , üçüncü değerlendirmede 8.8 ± 2.9 e yükselmiştir. Bu puanların zamanla yükselmesi hastanın hastalığa iştirak eden semptom sayısının yüksek olduğuna dair güçlü inancı olduğunu ortaya çıkarmaktadır ($p < 0.05$). Sonuçlar alt ölçeği

sırasıyla; 18.6 ± 3.3 – 18.7 ± 3.5 – 19.8 ± 3.9 olduğu, puan ortalamasının yüksek olması hastalığın negatif sonuçları olduğunu göstermiştir ($p<0.05$). Hastalığını anlayabilme alt ölçeğinden hastaların aldığı puanların sırasıyla; 15.8 ± 3.3 – 17.1 ± 3.2 – 16.9 ± 3.4 olduğu ve puan ortalamasının düşmesi kişisel anlaşılabilirliğini düşürmüştür ($p<0.05$).

Miyokard infarktüsü geçiren hastaların ilk üç aylık değerlendirmelerine bakıldığında; hastaların zamanla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artış olduğu saptanmıştır. Hastalık algılarının tedavi kontrolü ve kişisel kontrol algısında pozitif yönde inançlarının yükseldiği görülmüştür. Hastalar, hastalık nedeni olarak; en az kaza veya kötü şans olduğunu düşünmüşlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda; hastanın hastalığına uyumu kolaylaştırmak ve yaşam koşullarının optimal düzeye çıkmasını sağlamak amacıyla, hastalara eğitim programları düzenlenmeli ve bu hastaların takiplerinin hemşireler tarafından yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Miyokard İnfarktüsü, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Hastalık Algısı, Hemşirelik

ABSTRACT

THE FIRST THREE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS AND ILLNESS PERCEPTIONS OF THE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

Fatmaz Zehra KILIÇ

Department of Nursing, MSc Thesis

This study was conducted in order to reveal the first three healthy lifestyle behaviours and illness perceptions of the patients with myocardial infarction. The patients were included in the study for three months.

This descriptive and cross-sectional study was conducted with 112 patients undergoing myocardial infarction and coronary angiography in a hospital in Sanliurfa between November 2016 and August 2018. The data of the study were obtained by means of "Patient Information Form", "Healthy Lifestyle Behaviours Scale (HLB)" and "Illness Perception Scale (PS)". The obtained data were coded and analyzed through SPSS 16.0 package program. Descriptive statistics, Independent sample T test, one way Anova and Repeated Measure ANOVA test were used in the analysis of the data.

Considering the total score of the HLB scale, it has been found that the patients developed healthy behaviours over time with scores of 123.9 ± 25.2 on the first evaluation, 136.0 ± 25.4 on the second evaluation and 146.5 ± 25.4 on the third evaluation ($p < 0.000$). Patients' scores on the HLB scale for age-gender-educational status-marital status-working status-drug use status increased in each evaluation. When the disease symptom subscale of the patients was considered, the mean score of the patients in the initial assessment was 7.8 ± 3.2 , while this mean score increased to 8.3 ± 2.9 in the second evaluation and to 8.8 ± 2.9 in the third evaluation. The rise of these scores over time reveals that the patient has a strong belief that the number of symptoms associated with the disease is high ($p < 0.05$). The subscales the results were 18.6 ± 3.3 , 18.7 ± 3.5 and 19.8 ± 3.9 respectively, indicating that the high score average had negative results. From the subscale of understanding the illness, the scores of the

patients were 15.8 ± 3.3 , 17.1 ± 3.2 and 16.9 ± 3.4 , and a decrease in the mean score reduced comprehensiveness ($p < 0.05$).

Regarding the first 3-month evaluations of patients with myocardial infarction, it has been determined that there has been an increase in healthy lifestyle behaviours of the patients over time. In the perceptions of treatment control and personal control, the patients have been found to have positive beliefs. Patients are of the opinion that the causes of illnesses are least accident or bad luck. In the light of these findings; it has been concluded that patient education programs should be organized and patient follow-ups should be conducted by nurses in order to facilitate the patient's adaptation to the illnesses and to ensure optimal living conditions.

Keywords: Myocardial Infarction; Healthy Lifestyle Behaviours, Illness Perception; Nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada ve ülkemizde insanların yaşam süresinin uzadığı görülmektedir. Yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, dünya nüfusu hızla yaşlanmakta ve bunun paralelinde kronik hastalıklarda bir artış olmaktadır (1). Bireyleri tehdit eden en önemli kronik hastalıkların, kalp ve damar hastalıkları olduğu bildirilmektedir (2-5). Kalp ve damar hastalıklarından Miyokard İnfarktüsü (MI), dünya çapında her yıl 32,4 milyon insanda görülmektedir (2). Nüfusumuz geliştirmekte olan ülkelerdeki gibi genç yapıda iken, halkımızda koroner hastalık mortalitesinin, yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek olması, hem günümüz, hem gelecek için kaygı vermektedir (6). Ülkemizdeki 37 yaş ve üzeri yetişkin bireylerden, yılda 340 bin kişi koroner arter hastalığı sebebiyle hayatını kaybetmekte ve 400–420 bin kişi ise yeni koroner arter hastalığı tanısı almaktadır (7).

Miyokard infarktüsü ile oluşan koroner arter hastalığı (KAH), bireylerin aile yaşamını, sosyal ilişkilerini, çalışma hayatını, sosyal aktivitelerini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), etkin yaşam tarzı değişiklikleri ile MI gelişiminin %70 oranında azaltılabileceğini belirtmektedir (8). INTER-HEART çalışması geçirilen ilk miyokard infarktüsü sonrasında; kan şekeri, lipid düzeyi, kan basıncının sıkı kontrolü, sigaranın bırakılması, yeterli fiziksel aktivitenin sağlanması ve uygun diyet gibi sekonder koruma önerilerine uyulması halinde kardiyak mortalitenin %20-40 oranında azaltılabileceğini göstermektedir (9). Bu nedenle MI geçiren hastalarda kardiyak rehabilitasyon ve miyokard infarktüsü sonrası verilen eğitim çok önemlidir.

Miyokard infarktüsünde kardiyak rehabilitasyonun evreleri; hastane içi dönem, geçiş dönemi (yoğun bakım - servis - ev), ayaktan egzersiz programları ve bu evrelerde kazandıkları davranışları yaşamlarına uygulama evreleridir. Kardiyak rehabilitasyon, hasta uyumu ve geçiş süreleri ne kadar hızlı olur ise hastaların normal hayata ve işe dönüşleri de o kadar hızlı olmakta aynı zamanda sosyal hayata da motivasyonlarının kolay olduğu görülmektedir. İyi yönetilen kardiyak takip ve rehabilitasyon, hastaların hastanede yatışını, depresyon gelişimini, Akut Koroner Sendrom (AKS) tekrarlamasını

ve inmeyi azaltarak hastaların daha kaliteli bir yaşam sürmelerini ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) kazandıklarını göstermektedir (10). Yapılan araştırmalar, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanmasının hastalıkların meydana gelme sıklığını ve ölüm oranını düşürdüğünü göstermektedir (11-12).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişinin sağlıklı kalmak, hastalıklardan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar olarak adlandırılmaktadır (13-14). Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında kişinin kendi hastalık-sağlık algısı ve bunu davranışlarına yansıtmanın rolü büyüktür. Hastalık Algısı (HA), hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançlar ve hastalığın bilişsel görünümü olarak adlandırılır (15). MI geçiren hastalarda takip ve tedavinin düzenlenmesi ve kontrol altında tutulması, aynı zamanda hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, bu davranışları yaşamlarında uygulaması ve hastalık algısının pozitif yönde gelişmesinin sağlanması gerekmektedir. Ancak yapılan incelemelerde MI geçiren hastalarda kardiyak rehabilitasyonun ve hastaların bilgilendirme eğitimlerinin istenen ve beklenen düzeyde uygulanmadığı, birçok hastada bu takibin kısmen yapıldığı görülmektedir. Hastane kontrolü dışında, hastaların büyük bir oranında bu takip ve bilgilendirmenin düzenli bir şekilde yapılmadığı ve hastaların bilgi eksikliği yaşadığı görülmektedir (16-18). Bu dönemlerde hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak, hastanede geçirilen süreyi kısaltmak ve hastanın yaşam kalitesini artırmak için hasta bakımında ve tedavisinde yer alan hemşirelere önemli görevler düşmektedir.

Bu çerçevede hemşirelerin en büyük amacı, hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma ve hastalık algısında oluşacak olumlu yönde değişimi sağlamak, aynı zamanda bunlarla beraber bireylerin en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmaktır (19-22). Bu yüzden hemşireler, bu amaca hizmet etmek için öncelikle hastaların, hastalığının farklı evrelerine göre sağlık davranışlarını ve hastalık algılarındaki değişimi takip etmeli ve değerlendirmelidirler.

Araştırmanın amacı; yapılan literatür incelemesinde elde edilen bilgiler doğrultusunda, dünyada ve ülkemizde büyük bir artış gösteren, yüksek oranda mortalite ve morbidite sebebi olan Miyokard İnfarktüsü' nün, hastaların yaşamlarındaki etkisinin zamanla değişimini görmek amacıyla, hastalığın belirli dönemlerinde hastalar takip edilerek; Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda İlk Üç Aydaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalık Algısını ortaya çıkarmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı

Miyokard İnfarktüsü, kalbi besleyen koroner arterlerin tıkanmasına bağlı olarak kalp kasının yeterince kanlanmaması ve bunun sonucunda kalp dokusunda nekroz oluşmasıdır (23). Dünyada en yaygın damar tıkanıklığı ateroskleroz olarak bilinmektedir. Ateroskleroz, damar içerisinde plak oluşumuyla damarlarda sertliğe neden olan bir durumdur (23-24).

Kalbi besleyen, koroner arterlerin daralması veya tıkanması sonucu kalp kası, kan ve oksijen yönünden beslenemediğinden dolayı hasar görmektedir. Hasar gören kalp kası hücrelerinin bulunduğu bölge kasılma yeteneğini kaybetmektedir. Bu durum Miyokard İnfarktüsü' ne neden olmaktadır (24-25).

2.2. Miyokard İnfarktüsünün Patofizyolojisi

Miyokard İnfarktüsü, patolojide uzamış iskemiye bağlı miyokard hücresi ölümü olarak tanımlanır. Miyokard iskemisinin başlamasından sonra, histolojik hücre ölümü hemen görülmez, gelişmesi belirli bir vakit alır (26).

Post-mortem incelemede miyokard nekrozunun makroskopik veya mikroskopik olarak tanımlanabilmesi için birkaç saat gerektiği görülmektedir. Risk altındaki miyokard hücrelerinin tam nekrozu için en az 2-4 saat ya da iskemik bölgenin kollateral dolaşımına, ısrarcı veya geçici koroner arter tıkanıklığına, miyositlerin iskemiye karşı duyarlılığına, bireysel oksijen ve besin gereksinimine bağlı olarak, daha fazla süre gerektiği saptanmıştır (27). İnfarktüsün iyileşmesine kadar geçen sürecin tamamı genellikle 5-6 hafta sürmektedir (27, 28).

Miyokard hasarı kardiyak-Troponin (kTn) veya kreatin kinaz MB fraksiyonu (CKMB) gibi duyarlı ve özgül biyobelirteçlerin kandaki düzeyinin yüksekliği ile tespit edilmektedir (27, 29). Kardiyak Troponon (Tn) ölçümleri için kan örnekleri ilk değerlendirilmede alınmalı ve daha sonra 3-6 saat aralıklarında tekrar edilmelidir (30-31).

2.3. Miyokard İnfarktüsünün Prevelansı

Kardiyovasküler hastalıklar, dünya çapında mortalite ve morbiditenin majör nedeni olma yolunda gittikçe artan bir role sahiptir. Çalışmalar, tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında, %28.9' dan %36.3' e yükseleceğini göstermektedir (32).

Birleşik Devletler' de ve diğer gelişmiş ülkelerde aterosklerozdan daha fazla ölüme neden olan başka bir hastalık olmadığı görülmektedir (33). Koroner arter hastalığı, Amerika Birleşik Devletleri' ndeki kadın ve erkeklerin her ikisinde de tek başına en büyük mortalite ve morbidite nedeni olarak bilinmektedir (33-35). 2000 yılı itibariyle KAH öyküsü bulunan 13-14 milyon Amerikalı yetişkinin, 1.1 milyonunun yıl sonunda akut koroner olaya maruz kalması beklenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri' nde 2004 yılı itibariyle 25 milyondan fazla insan aterosklerozisin klinik sonuçlarından en az birine sahiptir (36). Amerika' da 1999 yılında koroner arter hastalığı ve felç olayları için sağlık harcamalarının maliyetinin yaklaşık olarak 150 milyon doları bulunduğu tespit edilmiştir (37).

Avrupa ülkelerinde, koroner kalp hastalığının yıllık mortalitesinin 45-74 yaş aralığında erkeklerde binde 2 ile 9, kadınlarda binde 0.6 ile 3 arasında değiştiği bildirilmiştir (37-38).

Türk Kardiyoloji Derneği' nin öncülüğünde 1990 yılından itibaren yürütülmekte olan TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışmasının 12 yıllık izlem verilerine göre, Türkiye' de 2.0 milyon koroner kalp hastasının bulunduğu ve yaklaşık 160 bin bireyin koroner kalp hastalığından öldüğü tahmin edilmektedir. Ülke genelinde yılda yaklaşık 260 bin civarında koroner olay meydana gelmekte, bunların fatal seyreden 85 bini çıkarılınca, 175 bin nonfatal koroner olaylı hasta tedaviye aday kalmaktadır. Bunların da dahil olduğu 2.0 milyon koroner hastadan yaklaşık 75- 80 bini ilaveten hayatını kaybetmektedir. Böylece toplam koroner kalp hastasının yılda 90-100 bin kadar arttığı görülmektedir (38).

2014 yılına ait TÜİK verileri incelendiğinde dolaşım sistemi hastalıkları ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. 2013 yılında 360.873 kişiden 143.084' ü yani %39,6' sı, 2014 yılında 375.291 kişiden 151.696' sı yani %40,4' ü dolaşım sistemi

hastalıklarından dolayı hayatını kaybetmiştir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri 2013 yılı (TEKHARF) çalışmasında nedeni bilinen ölümlerin %42.5'inin koroner kalp hastalığı kökenli olduğu bildirilmiştir (39). TEK HARF çalışması, erişkinlerimizde yıllık koroner kalp hastalığı mortalitesini erkeklerde binde 5.2, kadınlarda binde 3.2 olarak tespit etmiştir (39).

TEKHARF çalışması 2003 yılında, ülkemizde aynı yaş gurubunda koroner kalp hastalığı mortalitesini erkeklerde binde 8.5, kadınlarda binde 4.5 olarak belirlemiştir. Koroner mortalite açısından erkeklerde Letonya ve Estonya'dan sonra üçüncü sırada, kadınlarda ise birinci sırada yer almakta olduğumuz görülmektedir (38).

Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) geçiren hastaların, en kısa sürede tedavi altına alınmaları yaşamsal önem taşımaktadır. Son zamanlarda AMI tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen mortalite oldukça yüksektir. Miyokard İnfarktüsü'nden hemen sonraki saatlerde meydana gelen ölümler tüm ölümlerin yarısını oluşturmaktadır. AMI hem ölümcül bir hastalıktır hem de ruhsal bozukluklara yol açan önemli bir sağlık sorundur (40). Ruhsal rahatsızlıkların varlığı, yapılan tedaviyi olumsuz yönde etkileyerek tedavi süresini ve tedavi masraflarını arttırmaktadır. Bu anlamda tedavi sırasında hastalar için stres kaynaklı durumlarında ele alınıp tedavi edilmesi gerekmektedir (41).

2.4. Miyokard İnfarktüsü Sonrası Evreler

Miyokard infarktüsü, hastalığın iyileşme sürelerine göre evrelere ayrılmıştır. Bu evrelerde hastaların normal yaşamına geri dönebilmeleri ve hastalığa uyum sağlayabilmeleri için uygulanması gereken çeşitli kardiyak rehabilitasyonlar vardır. Kardiyak rehabilitasyonun evreleri; hastane içi dönem, geçiş dönemi (yoğun bakım-servis-ev), ayaktan egzersiz programları ve bu evrelerde kazandıkları davranışları yaşamlarına uygulama evreleridir.

Evre-I: Bu evre MI ya da AKS geçirmiş bir hastaya yoğun bakım ünitesindeki birinci günden başlar, hasta yoğun bakımdan normal servise geçtiğinde biter. Bu evrenin amaçları; hastayı hastalığı hakkında bilgilendirmek, anksiyetesini azaltmak ve erken fiziksel aktiviteyi sağlamaktır (42). Erken fiziksel aktivite, trombüs riskini azaltmakta, kas tonüsünü korumakta, ortostatik hipotansiyon riskini azaltmakta, eklem hareket

açıklığını sağlamaktadır (43). Rehabilitasyon çalışmalarının, fiziksel aktivite ile ilgili komponentinin içeriğinde, kendine bakım aktiviteleri, eklem hareket açıklığı, fleksibilite egzersizleri ve dinamik egzersizler bulunmaktadır. Bu fiziksel aktivitelere başlamadan önce mutlaka hastaya kardiyak risk değerlendirilmesi yapılmalı ve hastanın düşük, orta veya yüksek risk sınıflarından hangisinde olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmeye göre hastaya yapılacak fiziksel aktivitenin endike, kontrendike veya kısmi kontrendike olup olmadığı belirlenmeli ve hangi hastalara fiziksel aktivitenin değiştirilerek yapılacağına karar verilmelidir. Bu evrede fiziksel aktivitelerin hastaya özgü ve kademeli olarak artan bir program içermesi gerekmektedir. Ayrıca hastanın ve ailenin eğitimi, grup ve bireysel danışma seansları bu evrenin eğitim bileşeninin önemli unsurlarını oluşturmaktadır (42-43).

Evre-II: Bu evre hasta yoğun bakımdan servise geldiği günden başlar, hastaneden taburcu olunca biter. Miyokard İnfarktüsü veya AKS geçirmiş ve komplikasyonsuz hastalarda önceden hastanede kalış süresi ortalama 7-10 gün iken son yıllarda 3 güne kadar inmiş, ancak son yayınlarda bu sürenin 2 güne kadar indirilebileceği önerilmektedir. Bu evrenin amaçları; hastayı taburculuk sonrası döneme hazırlık, yaşam şekli ve risk faktörleri değişikliğinin en etkin hayata geçirilebilmesi sağlamaktır. Bu dönemde fiziksel aktivite süresi giderek artırılır, hastalar kendi bakım aktivitelerini, hafif ev işlerini ve eğlence türünden aktivitelerini yapabilmektedirler (44). MI sonrası dönemde hasta anksiyete, depresyon ve olumsuz davranışlar (önerileri reddetme, tedaviye uyumsuzluk gibi) ve karakter değişiklikleri gösterebilmektedir. Hastanın psikolojik durumu orta ve uzun dönem yaşam beklentisini olumsuz etkilemektedir (45). Genel aktivite önerileri, egzersiz reçetesi, diyet reçetesi, önemli belirti-bulgular ve bunlara yönelik uygun önlemlerin eğitimi bu evrede yapılmalı, ayrıca rehabilitasyon programına yönelik bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Hastanın evine geçmesi rehabilitasyonun en kritik aşamalarından biri olup, yaşam stili ve risk faktörleri ile ilgili değişikliklerin en etkin şekilde hayata geçirilebileceği aşamadır. İdeal olarak, hastaların bu evrede evden hastaneye belli sıklıkta gelerek, sağlık ekibi ile birebir görüşmek suretiyle, medikal sorunlar ve yaşam biçimi değişiklikleri ile ilgili danışmanlık hizmetleri alabilmesi gerekmektedir. Bu dönem hastalarda dispne ve göğüs ağrısı en sık görüldüğü dönem olduğundan yakın takip gerektirmektedir (43-45).

Evre-III: Hastanın hastaneden taburcu olduğu günlerde başlar, hastanın sosyal yaşama, iş ve aktivitelere döndüğü günde biter. Bu dönem kardiyovasküler dayanıklılığı artırma amacıyla yoğun aerobik egzersiz eğitiminin verildiği evre olup, hasta hastaneden çıktıktan 2-12 hafta sonra başlar. Bu dönemin amaçlarını; cinsel aktivite, araba kullanma, işe başlama ve egzersiz kapsamaktadır (46). Cinsel aktiviteye başlama süresi, genellikle egzersiz tolerans testinin değerlendirilmesinden sonra hekim tarafından açıklanır. Genellikle göğüs ağrısı veya nefes darlığı yaşamadan 2 kat merdiven çıkabilir durumda olanların güvenli bir şekilde cinsel aktivitede bulunmalarına izin verilebilir (47).

Evre-IV: Kardiyak rehabilitasyonun en önemli evresidir, önceki evrelerde kazanılan bilgi, kondüsyon ve sağlıklı yaşam tarzı ile ilgili alışkanlıkların, hasta tarafından idame ettirileceği, hekim kontrolü sıklığının azalacağı dönemdir. Hastanın tıbbi ihtiyacı ve bireysel sonuçlarına göre değişim göstermektedir. Ayrıca bu dönem hastada, minimal gözetimin yeterli olduğu egzersizlere devam edilen, risk faktörlerini azaltma girişimlerinin uzun dönem sürdürüldüğü aşama olarak bilinmektedir (48-50). Rutin aerobik egzersizler ihmal edildiği takdirde, egzersiz eğitimi ile sağlanmış olan kardiyovasküler dayanıklılık birkaç hafta içinde kaybolmaya başlayacaktır. Hastanın egzersiz eğitimi bitiminde gerçekleştirilecek olan Efor testinde gösterdiği performansı işe dönüş konusunda oldukça belirleyicidir. Yapılan birçok çalışma göstermiştir ki AKS geçiren hastalara (AKS ile kardiyak arrest olan hastalarda dahil) kardiyak rehabilitasyon ne kadar erken başlanır, uzun süre, düzenli ve yoğun uygulanırsa kardiyovasküler morbitite ve mortalite azalmasına o kadar katkı sağlamaktadır. AKS geçiren ve sol ventrikül sistolik fonksiyonları ileri derecede bozulan hastalarda dahi önemli ilerlemeler sağlanmıştır (51).

2.5. Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri

2.5.1. Yaş ve Cinsiyet

Miyokard infarktüsü ve koroner arter hastalığının görülme sıklığının, erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaş üzerinde arttığı görülmektedir. Koroner Arter Hastalığı' nın kadınlarda erkeklere göre 10 yıl daha geç başlamakta olduğu tespit edilmiştir. Yaşlanmayla birlikte KAH' ın mortalitesi de giderek artmaktadır (52).

2.5.2. Pozitif Aile Öyküsü

Miyokard infarktüsünün ailesel geçişi olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir ve pozitif aile öyküsü MI için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (53).

2.5.3. Kan Lipit Düzeyleri

a-Total Kolesterol ve LDL- Kolesterol: Plazma kolesterolünün %60-70' i LDL- kolesterol (LDL-K) fraksiyonu tarafından taşınmaktadır (54). Bilimsel çalışmalarda yaygın olarak total kolesterol yerine LDL-K ölçümlerine yer verildiği görülmektedir. Kolesterol düzeyi ile koroner olay riski arasındaki ilişki, diğer lipid risk faktörleri (özellikle HDL-kolesterol) ve lipid dışı risk faktörlerince oldukça değişmektedir. Klinik çalışmalar kolesterolü düşürmenin, koroner mortalite ve morbiditeyi azalttığını göstermiştir. Plazma Total Kolesterolü' nde ortalama %10' luk bir düşmenin, koroner olay riskinde ortalama %20' lik bir azalmaya yol açtığı tespit edilmiştir (55).

b-HDL-kolesterol: Plazma HDL-K düzeyi ile koroner olay gelişme riski arasında güçlü ters bir ilişkinin varlığı bilimsel çalışmalarda görülmektedir (56). Bu tersine ilişki hem erkekler hem de kadınlar için geçerli olup, koroner hastalarda da asemptomatik kişilerdeki kadar güçlüdür (57). Üretken çağıdaki kadınlar erkeklere göre ortalama olarak yaklaşık 8-12 mg/dl daha yüksek bir HDL- K düzeyine sahiptir. Bu fark, yaşla azalma eğilimi gösterse de, menopozdan sonra devam eder. Bu gerçek, kadınların koroner arter hastalığına karşı korunmuş olduğunu kısmen açıklar. Sigara, obezite ve fiziksel inaktivite plazma HDL-K' nü azaltır, bu risk faktörlerinin giderilmesi ise bu etkilerini tersine çevirir (58). Total ve LDL kolesterolün yüksek olması, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterolün düşük olması KAH için bağımsız risk faktörü olarak bilinmektedir (59). Total kolesterol ve LDL kolesterol düzeyi ne kadar yüksekse KAH riski o kadar fazla, ne kadar düşüğe KAH görülme riski o kadar az olduğu görülmektedir (60). Total kolesterolde %1' lik bir azalmanın koroner olaylarda %2' lik bir azalmaya neden olduğu görülmektedir. HDL kolesterol düzeyleri ile KAH görülme riski arasında ters bir ilişki vardır. HDL kolesterolün 65 mg/dl' nin üzerinde olması KAH gelişimi için negatif bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (61).

c-Trigliseridler (TG): Plazma TG düzeyinin KAH' ta bir risk faktörü olarak önemine ilişkin çelişkili yorumlar yapılmıştır (62). HDL-K düzeyleri TG düzeyleri ile ters yönde değişme eğilimi taşır (63). Yükselmiş olan plazma TG' leri ve TG' ten zengin lipoproteinler altta yatan bir bozukluğun işareti gibi görülmektedir. Bu duruma küçük, aterojenik, yoğun LDL-K partiküllerinin aşırı bir üretimi eşlik etmektedir (64). Epidemiyolojik çalışmalar, hipertrigliserideminin (plazma TG >150 mg/dl), 5' ten büyük TK/HDL-K oranına ve düşük HDL-K düzeylerine (erkeklerde< 40 mg/dl ve kadınlarda< 50mg/dl) eşlik etmesinin KAH riskinin habercisi olduğunu gösterir. Plazma TG düzeylerindeki artışa eşlik eden diğer metabolik değişikliklerde kardiyovasküler hastalık riskini olumsuz biçimde etkileyebilmektedir (65).

2.5.4. Hipertansiyon

Hipertansiyonun; beyin, kalp, çevresel damarlar ve böbrekleri etkileyen vasküler patolojilere neden olduğu görülmektedir (66-67). Spesifik organ hastalığı açısından, rölatif risk hastanın yaşı ve cinsiyetine göre değişiklik göstermektedir (68). Hipertansiyonun erken dönemlerinde, endotel disfonksiyonu ve endotele bağımlı vazodilatasyonda azalma yaptığı görülmektedir (69). Yüksek kan basıncı vasküler hücrelerde büyüme ve çoğalmayı uyarabilmektedir (70). Her yaştaki kadın ve erkeklerde sistolik kan basıncındaki her 10 mmHg' lık artış kardiyovasküler hastalık gelişme riskini yaklaşık %30 artırmaktadır (71). Randomize kontrollü çalışmalar, kan basıncının ilaçlarla düşürülmesinin daha sonraki kardiyovasküler hastalıkların morbidite ve mortaliteyi ciddi biçimde azalttığını göstermektedir. (72).

2.5.5.Sigara

Sigara içme alışkanlığı, Miyokard İnfarktüsü ve Koroner Arter Hastalığı için değiştirilebilir önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Sigara içiciliği ile ilgili ölümlerin %35-40' ını iskemik kalp hastalığı oluştururken, pasif içicilerde bu oranın %8 olduğu saptanmaktadır (73). Sigara içmeyenlere kıyasla günde 20 ya da daha fazla sigara içen bireyler koroner arter hastalığı için 2-3 kat artmış riske sahiptirler. Sigara içenler arasında kalp hastalığının görülme riski genç hastalarda daha yüksektir. Sigara, tüm önlenebilir ölümlerin %50' sinden sorumludur ve bunların yarısı kardiyovasküler hastalığa bağlıdır. Hem yüksek riskli hem de düşük riskli toplumlarda ateroskleroz ile

ilgili klinik durumlarda major risk faktörü olarak görülmektedir. Sigara içen sağlıklı gençlerde endotel vazodilatasyonda bozulmalar saptandığı görülmüştür(74).

2.5.6. Diabetüs Mellitüs

Diabetes mellitus, ateroskleroz ve kardiovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk faktörüdür. Diabetes mellitus, aterosklerozun hızını ve yaygınlığını arttırmaktadır. Diyabetik hastalarda ölümlerin %65-75' i makrovasküler komplikasyonlar nedeniyle olduğu görülmektedir. Diyabetik erkeklerde kardiovasküler hastalık sıklığı 2 kat, kadınlarda ise 3 kat artmaktadır (75).

2.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; kişinin sağlıklı kalmak, hastalıklardan korunmak ve hastalıklara yakalanmamak için gösterdiği davranışlar olarak adlandırılmaktadır (76-77). Sağlığı geliştirme; bireyin, ailenin, toplumun ve toplumu oluşturan toplum gruplarının var olan sağlık durumlarını geliştirmek ve iyilik düzeylerini artırmaya yönelik yapılan etkinlikleri olarak ifade edilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi konularını içine almaktadır. Hastalıklardan korunmada, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların benimsenmesi ve kullanılması şarttır. Sağlığı geliştirmede bireyin başarılı olabilmesi için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, beslenme davranışları, fiziksel aktivite, şiddet davranışları, cinsel davranışlar, sağlıksız kilo kontrolü, aile ile iletişim sorunları ve stres yönetimi gibi riskli davranışlardan uzak durması gerekmektedir. Bu davranışları kendi hayat görüşü olarak benimseyen ve yaşamının her noktasında uygulamaya çalışan birey, sağlıklı kalmayı başarabilmektedir (76).

Günümüzde, birçok sağlık sorununun; sağlığa ilişkin tutum ve davranışların olmayışı ve hareketsiz yaşamdan kaynaklandığı belirtilmektedir (76). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80' inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50' sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında kişinin kendi sağlık algısı ve bunu davranışlarına yansıtmanın rolü büyüktür. Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlık kalitelerinin %60' ının onların davranış ve yaşam stillerinden

kaynaklandığı belirtilmektedir (76-77). Ölüm nedenlerine bakıldığında ilk sıralarda kronik hastalıkların yer aldığı görülmektedir. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (78).

2.6.1. Miyokard İnfarktüsünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır (79). Hastalıklardan korunmada, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesinde sağlıklı geliştirici davranışların kullanılması temel oluşturmaktadır (80).

Miyokard infarktüsü genellikle, üretken yaş grubunda sık görülmesi ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları ile ciddi sorunlara yol açması, iş gücü kayıpları yaşanması, sonuçta getirdiği ekonomik yük ve yaşam kalitesine olan olumsuz etkisi nedeniyle önemli bir sağlık sorunu ve sosyal sorun olarak görülmektedir (81). MI sonrası hastalar fiziksel değişikliklerin yanında çeşitli stresörler ve psikososyal güçlükler yaşamaktadır (82). Miyokard infarktüsü geçiren bireylerde korku, kaygı, güçsüzlük, umutsuzluk, yalnızlık ve stres görüldüğü belirtilmektedir (83). Miyokard İnfarktüsü tedavisinde, temel amaç kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek, ayrıca hastanın yaşam şekli değişikliğine uyumunu sağlamaktır (84). Miyokard İnfarktüsü sonrası hastaların ilaçlarını kullanması, diyetlerini uygulaması, egzersiz yapması ve diğer yaşam şekli değişiklikleriyle ilgili sağlık önerilerini yerine getirmesi hastalığa uyumu göstermektedir. Uyumun artması, MI sonrası hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmelerini, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamalarını sağlayacaktır (85, 106-107). Miyokard infarktüsü sonrası hastaların çevreye etkili bir şekilde uyum sağlamasının temelinde kendi duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını yönetebilme yeteneğine sahip olmaları gelmektedir (86).

2.7. Hastalık Algısı

Hastalık algısı; hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançları ve hastalığın bilişsel görünümü olarak adlandırılır. Hastalık algısı süreci, hastalık hakkındaki fikirler ve algılarda değişimlere cevap olarak ortaya çıkan dinamik bir

süreçtir. Bireye bir hastalık tanısı konduğu zaman genellikle kendi durumu hakkındaki inançları ile organize bir model geliştirir. Bu da hastalığı yönetmede önemli bir belirleyici olarak bilinmektedir (87). Hastalık algısı modeli hastalığı yorumlama, baş etme ve değerlendirme aşamalarını içeren döngüsel bir süreç olarak kabul edilmektedir. Bu model hastalığa bağlı ortaya çıkan semptomlar hakkındaki inanışlar, hastalığın dönemleri ve beklenen süresi, algılanan sonuçları, hastalığın tedavi ve kontrol edilebilirliği ve olası nedenleri ile ilgili özel inançları ortaya koymaktadır (88).

2.8. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik; hasta bireyi bir bütün olarak ele almak, onunla bakım verici bir ilişki kurmak ve bu doğrultuda bilimsel temelli bir hizmet sunmaktır. Dolayısıyla hemşirelik yalnızca teknik işlemleri değil çok yönlü bakım sunmayı içermektedir (89-90). Hemşirelik bakımının temel hedefi; hasta bireyin hastalık algısının fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemesini sağlamaktır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)' ne göre hemşirelik, gerçek veya olası sağlık problemlerine kişinin tepkilerinin tanımlanması ve tedavisidir. Bu tanım hemşireliğin hareket alanının sağlık problemlerinin kendisi değil, sağlık problemlerine kişinin tepkileri olduğunu vurgulamaktadır (89-90). Literatürlerde hasta ve hemşire hastalıkla ilgili işbirliği içinde olduğunda hastalığın kontrolünün artacağı vurgulanmaktadır (91-92).

Akut miyokard infarktüsü geçiren hastaların yoğun bakım ünitesinden çıktıktan sonra hastalık ve koruyucu uygulamaların önemi hakkında bilgilendirilmesi, taburcu olduktan sonra evdeki aktivitelerinin derecesi ve planlanması, hastalığa ve tedaviye uyumu, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin (hekim, diyetisyen, fizyoterapist vb.) desteği ile sağlanır. Hemşirelik bakımında; hemşirenin verdiği eğitimdeki amaç, hastayı hastalığının yönetiminde sorumluluk alacak şekilde güçlendirmektir. Bunu sağlamak için hastanın gereksinimlerine uygun, zamanlaması ve içeriği iyi planlanmış bir eğitim programı büyük önem taşımaktadır (93). Hemşirelik mesleğinin; her zaman önemli bir parçası olan sağlık eğitimi, bireylerin normal aktivitelerine dönebilmeleri için en yaygın uygulanan ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanma, fonksiyonel kapasitenin artması ve bozukluğun giderilmesinde en etkili yöntemdir (94). Hasta/aile eğitiminin, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalığın tedavisi ve hastalığa uyum, bireyin sağlığı ile ilgili kararlarda etkin ve bağımsız olması, anksiyete ve gerginliğin

azaltılması, yeni hastalıklar ve komplikasyonların önlenmesi, erken taburculuğun gerçekleşmesi, tekrarlı yatışların engellenmesi, maliyetin azaltılması gibi birçok yararı vardır (95).

Bireyselleştirilmiş hasta eğitimi ve bakımında, hemşirelik sürecinin kullanılmasının uygulamada kolaylık sağladığı görülmektedir. Bu süreçte ilk adım; hasta ve ailenin eğitim gereksinimlerini ve problemlerini tespit etmek için veri toplama sürecidir. Sağlık eğitim gereksiniminin toplumdan topluma, yöreden yöreye, aileden aileye ve bireyden bireye değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Hasta/aile, o an için gereksinimi olan ve hemen kullanacağı bilgiyi almaya hazırdır. Bu süreçte hemşire farklı kaynaklardan bilgi toplar, bilgileri onaylar, kategorize eder ve özetler. Hastanın eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi için çeşitli kaynaklardan, hasta hikayesi, tıbbi kayıtlar ve hasta ailesi gibi çeşitli kaynaklardan yararlanılır (96-97).

İkinci adım; hasta eğitiminin planlanmasıdır. Başarılı hasta eğitimi, eğitim sürecinin amaçlarını ve eğitim içeriğini net bir şekilde açıklayan iyi oluşturulmuş plana bağlıdır. Bu planda öğrenme sürecini etkileyebilen yaş, cinsiyet, etnik durum, kültür yapısı, sosyoekonomik durum, görme veya işitme problemleri ve konuşma dili gibi hasta özelliklerinin dikkate alınması gerekmektedir. Özellikle yazılı materyal veriliyorsa hastanın okuma seviyesi önemlidir. Bu nedenle her hastanın bireysel özelliklerine göre plan geliştirilmesi gerekmektedir. Uzun ve kısa vadeli hedefler belirlenmeli, hedefe ulaşma durumu ve davranış değişikliği düzeyinin değerlendirilmesi için kriterlerin oluşturulması gerekmektedir (97).

Üçüncü adım; planlanan sağlık eğitiminin uygulanmasıdır. Bu adımda, toplanan veriler kullanılmaya ve hazırlanan plan uygulamaya konur. Eğitilecek olan bireyin etkin katılımının sağlanması, davranışların gerekliliğinin bireyler tarafından hissedilmesi için sebep-sonuç ilişkilerinden yararlanılması, ailede eğitilecek bireyin ruhsal, eğitimsel, deneyim ve hazır oluşluk düzeyinin dikkate alınması, soru sorulmasına olanak tanınması, sık sık geri bildirimlerle konunun anlaşılıp anlaşılmadığının kontrol edilmesi, uygunsa konunun bireye tekrarlatılması eğitim sürecinde uygulama aşamasının başarısını artırıcı faktörlerdir (96).

Sağlık eğitiminin uygulanması aşamasında dikkat edilmesi gereken diğer önemli konular; eğitim için uygun yer seçimi; uygun eğitim yönteminin seçilmesi; eğitim araç-gereçleri, uygun zaman seçimi ve uygun dil seçimini kapsamaktadır. Eğitimde farklı yöntemler kullanılabilir. Hasta ve ailenin öğrenme şekli ve içerik için uygun olan yöntemi seçmek eğitimin etkinliğinde çok önemlidir (97). Hastanın ilgisini çekecek iletişim araçlarının (anlatım, yazılı kaynaklar, fotoğraflar, hareketli resimler, poster, slayt, TV vb.) kullanılması önemlidir. Eğitimde iletişim araçlarının kullanımının, hastanın ilgisini artırarak, güdülenmeyi sağladığı, içeriği somutlaştırarak bilginin kalıcılığını sağladığı ve anlamayı kolaylaştırdığı görülmektedir (96-97).

Eğitilecek bireyin eğitim etkinliklerine katılımı açısından zaman önemlidir. Bu nedenle bireyle birlikte onun için en uygun zamanın seçilmesi gerekmektedir. Eğitim için 15 dakika veya daha kısa eğitim süresi tercih edilmeli ve eğitimler arasında önemli bilgileri tekrarlamak için ara verilmeli, açık uçlu soru sorarak ve gösteriler ile verilen bilgi sürekli olarak değerlendirilmelidir (96).

Son adım; sağlık eğitiminin değerlendirilmesi ve eğitim süreci ile devam etmektir. Eğitmciler, hasta eğitimi sonrası sürekli olarak, eğitimin amaçlarını karşılayıp karşılamadığını, bilginin gözden geçirilmesi ve açıklığa kavuşturulması gereken, anlaşılmayan noktaların olup olmadığını, eğitimdeki dökümanların eksikliklerinin ya da öğrenmeyi önleyen engellerin olup olmadığını değerlendirmelidir (96-98). Uzun vadeli değerlendirmede, bireylerin günlük yaşamlarında kazandırılmış olan davranışları kullanıp kullanmadıklarına bakmak gerekmektedir. Gereksinimden doğan sorunların ortadan kalkıp kalkmadığına ilişkin veriler toplanarak değerlendirilme yapılması önemlidir. Kazandırılan davranışlar kullanılmıyorsa bu durumun neden kaynaklandığına bakılıp eğitim sürecine devam edilmelidir (96).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu araştırmanın amacı; miyokard infarktüsü geçiren hastalarda ilk üç aydaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalık algılarını belirlemektir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Kasım 2016 - Ağustos 2018 tarihleri arasında yapılmış olup, çalışmanın verileri Kasım 2016 – Aralık 2017 tarihleri arasında Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Koroner Yoğun Bakım ünitesinde yatan, miyokard infarktüsü ile hastaneye gelen, koroner anjiyografi yapılan ve anjiyografi sonucu koroner arterlerine müdahade edilen tüm miyokard infarktüsü geçiren hastalar ile yapılmıştır. Bu hastane sosyo-demografik özellikleri yönünden çeşitlilik gösteren hastaların başvurduğu bir hastanedir. Bu kurumun tercih edilmesinde hasta çeşitliliğinin yanı sıra, hasta seçim kriterlerini karşılayabilecek yeterli sayıda hastanın hastaneye başvuru yapması etkili olmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2016- Aralık 2017 tarihleri arasında Miyokard İnfarktüsü geçiren örneklem kriterlerine uyan 400 hasta oluşturmaktadır.

Araştırmada örnekleme gidilmemiş olup evrenin tamamı alınmıştır ancak; araştırmanın örneklemini; örneklem kriterlerine uygun 112 hasta oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Koroner yoğun bakıma, Miyokard İnfarktüsü tanısı ile yatışı yapılan aynı zamanda koroner anjiyografiye alınan ve anjiyografi sonucu koroner arterlerine müdahade edilen,
- Antipsikotik ilaç kullanmayan,
- Önceden bilinen koroner arter hastalığı tanısı konmamış,
- Anjiyografi sonrası koroner by-pass kararı alınmamış,

- Bilinci açık akut dönemdeki koroner arter hastaları,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Araştırma verilerini elde edebilmek için iletişim problemi yaşamıyor ve kendini ifade edebiliyor olmak,
- İlk üç aylık dönemdeki takibi kabul etmek.

Kasım 2016 – Aralık2017 tarihleri arasında hastaneye MI tanısı ile başvuran 400 hasta oluşturmuştur. Bu hastalardan 68' inin örneklem kriterlerine uygun olmadığı, 42' sinin araştırmayı kabul etmediği, 68' inin Türkçe bilmediği, 32' sinin ilk değerlendirmede araştırmaya katılmaktan vazgeçtiği, 24' ünün ikinci değerlendirmede çalışmaya devam etmek istemediklerini, 25' inin de üçüncü değerlendirmede çalışmaya devam etmek istemediklerini ve 29' ununda anket formunu eksik doldurduğundan dolayı çalışma 112 hasta ile tamamlanmıştır. Örneklem evrenin %28' ini oluşturmaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından oluşturulan ‘‘Hasta Bilgi Formu’’, ‘‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği’’, ‘‘Hastalık Algısı Ölçeği’’ kullanılarak elde edilmiştir.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu (Hasta Bilgi Formu)

Bu form; araştırmacı tarafından oluşturulmuş, hastanın sosyo-demografik özellikleri ve sağlık durumu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır (EK 1).

Bireye ilişkin sosyo-demografik özellikler; cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, iş-meslek durumu, yaşantısının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer, kim ile birlikte yaşadığı, sosyal güvence ve gelir-gider durumu sorgulanmaktadır. Ayrıca yaşam şekli ile ilgili özellikler; sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu sorgulanmakta; sağlık durumu ile ilgili özellikler, kronik hastalıkları, özellikle diyabet ve hipertansiyon hastalıklarının varlığı, tedavi ve egzersiz ile ilgili özellikler; ilaçların düzenli kullanma durumu, diyet programına uyma durumu ve koroner arter hastalığına yönelik egzersiz yapma durumu ile ilgili soruları içermektedir.

3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – II Ölçeği

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, ilk defa 1987 yılında Pender ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır. Daha sonra Walker ve arkadaşları (1996) bu ölçeği güncelleyerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II (SYBD-II) olarak adlandırmışlardır. SYBD-II ölçeğinin, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ise Bahar ve arkadaşları (2008) yapmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, 52 maddeli ve 'hiçbir zaman', 'bazen', 'sık sık' ve 'düzenli olarak' seçeneklerini içeren 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek 'Sağlık Sorumluluğu', 'Fiziksel Aktivite', 'Beslenme', 'Manevi Gelişim', 'Kişilerarası İlişkiler' ve 'Stres Yönetimi' başlıkları altında altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan 208'dir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça, bireylerin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir (22) (EK 2).

3.4.3. Hastalık Algısı Ölçeği

Hastalık Algısı Ölçeği, 1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve ark. tarafından yenilenmiştir. Ölçeğin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Kocaman ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır (15). Hastalık Algısı Ölçeği; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri boyutlarını içermektedir.

Hastalık tipi boyutu; sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu; Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre

(akut/kronik) (1-5 ve 18 maddeleri), sonuçlar (6-11 maddeleri), kişisel kontrol (12-17 maddeleri), tedavi kontrolü (19-23 maddeleri), hastalığı anlayabilme (24-28 maddeleri), süre (döngüsel) (29-32 maddeleri) ve duygusal temsiller (33-38 maddeleri) olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır.

Hastalık nedenleri boyutu; hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri...) (1, 9-12, 17 maddeleri), risk etkenleri (kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma...) (2, 4, 6, 8, 13-15 maddeleri), bağışıklık (mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması) (3, 7, 18 maddeleri), kaza veya şansızlık (kaza, yaralanma, kötü talih) (5, 16 maddeleri).

Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.69-0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenirlik katsayılarının 0.25-0.72 arasında değiştiği saptanmıştır (15) (EK 3). Çalışmamızda alfa katsayısı hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.66 ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenirlik katsayısı 0.54 olarak saptanmıştır.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunun anlaşılabilirliğinin ve araştırmanın uygulama sürecinin işleyişinin değerlendirilmesi amacıyla, Soru Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği ile 15-28 Ekim 2016 tarihinde Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma

Hastanesi' nde koroner yoğun bakımda yatan Miyokard İnfarktüsü geçirmiş, koroner anjiyografi yapılmış ve koroner arterlerinden birine müdahale edilmiş olan 15 hasta ile yüz-yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Uygulama sonrası veri toplama formunda herhangi bir değişiklik yapılmamış olup bu 15 kişi araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmaya alınacak her hastaya işlem öncesi bilgi verilmiştir. Hastaların değerlendirmesi şu şekilde yapılmıştır;

-Birinci değerlendirme, Miyokard İnfarktüsünün 2. Evresi olan hastaneden taburcu olmaya karar verildiği zaman, taburcu olmadan bir gün önce,

-İkinci değerlendirme, Miyokard İnfarktüsünün 3. Evresi olan hasta taburcu olduktan sonraki 4. -5. haftalarda,

-Üçüncü değerlendirme ise, Miyokard İnfarktüsünün 4. Evresi olarak başlayan 3. ayın sonunda hastalara uygulanmıştır.

İlk değerlendirmede, Anket Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları – II Ölçeği Formu Ve Hastalık Algısı Ölçeği Formu doldurulmuştur, 2. Ve 3. Değerlendirmelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları - II Ölçeği Formu Ve Hastalık Algısı Ölçeği Formu doldurulmuştur. Araştırma verileri tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler de dahil olmak üzere lise ve üzeri eğitim alan 32 hasta tarafından kendi istekleri üzerine kendileri tarafından ve diğer 80 hastaya ait veriler ise birebir görüşme ile ilk değerlendirmede hasta odalarında uygulanarak, 2. ve 3. değerlendirmelerde ev ve işyeri ziyareti yapılarak kendi yaşam ortamlarında araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Veri toplama araçlarının uygulanması araştırmacı tarafından birebir görüşme ile uygulanan hastalar için ortalama 20 - 25 dakika sürmüştür.

Araştırmacı, akut evredeki veri toplamasını çalıştığı vardiyada ve boş zamanlarında belirtilen hastanede ve klinikte, ikinci ve üçüncü değerlendirme dönemlerinde ise hastalara ev ve işyeri ziyareti yaparak uygulamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma 112 hastaya ulaşılmaması ile sonlandırılmıştır. Araştırma verilerinin bilgisayar ortamına aktarılması araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Tanıtıcı Bilgiler Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeklerinden elde edilen veriler SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programında kodlanarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), bağımsız örneklem T testi (independent sample T testi), tek yönlü varyans analizi (one way Anova) ve tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (repeated measure Anova) testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Hastalık Algısı ölçeklerinden elde edilen 1.- 2.- 3. değerlendirme puanlardır, **bağımsız değişkenler** ise kişisel özellikler ve hastalık ile ilgili özelliklerdir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için araştırmanın yapılacağı kurumdan resmi izin (EK4), araştırmaya katılan hastaların 62' sinden imza vermek istemedikleri için sözlü, 50' sinden de yazılı izin alınmıştır (EK-5). Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Harran Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve "05/10/2016" tarihli "74059997.050.01.04/172" etik komisyon onayı alınmıştır (EK-6).

Ayrıca kullanılan ölçekler için ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışmasını yapan çalışmacılardan e-mail ile izin alınmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları - II Ölçeği izni EK-7' de, Hastalık Algısı Ölçeği izni EK-8' de gösterilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=112)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Yaş		
Yaş ortalaması 51.9±8.4		
50 yaş ve altı	44	39.3
50 yaş üzeri	68	60.7
Cinsiyet		
Kadın	41	36.6
Erkek	71	63.4
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil ve Okur-Yazar	42	37.5
İlkokul ve Ortaokul	38	33.9
Lise ve Üzeri	32	28.6
BKİ		
BKİ Ortalaması 27.7±2.8		
20-25 Normal Kilo	17	15.2
25 Ve Üzeri (Obez)	95	84.8
Medeni Durum		
Evli	94	83.9
Bekar	18	16.1
İş-Meslek Durumu		
Memur	19	17.0
İşçi	15	13.4
Serbest Meslek	32	28.6
Ev Hanımı, Emekli	46	41.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	66	58.9
Çalışmıyorum	46	41.1
Aylık Gelir		
Gelir Giderden Az	61	54.5
Gelir Gidere Eşit	38	33.9
Gelir Giderden Fazla	13	11.6

Tablo 4.1.' de çalışmaya alınan hasta bireylerin sosyo - demografik özellikleri yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 51.9 ± 8.4 ' tür. Hastaların %60.7' sinin 50 yaş üzeri, %63.4' ünün erkek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumları incelendiğinde hastaların %28.6' sının lise ve üzeri eğitim aldığı tespit edilmiştir. Katılımcıların beden kitle indeksi ortalamalarının 27.7 ± 2.8 olduğu hesaplanmıştır. Hastaların %83.9' u evli, %46' sı ev hanımı veya emekli, %58.9' u çalışıyor, %54.5' inin gelirinin giderinden az olduğu görülmüştür. Hastaların %82.1' inin hayatının büyük kısmını şehirde geçirdiği, %73.2' sinin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı ve %94.6' sının sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Sağlık Durumları (n=112)

Değişkenler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Sigara Kullanımı		
Evet	24	21.4
Hayır	70	62.5
Bıraktım	18	16.1
Başka hastalık varlığı		
Hastalık Yok	55	49.1
Hastalık var	57	50.9
Diyete Uyuma		
Her Zaman	12	10.7
Çoğu Zaman	54	48.2
Bazen	37	33.0
Hiçbir Zaman	9	8.0
Düzenli İlaç Kullanımı		
Kullanıyorum	56	50.0
Kullanmıyorum	56	50.0

Tablo 4.2.' de hastaların sağlık durumları ile ilgili bulgular verilmiştir. Katılımcıların %21.4' ü sigara kullanmaktadır. Hastaların %50.9' unda kronik hastalık olduğu saptanmıştır. Bu kronik hastalıklardan; hastaların %66.6' sında hipertansiyon, %12.3' ünde DM, %21.1' inde DM+HT olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %50' si ilaç kullandığını ifade etmiştir. Çalışmaya alınan hastalardan %48.2' sinin çoğu zaman diyetine dikkat ettiği, %3.6' sının bir egzersiz programı uyguladığı belirtilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların SYBD- II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

SYBD Alt Boyutları	İlk	İkinci	Üçüncü	F	p
	Değerlendirme	Değerlendirme	Değerlendirme	Değeri	Değeri
	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	F	p
Kişiler Arası İletişim	21.6 ± 5.5	23.9 ± 5.2	26.2 ± 5.0	78.259	0.000
Beslenme	20.4 ± 5.1	22.3 ± 4.9	23.6 ± 4.5	40.583	0.000
Sağlık Sorumluluğu	21.7 ± 4.8	23.6 ± 4.7	25.6 ± 5.1	53.789	0.000
Fiziksel Aktivite	17.0 ± 5.3	19.1 ± 4.8	20.1 ± 4.7	40.210	0.000
Stres Yönetimi	19.0 ± 4.1	21.1 ± 4.4	22.9 ± 4.4	61.183	0.000
Manevi Gelişim	24.0 ± 4.5	25.8 ± 5.0	27.8 ± 5.3	55.390	0.000
TOPLAM PUAN	123.9 ± 25.2	136.0 ± 25.4	146.5 ± 25.4	89.540	0.000

Tablo 4.3' te hastaların ilk üç aylık takibinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları -II Ölçeğinden aldıkları toplam puan ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puan değerlendirmelerine bakıldığında; ilk değerlendirme puan ortalaması 123.9±25.2, ikinci değerlendirme 136.0±25.4, üçüncü değerlendirme puan ortalamasının 146.5±25.4' e yükselmiştir. Değerlendirmeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.01).

Kişiler arası iletişim alt boyutundan hastaların, birinci değerlendirmede aldıkları puan ortalaması 21.6±5.5 iken, bu puan ortalaması ikinci değerlendirmede 23.9±5.2, üçüncü değerlendirmede 26.2±5.0' e yükselmiştir. Bu değişkenler arasındaki istatistiksel fark anlamlı çıkmıştır (p<0.01) .

Beslenme alt boyutuna bakıldığında, hastaların sırasıyla aldıkları puan ortalamasının 20.4±5.1 – 22.3±4.9–23.6±4.5 olduğu hesaplanmıştır. Bu değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (p<0.01).

Sağlık sorumluluğu alt boyutunda hastaların ilk değerlendirmede aldıkları puan ortalaması 21.7 ± 4.8 iken, bu puan ortalaması ikinci değerlendirmede 23.6 ± 4.7 , üçüncü değerlendirmede 25.6 ± 5.1 ' e yükselmiştir ($p<0.01$).

Fiziksel aktivite alt boyutu incelendiğinde yapılan değerlendirmelerden hastaların aldıkları puanlar sırasıyla; 17.0 ± 5.3 – 19.1 ± 4.8 – 20.1 ± 4.7 şeklindedir. Bu değerlendirme sonuçlarına bakıldığında değerlendirmeler istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($p<0.01$).

Stres yönetimi alt boyutuna bakıldığında, hastaların yapılan değerlendirmelerde aldığı puanların sırasıyla 19.0 ± 4.1 – 21.1 ± 4.4 – 22.9 ± 4.4 olduğu saptanmıştır ($p <0.01$).

Manevi gelişim alt boyutu ise, hastaların ilk değerlendirmede aldıkları puan ortalaması 24.0 ± 4.5 iken, bu puan ortalaması ikinci değerlendirmede 25.8 ± 5.0 , üçüncü değerlendirmede 27.8 ± 5.3 'e yükselmiştir. Değerlendirmeler arasında istatistiksel fark anlamlı çıkmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.4. Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Boyutları	İlk Değerlendirme		İkinci Değerlendirme		Üçüncü Değerlendirme		P değeri
	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	Ort ± ss	F değeri	P	
1.Hastalık Belirtisi	7.8 ± 3.2	8.3 ± 2.9	8.8 ± 2.9	10.041	0.000		
2.Hastalık Hakkındaki Görüşleri							
Süre (akut/kronik)	18.5±3.0	18.2±2.8	17.9±2.8	3.644	0.028		
Sonuçlar	18.6 ±3.3	18.7±3.5	19.8±3.9	8.962	0.000		
Kişisel kontrol	18.8± 3.0	19.4±3.2	20.0±3.6	6.900	0.001		
Tedavi kontrolü	16.0±2.9	16.4±3.0	17.2±3.1	9.604	0.000		
Hastalığı anlayabilme	15.8±3.3	17.1±3.2	16.9±3.4	11.148	0.000		
Süre (döngüsel)	11.6± 3.0	12.0±2.8	13.3±2.9	23.536	0.000		
Duygusal Temsiller	18.2±3.3	15.7±3.9	18.9±3.5	29.612	0.000		
3.Hastalık Nedenleri							
Psikolojik Atıflar	19.3±4.6	19.7± 4.9	21.6 ± 5.2	27.182	0.000		
Risk Faktörleri	21.1±4.1	21.5± 3.7	23.3 ± 4.3	21.961	0.000		
Bağıklık	8.8 ± 2.5	9.0 ± 2.4	9.6 ± 2.1	9.586	0.000		
Kaza Veya Kötü Şans	4.5 ± 1.9	4.8 ± 1.8	4.8 ± 1.9	2.696	0.070		

Tablo 4.4.' te hastaların ilk üç aylık takibinde; hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir.

Ölçeğin hastalık belirtisi alt boyutu incelendiğinde, hastaların ilk değerlendirmede aldıkları puan ortalaması 7.8 ± 3.2 iken, bu puan ortalaması ikinci değerlendirmede 8.3 ± 2.9 , üçüncü değerlendirmede 8.8 ± 2.9 ' e yükselmiştir. Hastalık belirtileri alt boyutunda değerlendirmeler arasında istatistiksel fark anlamlı çıkmıştır ($p < 0.01$).

Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri boyutu incelendiğinde alt ölçeklerinin değerlendirmeleri şu şekildedir;

Süre (Akut/kronik) alt ölçeğine bakıldığında hastaların yapılan değerlendirmelerde aldığı puanların sırasıyla; $18.5 \pm 3.0 - 18.2 \pm 2.8 - 17.9 \pm 2.8$ olduğu saptanmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuçlar alt ölçeğinden hastaların aldıkları puanların sırasıyla; $18.6 \pm 3.3 - 18.7 \pm 3.5 - 19.8 \pm 3.9$ olduğu saptanmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$).

Kişisel kontrol alt ölçeğinde ise, hastaların aldığı puanların sırasıyla $18.8 \pm 3.0 - 19.4 \pm 3.2 - 20.0 \pm 3.6$ olduğu saptanmıştır. Değişkenler arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ($p < 0.01$).

Tedavi kontrolü alt ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; hastaların aldığı puanların sırasıyla; $18.8 \pm 3.0 - 19.4 \pm 3.2 - 20.0 \pm 3.6$ şeklinde olduğu görülmüştür ($p < 0.01$).

Hastalığını anlayabilme alt ölçeğinden hastaların ikinci değerlendirme puan ortalamasının yükseldiği, üçüncü değerlendirmede ise puan ortalamasının düştüğü saptanmıştır ($15.8 \pm 3.3 - 17.1 \pm 3.2 - 16.9 \pm 3.4$). Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$).

Süre (döngüsel) alt ölçeğine bakıldığında hastaların yapılan değerlendirmelerden aldıkları puanların sırasıyla; $11.6 \pm 3.0 - 12.0 \pm 2.8 - 13.3 \pm 2.9$ olduğu saptanmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel fark anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$).

Duygusal temsiller alt ölçeğinde; hastaların yapılan değerlendirmelerde aldığı puanların sırasıyla; birinci değerlendirmede 18.2 ± 3.3 , ikinci değerlendirmede 15.7 ± 3.9 ,

üçüncü değerlendirmede 18.9 ± 3.5 olduğu bulunmuştur. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Hastalık nedenleri boyutunun; alt boyutları olan psikolojik atıflar ve risk faktörleri puan ortalamalarının zamanla daha fazla yükseldiği görülmüştür (psikolojik atıflar; $19.3 \pm 4.6 - 19.7\pm 4.9 - 21.6\pm 5.2$ risk faktörleri; $21.1\pm 4.1 - 21.5\pm 3.7 - 23.3\pm 4.3$). Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İlk Üç Aylık Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları - II Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Sosyo-Dem. Özellikler	SYBD TopP1		SYBD TopP2		SYBD TopP3	p
Cinsiyet						
Kadın	120.0±25.2		132.4±26.5		144.3±23.4	0.000
Erkek	126.1±25.1		138.0±24.8		147.8±26.5	0.000
	p=0.000		p=0.000		p=0.000	
Yaş						
50 yaş ve altı	123.8±26.3	0.000	141.1±25.9	0.000	151.4±26.8	0.000
50 yaş üzeri	123.9±24.7	0.000	132.7±24.8	0.000	143.4±24.0	0.000
	p=0.000		p=0.000		p=0.000	
M edeni durum						
Evli	121.7±25.2	0.000	135.2±23.7	0.000	147.5±24.2	0.000
Bekar	135.5±22.5	0.000	139.8±33.6	0.000	141.5±31.2	0.000
	p=0.000		p=0.000		p=0.000	
Sigara kullanımı						
Evet	124.0±27.5	0.000	136.1±27.6	0.000	145.5±27.5	0.000
Hayır	125.4±23.5	0.000	136.5±25.5	0.000	146.9±25.7	0.000
Bıraktım	118.0±28.9	0.000	133.9±23.6	0.000	146.5±22.0	0.000
	p=0.000		p=0.000		p=0.000	
Eğitim durumu						
Okur-Yazar	116.5±25,0	0.000	128.5±26.8	0.000	138.3±25.2	0.000
Değil/Okur-Yazar						
İlkokul ve Ortaokul	122.8±25,8	0.000	132.7±24.2	0.000	143.6±25.0	0.000
Lise ve Üzeri	134.9±21.3	0.000	149.8±19.7	0.000	160.8±20.1	0.000
	p=0.000		p=0.000		p=0.000	
Çalışma durumu						
Çalışıyorum	125.5±24.9	0.000	139.3±23,2	0.000	151.1±24.9	0.000
Çalışmıyorum	121.6±25.7	0.000	131.3±28.0	0.000	140.0±24.9	0.000
	p=0.000		p=0.000		p=0.000	
Düzenli İlaç Kullanımı						
Kullanıyorum	127.9±25.8	0.000	142.9±25.4	0.000	151.6±25.8	0.000
Kullanmıyorum	119.9±24.1	0.000	129.9±23.7	0.000	141.6±24.1	0.000
	p=0.000		p=0.000		p=0.000	

Tablo 4.5.' te hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ilk üç aylık Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları - II Ölçeğin' den aldıkları puan ortalamaları verilmiştir.

MI geçiren hastaların, cinsiyetlerine göre ilk üç aylık sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde; kadınların birinci değerlendirmede 120.0±25.2, ikinci

değerlendirmede 132.4 ± 26.5 , üçüncü değerlendirmede 144.3 ± 23.4 puanı aldıkları; erkeklerin birinci değerlendirmede 126.1 ± 25.1 , ikinci değerlendirmede 138.0 ± 24.8 , üçüncü değerlendirmede 147.8 ± 26.5 puanı aldıkları görülmektedir. Her iki cinsiyette de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden aldıkları toplam puanların zamanla artış gösterdiği saptanmıştır. Değerlendirmeler arasında kadında ve erkekte istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca cinsiyetler arasında karşılaştırma yapıldığında birinci değerlendirmede kadınlar 120.0 ± 25.2 , erkekler ise 126.1 ± 25.1 , aldığı ve aralarında istatistiksel farkın anlamlı çıktığı görülmüştür ($p < 0.05$). İkinci ve üçüncü değerlendirmede erkeklerin daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir. ($p < 0.05$).

Yaş gurupları incelendiğinde; 50 yaş altı bireylerin sırasıyla değerlendirmelerden aldıkları puanlar; 123.8 ± 26.3 – 141.1 ± 25.9 – 151.4 ± 26.8 , 50 yaş üstü hastaların sırasıyla 123.9 ± 24.7 – 132.7 ± 24.8 – 143.4 ± 24.0 puanları aldıkları saptanmıştır. SYBD-II ölçeğinin puan ortalamalarının zamanla artış gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca değerlendirmeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmektedir ($p < 0.05$). Aynı zamanda; yaş gurupları kendi arasında incelendiğinde 50 yaş altı ve üstü hastalarda SYBD ölçeğinin puan ortalamalarının zamanla artış gösterdiği saptanmıştır, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Hastaların medeni durumlarına bakıldığında; evli bireylerin aldıkları puanlar 121.7 ± 25.2 – 135.2 ± 23.7 – 147.5 ± 24.2 ' dir. Bekar bireylerde zaman içerisinde SYBD ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları 135.5 ± 22.5 – 139.8 ± 33.6 – 141.5 ± 31.2 hesaplanmıştır. Evli ve bekar bireylerde değerlendirmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Evli ve bekar bireyler arasındaki değerlendirmeye bakıldığında evli bireylerde puan ortalaması daha yüksek çıkmıştır, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$).

Bireylerde sigara kullanımı incelendiğinde, sigara kullanan bireylerde; birinci değerlendirme 124.0 ± 27.5 , ikinci değerlendirme 136.1 ± 27.6 , üçüncü değerlendirme 145.5 ± 27.5 , sigara kullanmayanlarda; birinci değerlendirme 125.4 ± 23.5 , ikinci değerlendirme 136.5 ± 25.5 , üçüncü değerlendirme 146.9 ± 25.7 , sigarayı bırakanların; birinci değerlendirme 118.0 ± 28.9 , ikinci değerlendirme 133.9 ± 23.6 , üçüncü değerlendirme 146.5 ± 22.0 puanlarını aldıkları saptanmıştır. Yapılan istatistiksel

analizde her gurup için değerlendirmeler arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, lise ve üzeri eğitim alan hastaların sırasıyla değerlendirmelerden; 134.9 ± 21.3 – 149.8 ± 19.7 – 160.8 ± 20.1 , ilkokul-ortaokul düzeyi eğitim alan bireyler 122.8 ± 25.8 – 132.7 ± 24.2 – 143.6 ± 25.0 puanlarını aldıkları görülmüştür. En çok yükseliş gösteren hasta grubu lise ve üzeri eğitim alan kesim olarak saptanmıştır, üçüncü değerlendirmede en yüksek puanı bu gurup almıştır. Her grup için yapılan değerlendirmeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ayrıca eğitim durumları arasında SYBD leğinden aldıkları puanlar zamanla yükseliş göstermektedir ve eğitim durumları arasında istatistiksel ilişkide anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Bireylerin alışma durumları incelendiğinde, çalışanların sırasıyla değerlendirmelerden; 125.5 ± 24.9 – 139.3 ± 23.2 – 151.1 ± 24.9 , çalışmayan bireylerin ise 121.6 ± 25.7 – 131.3 ± 28.0 – 140.0 ± 24.9 puanlarını aldıkları görülmüştür. Değerlendirmeler incelendiğinde her grup için yapılan değerlendirme arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Çalışma durumları incelendiğinde, çalışan ve çalışmayan gurup arasında istatistiksel ilişkide anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hastaların ilaç kullanımlarına bakıldığında, puan ortalamaları düzenli ilaç kullananlarda sırasıyla 127.9 ± 25.8 – 142.9 ± 25.4 – 151.6 ± 25.8 , kullanmayan bireylerin 119.9 ± 24.1 – 129.9 ± 23.7 – 141.6 ± 24.1 puanlarını aldıkları görülmüştür. alışan grup için ve çalışmayan grup için değerlendirmeler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.005$).

Tablo 4.6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İlk Üç Aylık Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Nedenleri Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamaları

Sosyo-Dem. Veriler	Hastalık Belirtisi 1	Hastalık Belirtisi 2	Hastalık Belirtisi 3	p Değeri
Cinsiyet				
Kadın	7.8±3.5	8.8±2.9	9.3±2.6	0.000
Erkek	7.8±3.0	8.0±2.9	8.4±3.0	0.000
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	
Yaş				
50 yaş ve altı	8.0±3.0	8.8±2.7	9.2±2.6	0.000
50 yaş üzeri	7.7±3.3	8.0±3.0	8.5±3.1	0.000
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	
M edeni dur.				
Evli	8.0±3.2	8.5±3.0	8.9±3.0	0.000
Bekar	6.8±3.1	7.4±2.4	8.2±2.7	0.000
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	
Sigara kul.				
Evet	8.5±2.3	8.2±3.2	8.4±3.0	0.000
Hayır	7.6±3.2	8.5±2.7	9.0±2.6	0.000
Bıraktım	7.8±3.9	7.9±3.5	8.2±3.8	0.000
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	
Eğitim dur.				
Okur-Yazar Değil / Okur - Yazar	7.5±3.6	8.3±3.2	8.9±3.0	0.000
İlkokul ve Ortaokul	8.1±3.1	8.1±2.9	8.5±2.9	0.000
Lise ve Üzeri	8.0±2.6	8.5±2.5	8.9±2.9	0.000
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	
Çalışma dur.				
Çalışıyorum	7.8±3.1	8.2±3.0	8.6±3.0	0.000
Çalışmıyorum	7.8±3.3	8.5±2.9	9.0±2.8	0.000
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	
Düzenli İlaç Kul.				
Kullanıyorum	7.8±3.4	8.3±2.8	8.6±2.8	0.000
Kullanmıyorum	7.9±3.0	8.3±3.0	8.9±3.1	0.000
	p=0.000	p=0.000	p=0.000	

Tablo 4.6.' da hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ilk üç aylık hastalık algısı ölçeğinin hastalık nedenleri alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları verilmiştir.

Cinsiyet ve HA ölçeğinin hastalık nedenleri alt boyutu karşılaştırıldığında puan ortalamasının kadınlarda sırasıyla; 7.8±3.5 – 8.8±2.9 – 9.3±2.6, erkeklerde 7.8±3.0 – 8.0±2.9 – 8.4±3.0 olarak zamanla yükseldiği görülmektedir. Çalışmalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır (p=0.000).

Yaş ve HA ölçeğinin hastalık nedenleri alt boyutu karşılaştırıldığında 50 yaş altı bireylerin puan ortalamaları sırasıyla 8.0 ± 3.0 – 8.8 ± 2.7 – 9.2 ± 2.6 ’ dir. 50 yaş üstü bireylerde sırasıyla 7.7 ± 3.3 – 8.0 ± 3.0 – 8.5 ± 3.1 olarak saptanmıştır. Analizler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($p=0.000$) .

Medeni durum değerlendirmesine bakıldığında evli bireyler birinci değerlendirmede 8.0 ± 3.2 , ikinci değerlendirmede 8.5 ± 3.0 , üçüncü değerlendirmede 8.9 ± 3.0 ; dul bireyler birinci değerlendirmede 6.8 ± 3.1 , ikinci değerlendirmede 7.4 ± 2.4 , üçüncü değerlendirmede 8.2 ± 2.7 puanlarını almışlardır. Yapılan istatistiksel analizde değerlendirmeler arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır ($p=0.000$).

Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İlk Üç Aylık Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Hakındaki Görüşleri Alt Boyutundan Aldıkları Puan Ortalamaları

Sosyo-Dem. Veriler	Süre (Akut/Kronik)			Sonuçlar			Kişisel Kontrol			Duygusal Temsiller					
	1. Değ.	2. Değ.	3. Değ.	1. Değ.	2. Değ.	3. Değ.	1. Değ.	2. Değ.	3. Değ.	1. Değ.	2. Değ.	3. Değ.			
Cinsiyet															
Kadın	18,2±2,0	17,9±2,4	17,5±2,5	18,9±3,4	18,9±3,2	20,2±3,4	P=0,000	19,5±2,8	19,0±2,9	20,3±3,2	P=0,000	18,1±3,1	15,3±3,8	19,3±3,5	P=0,000
Erkek	18,7±3,4	18,4±3,0	18,1±3,0	18,5±3,3	18,6±3,8	19,5±4,1	P=0,000	18,5±3,1	19,6±3,3	19,9±3,8	P=0,000	18,2±3,4	16,0±3,9	18,7±1,6	P=0,000
Yaş															
50 yaş ve altı	18,4±3,0	18,1±2,9	18,1±2,6	19,4±2,9	19,3±3,3	20,2±3,8	P=0,000	18,7±3,2	19,3±3,1	20,0±3,5	P=0,000	17,7±3,3	16,5±3,9	18,6±3,5	P=0,000
50 yaş üzeri	18,1±2,9	18,3±2,8	17,7±3,0	18,2±3,5	18,3±3,7	19,5±4,0	P=0,000	18,9±3,4	19,5±3,2	20,0±3,7	P=0,000	18,5±3,2	15,2±3,8	19,1±3,5	P=0,000
M edeni Dur.															
Evlü	18,6±2,9	18,3±2,6	18,0±2,9	18,5±3,3	18,9±3,6	19,7±4,0	P=0,000	18,9±3,1	19,6±3,1	20,3±3,6	P=0,000	17,9±3,2	15,7±3,7	19,2±3,5	P=0,000
Bekar	18,0±3,6	17,6±3,8	17,1±2,7	19,5±3,1	17,6±3,3	20,1±3,4	P=0,000	18,5±2,9	18,1±3,3	18,7±2,9	P=0,000	19,8±3,3	15,9±4,6	17,6±3,5	P=0,000
Eğitim Durumu															
Okur-Yazar	18,3±2,2	18,1±2,4	17,6±2,6	18,2±3,4	18,3±3,4	19,3±3,3	P=0,000	18,6±2,9	18,5±2,9	18,4±3,1	P=0,000	18,3±3,3	14,6±3,6	18,8±3,6	P=0,000
Değil / Okur - Yazar															
İlkokul ve Ortaokul	18,8±3,7	18,7±3,6	17,8±3,2	18,6±3,2	19,0±3,4	20,1±3,9	P=0,000	19,0±3,2	20,4±2,9	20,4±3,9	P=0,000	18,2±2,9	15,5±3,9	19,6±3,4	P=0,000
Lise ve Üzeri	18,5±2,9	17,8±2,2	18,2±2,8	19,4±3,3	18,9±3,9	20,0±4,5	P=0,000	18,9±3,1	19,4±3,5	20,4±3,7	P=0,000	18,0±3,7	17,6±3,6	18,2±3,5	P=0,000
Çalışma Dur.															
Çalışıyor	18,7±3,4	18,3±3,1	18,1±3,2	18,8±3,2	18,9±3,6	19,8±4,1	P=0,000	18,8±3,1	19,9±3,3	20,2±3,8	P=0,000	17,9±3,4	16,4±3,9	18,9±3,7	P=0,000
Çalışmıyor	18,3±2,2	18,1±2,4	17,6±2,3	18,5±3,5	18,3±3,5	19,7±3,5	P=0,000	19,0±2,9	18,7±2,9	19,8±3,3	P=0,000	18,6±3,0	14,8±3,7	19,0±3,4	P=0,000
Düzenli İlaç Kullanımı															
Kullanıyor	18,8±2,5	18,4±2,8	17,8±2,7	18,4±3,4	18,4±3,7	20,0±3,8	P=0,000	18,7±3,1	19,3±3,1	20,2±3,8	P=0,000	18,2±2,7	14,6±3,4	19,1±3,5	P=0,000
Kullanmıyor	18,3±3,3	18,1±2,9	17,9±3,0	18,9±3,2	19,0±3,3	19,6±4,0	P=0,000	19,0±3,0	19,5±3,3	19,9±3,4	P=0,000	18,1±3,8	16,8±4,0	18,8±3,5	P=0,000

Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İlk Üç Aylık Hastalık Algısı Ölçeğinin Hastalık Hakkındaki Görüşleri Alt Boyuttundan Aldıkları Puan Ortalamaları- Devamı

Sosyo -Dem. Veriler	Tedavi Kontrolü			Hastalığı Anlayabilme			Süre (Döngüsel)				
	1. Değ.	2. Değ.	3. Değ.	1. Değ.	2. Değ.	3. Değ.	1. Değ.	2. Değ.	3. Değ.		
Cinsiyet											
Kadın	15.6±2.9	16.8±2.5	17.0±2.9	15.2±3.2	16.8±2.8	16.6±3.2	P=0.000	11.4±3.4	11.7±2.7	13.3±2.7	P=0.000
Erkek	16.2±2.9	16.2±3.2	17.3±3.2	16.1±3.3	17.3±3.4	17.1±3.6	P=0.000	11.7±2.7	12.2±2.9	13.3±3.1	P=0.000
Yaş											
50 yaş ve altı	15.8±2.5	16.3±2.8	17.2±3.1	15.1±3.2	17.0±3.3	16.9±3.3	P=0.000	11.4±3.0	12.2±.9	13.4±3.2	P=0.000
50 yaş üzeri	16.1±3.1	16.5±3.1	17.1±3.1	16.2±3.3	17.1±3.1	16.9±3.5	P=0.000	11.7±3.0	11.9±2.8	13.2±2.8	P=0.000
M edeni durum											
Evlü	15.9±2.8	16.5±2.7	17.4±3.2	15.6±3.1	17.1±3.1	16.9±3.5	P=0.000	11.2±2.7	11.9±2.8	13.2±2.9	P=0.000
Bekar	16.5±3.6	16.2±4.0	16.1±2.6	16.5±4.3	16.8±3.5	16.8±3.3	P=0.000	13.6±3.6	12.8±2.9	13.7±3.2	P=0.000
Eğitim durumu											
Okur-Yazar	15.1±2.8	16.0±2.6	16.1±2.9	15.9±3.6	17.0±2.7	16.9±2.9	P=0.000	11.5±3.5	11.7±2.6	12.9±3.0	P=0.000
Değil / Okur - Yazar	16.4±2.8	16.7±3.5	17.8±3.0	15.3±3.3	17.4±3.3	16.6±3.7	P=0.000	11.4±2.9	11.8±3.4	13.6±3.0	P=0.000
İlkokul ve Ortaokul	16.6±3.0	16.6±2.7	17.7±3.2	16.2±2.9	16.9±3.7	17.3±3.8	P=0.000	11.9±2.3	12.6±2.4	13.4±2.9	P=0.000
Çalışma Dur.											
Çalışıyor	16.2±3.1	16.5±3.2	17.7±3.2	16.0±3.3	17.4±3.5	17.3±3.8	P=0.000	11.4±2.8	12.2±2.9	13.2±2.9	P=0.000
Çalışmıyor	15.7±2.6	16.3±2.6	16.3±2.7	15.4±3.3	16.7±2.6	16.4±2.8	P=0.000	11.8±3.2	11.8±2.8	13.3±2.9	P=0.000
Düzenli ilaç Kullanımı											
Kullanıyor	15.6±2.9	15.5±2.8	17.1±3.2	15.6±2.9	17.0±2.8	16.8±3.0	P=0.000	11.5±2.7	11.7±.8	13.2±2.7	P=0.000
Kullanmıyor	16.3±2.9	16.3±3.1	17.2±3.0	15.9±3.7	17.2±3.5	17.0±3.9	P=0.000	11.7±3.3	12.3±2.9	13.4±3.1	P=0.000

Tablo 4.7.' de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre ilk üç aylık hastalık algısı ölçeğinin hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları gösterilmiştir.

Kadın ve erkeklerin bu alt ölçeklerden aldıkları puanlar incelendiğinde; yapılan değerlendirmelerde; kadınların süre (akut/kronik) alt ölçeğinden aldıkları puanlar sırasıyla; 18.2 ± 2.0 – 17.9 ± 2.4 – 17.5 ± 2.5 alırken, erkek ise 18.7 ± 3.4 – 18.4 ± 3.0 – 18.1 ± 3.0 aldığı saptanmıştır.Sonuçlar alt ölçeğinde kadınlar sırasıyla; 18.9 ± 3.4 – 18.9 ± 3.2 – 20.2 ± 3.4 , erkekler 18.5 ± 3 – 18.6 ± 3.8 – 19.5 ± 4.1 ; kişisel kontrol alt ölçeği kadınlar 19.5 ± 2.8 – 19.0 ± 2.9 – 20.3 ± 3.2 , erkekler 18.5 ± 3.1 – 19.6 ± 3.3 – 19.9 ± 3.8 ; tedavi kontrolü alt ölçeği kadınlar 15.6 ± 2.9 – 16.8 ± 2.5 – 17.0 ± 2.9 , erkekler 16.2 ± 2.9 – 16.2 ± 3.2 – 17.3 ± 3.2 ; hastalığı anlayabilme alt ölçeği kadınlar 15.2 ± 3.2 – 16.8 ± 2.8 – 16.6 ± 3.2 , erkekler 16.1 ± 3.3 – 17.3 ± 3.4 – 17.1 ± 3.6 ; süre (döngüsel) alt ölçeği kadınlar 11.4 ± 5.4 – 11.2 ± 2.7 – 13.3 ± 2.7 , erkekler 11.7 ± 2.7 – 12.2 ± 2.9 – 13.3 ± 3.1 ve duygusal temsiller alt ölçeğinde kadınlar 18.1 ± 3.1 – 15.3 ± 3.8 – 19.3 ± 3.5 , erkeler 18.2 ± 3.4 – 16.0 ± 3.9 – 18.7 ± 6.0 olarak saptanmıştır. Yapılan analizlerde alınan puanların zamanla yükseldiği görülmektedir. Çalışmada analizler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmıştır($p=0.000$).

Yaş grubu değerlendirmesi incelendiğinde; 50 yaş altı hasta bireylerde kişisel kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanlar sırasıyla; 18.7 ± 3.2 – 19.3 ± 3.1 – 20.0 ± 3.5 , 50 yaş üstü hasta bireylerde sırasıyla; 18.9 ± 3.4 – 19.5 ± 3.2 – 20.0 ± 3.7 ; tedavi kontrol alt ölçeğinde yapılan analizlerde 50 yaş altı hasta bireylerin aldıkları puanlar sırasıyla; 15.8 ± 2.5 – 16.3 ± 2.8 – 17.2 ± 3.1 , 50 yaş üstü hasta bireylerde sırasıyla; 16.1 ± 3.1 – 16.5 ± 3.1 – 17.1 ± 3.1 olarak saptanmıştır ve istatistiksel açıdan analizler arasında anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır ($p=0.000$).

Medeni durumları ile yapılan analizlerde evli bireylerde kişisel kontrol puanları sırasıyla 18.9 ± 3.1 – 19.6 ± 3.1 – 20.3 ± 3.6 , dul bireyler sırasıyla 18.5 ± 2.9 – 18.1 ± 3.3 – 18.7 ± 2.9 ; tedavi kontrolü puanları evli bireyler 15.9 ± 2.8 – 16.5 ± 2.7 – 17.4 ± 3.2 , dul bireyler 16.5 ± 3.6 – 16.2 ± 4.0 - 16.1 ± 2.6 ; duygusal temsiller alt ölçeği evli bireylerde sırasıyla 17.9 ± 3.2 – 15.7 ± 3.7 – 19.2 ± 3.5 , bekar bireyler sırasıyla 19.8 ± 3.3 – 15.9 ± 4.6 – 17.6 ± 3.5 puanlarını aldıkları saptanmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ortaya çıktığı görülmüştür ($p=0.000$).

Eğitim durumu değerlendirmesi yapıldığında, tedavi kontrolünde lise ve üzeri eğitim alan bireylerin değerlendirmelerden sırasıyla aldıkları puanlar 16.6 ± 3.0 – 16.6 ± 2.7 – 17.7 ± 3.7 , ilkokul ve ortaokul düzeyi bireyler sırasıyla 16.4 ± 2.8 – 16.7 ± 3.5 – 17.8 ± 3.0 puanlarını aldıkları saptanmıştır. Kişisel kontrolde lise ve üzeri eğitim alan bireylerin değerlendirmelerden sırasıyla aldıkları puanlar 18.9 ± 3.1 – 19.4 ± 3.5 – 20.4 ± 3.7 , ilkokul ve ortaokul düzeyi bireyler sırasıyla 19.0 ± 3.2 – 20.4 ± 2.9 – 20.4 ± 3.9 puanlarını aldıkları saptanmıştır. Değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki ortaya çıktığı saptanmıştır ($p=0.000$).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik mesleğinin önemli parçalarından biri hasta-hemşire işbirliğidir. Bu iş birliği hastanın tedavisinde ve hemşirelik bakımının her noktasında büyük oranda değer taşımaktadır. Hasta-hemşire iş birliğini arttıran noktalardan biri, hasta/bireyin var olan durumunu belirlemek, içinde bulunduğu durumun hasta için olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koyarak, hastada/bireyde yaşam şekli farkındalığı oluşturmaktır. Hastanın var olan durumunu belirleyen bu çalışmada; miyokard infarktüsü geçiren hastaların hastalığın evrelerine göre zaman içerisinde SYBD-II ve HA ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının değişim gösterdiği saptanmıştır.

Hastaların SYBD-II ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları zamanla artmış ve sağlıklı davranış geliştirdikleri görülmüştür ($p<0.01$; Tablo 4.3). Literatürde miyokard infarktüsü geçiren hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve hastalık algısı ile ilgili düzenli takip yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmadan çıkan sonuçlar hem literatüre katkı vermesi açısından hem de puan ortalamalarının yüksek olması açısından hemşirelik izlemlerinin önem derecesini göstermektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bir hastalık grubunun düzenli aralıklarla, düzenli bir şekilde takip edilmesinin literatüre katkılar sağlayacağı ve hasta-hemşire işbirliğinin öneminin ciddi anlamda vurgulayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada yapılan değerlendirmelerde, cinsiyet ve SYBD-II ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin yapılan değerlendirmede SYBD-II ölçeğinden aldıkları toplam puanları kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.5.). Küçükberber ve arkadaşlarının 2011 yılında "Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi" adlı yaptığı çalışmada (99), Özaslan' nın 2013 yılında "Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu yaptığı çalışmada (76) erkeklerin SYBD-II puanları kadınlardan yüksek olarak tespit edilmiştir ve bu örnekler bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Yapılan literatür taramasında genel olarak erkeklerin kadınlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum toplumumuzda kadınlara verilen sağlığı geliştirme programlarının yetersizliği, kadınların eğitim seviyelerinin erkeklere oranla daha düşük olması ve çalışma

alanlarında kadınların erkeklere oranla daha az bulunması gibi nedenlerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yaş ile SYBD-II ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; zamanla 50 yaş altı bireylerde puan ortalaması 123.8 ± 26.3 ' ten 151.4 ± 26.8 ' e yükselirken, 50 yaş üstü bireylerde ise 123.9 ± 24.7 ' den 143.4 ± 24.0 ' a yükselmiştir ($p < 0.01$; Tablo 4.5). Bu sonuç 50 yaş altı bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha olumlu yönde geliştiğini göstermiştir. Küçükberber ve arkadaşlarının kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada (99) 49-60 yaş arasındaki bireylerin diğer yaş gruplarına göre SYBD-II ölçeğinden aldığı puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Özaslan diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada (76) 54 yaş altı bireylerde toplam puan daha yüksek bulunmuş ve çalışmamızla paralellik göstermiştir. Çalışmamızda 50 yaş altı bireylerde SYBD-II ölçeği puanının daha yüksek çıkmasının sebebi genç bireylerin bu konuya daha çok önem vermeleri, sağlığı geliştirici davranışları araştırmaları ve bu davranışları yaşamlarına geçirmeleri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hastalar yaşlandıkça kronik hastalıklarla baş etme becerilerinin azalması ve sağlığı geliştirici programlara ulaşmalarında yaşadıkları güçlüklerinde bu sonucumuzu desteklediği düşünülmektedir.

Medeni durum ve SYBD-II ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde puan ortalamasının; evli bireyler zamanla 26 puan, dul bireylerde ise 6 puan arttığı görülmüştür. Yapılan değerlendirmeler arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.01$; Tablo 4.5.). Alkan ve arkadaşlarının yaptığı "Koroner arter baypas ameliyatı sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi" adlı çalışmada (108) evli bireylerin bekar bireylerden daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirdiği görülmektedir ve çalışmamızla benzer sonuç elde edilmiştir. Evli bireylerin bekar bireylere göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla geliştirmeleri evlilik hayatının bireylere kazandırdığı düzenli yaşam şekli, sorumluluklarını yerine getirme ve kendisine karşı sorumlu olduğu bireylerin desteğini üzerinde hissetmesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Sigara kullanımı ve SYBD-II ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, sigarayı bırakan bireylerde puan artışı kullanmayan ve kullananlardan daha fazla görülmüştür ($p < 0.01$; Tablo 4.5.). Özaslan' ın diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada (76) yüksek SYBD-II puanı sigarayı bırakanlara aittir ve çalışmamızla benzerlik

göstermektedir. Sigarayı hiç kullanmayanlara oranla bırakanların daha yüksek puan alması, sigara kullanan bireylerin sağlıklı yaşamın farkına varmaları ve daha çok sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergilemeleriyle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Eğitim durumu ve SYBD-II ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında en yüksek puan ortalamaları lise ve üzeri eğitim almış hasta grubunda görülmüştür ($p<0.01$; Tablo 4.5.). Özarlan ve arkadaşlarının diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada (76) üniversite ve üzeri eğitim almış bireylerin en yüksek puanları aldığı görülmektedir. Küçükberber ve arkadaşlarının kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada (99) lise düzeyi eğitim almış bireylerin en yüksek puanı aldığı görülmüştür. Bu çalışmalar çalışmamızı desteklemektedir. Eğitim kişinin yaşam tarzının önemli bileşenlerindedir. Eğitim seviyesi arttıkça kişinin kendi sağlığı ile ilgili bilinçlenmesinin arttığı düşünülmektedir. Yapılan bu çalışma ve literatür taraması, eğitim seviyesinin yükselmesinin SYBD' nı gerçekleştirme ve bunları uygulamayı olumlu yönde etkilediği düşündürmektedir.

Çalışma durumu ve SYBD-II ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışan bireylerin değerlendirmelerde en yüksek puanları aldıkları görülmektedir ($p<0.01$; Tablo 4.5.). Özarlan' ın diyabetik koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada (76) çalışan bireylerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Küçükberber ve arkadaşlarının kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada (99) da çalışan bireylerin aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmalar, yaptığımız çalışmayı desteklemektedir. Bu sonuçların ortaya çıkmasında, çalışmanın bireye verdiği motivasyon ve gelirin yüksek olmasının etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Düzenli ilaç kullanımı ve SYBD-II ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde, ilaç kullanımı düzenli olan bireylerin aldıkları puanlar kullanmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.01$; Tablo 4.5.). Bu sonuç düzenli ilaç kullanan bireylerin SYBD' nı uygulama konusunda daha bilinçli olduğunu düşündürmektedir.

Hastalık algısı, hastaların hastalık hakkında sahip oldukları inançları, deneyimleri ve hastalıkla baş etme mekanizmalarını içine alan bir kavramdır.

Çalışmamızda, hastaların hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasının her değerlendirmede kişisel kontrol alt ölçeğinde olduğu; en düşük puanın da süre (döngüsel) alt ölçeğinden alındığı saptanmıştır ($p<0.01$; Tablo 4.4.). Karabulutlu ve arkadaşlarının 2015 yılında "Kanser

Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi" (105) çalışmasında kişisel kontrol algısı alt ölçeği puanlarının yüksek olduğu, en düşük puanın süre (döngüsel) alt ölçeğinde olduğu görülmüştür. Bu çalışma bizim çalışmamızı desteklemektedir. Gündüz ve arkadaşlarının 2016' da yaptığı "Tip II Diyabetüs Mellitüslü Hastalarda Hastalık Algısı" (104) isimli çalışmada ise en yüksek puan duygusal temsiller alt ölçeğinde görülmüştür. Çalışmamızda, hastaların MI sonrası düzenli değerlendirmelerde, kişisel kontrol alt ölçeğinin yüksek çıkması zamanla hastanın hastalığını araştırdığını, düzenli tedavi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayarak kontrol altına aldığını düşündürmektedir.

Hastalık nedenleri boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasının risk etkenleri alt ölçeği, en düşük puan ortalamasının kaza veya kötü şans alt ölçeği olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.4.). Bu bağlamda hastalar hastalığının nedeni olarak en çok; kalıtsal faktör, sigara kullanımı, geçmişindeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışları, alkol kullanımı, yaşlanma gibi etkenleri düşünürken; en az kaza, yaralanma, kötü talih gibi etkenleri düşünmektedir. Bu sonucumuzu Jones A. ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (103) ayrıca Gündüz ve arkadaşlarının yaptığı Tip II Diyabetli hastalarla (104) yaptığı çalışma benzer sonuçları göstererek desteklemektedir.

Hastaların cinsiyetleri ve hastalık algısı alt ölçeklerine bakıldığında; kadınların duygusal temsiller alt ölçeğinden erkeklerden daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür, ($p<0.01$; Tablo 4.7.).Karabulutlu ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı "Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi" (105) çalışmasında kadın hastaların duygusal temsil algısının yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda MI sürecinde kadınlarda korku, ölüm duygusu düşünceleri ve yoğun bakımda kalma gibi etkenlerin bu sonucun yüksek çıkmasında etkili olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların yaş ve hastalık algısı alt ölçeklerine bakıldığında; 50 yaş altı bireylerde süre (döngüsel) alt ölçeğinde 2 puanlık bir yükselme görülmüştür ve puan diğer tüm alt ölçeklerden daha yüksek bir puan olarak tespit edilmiştir ($p<0.01$; Tablo 4.7.). Literatürde hastaların yaşının hastalığı algılamada önemli bir değişken olduğu görülmüştür. Karabulutlu ve arkadaşlarının çalışmasında (105) 41-50 yaşları arasında olan hastaların sonuçlar algısının yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamızda çıkan bu sonuç; bu yaş grubundaki bireylerin hastalığın doğal seyrini yaşadığını gösterdiğini düşündürmektedir.

Hastaların medeni durumu ve hastalık algısına bakıldığında; evli bireylerde en yüksek puan artışının tedavi kontrolü ve süre (döngüsel) alt ölçeklerinde olduğu görülmektedir ($p<0.01$; Tablo 4.7.). Bu sonuç evlilik hayatının, bireylerin tedavi kontrolünde ve hastalığa uyum sürecinde etkin olduğunu düşündürmektedir.

Hastaların eğitim seviyeleri ve hastalık algısına bakıldığında; eğitim durumunun yükselmesi kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt ölçeklerinin puanlarında anlamlı derecede yükselme olduğunu göstermektedir ($p<0.01$; Tablo 4.7.). Yorulmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (109) lisans ve lisansüstü eğitim alan bireylerde kişisel kontrol ve tedavi kontrolü alt ölçeklerinin puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç çalışmamızı desteklemektedir. Ayrıca bu sonuç, bireylerin eğitim seviyelerinin yükselmesinin kişinin farkındalığının artması sonucu hastalıklarıyla ilgili belirtilere daha fazla odaklandıkları, uygun tedavi ve hastalık kontrolü ile hastalıkları ile baş edebileceklerine ilişkin inançlarının arttığını düşündürmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ilk üç aylık SYBD ve Hastalık Algısı incelendiğinde elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Yapılan düzenli takipte ilk değerlendirmeye göre 2. Ve 3. değerlendirmelerde hastaların SYBD-II ölçeğinden aldıkları puanların artış gösterdiği görülmüştür.

- Hastaların hastalık algısı konusundaki değerlendirmeleri incelendiğinde zamanla hastalığının belirtilerini daha iyi anlayabildikleri ve bu belirtinin hastalığına ait olup olmadığını ayırt edebildiği görülmüştür.

- Hastalık hakkındaki görüşleri incelendiğinde hastalık algısında hastaların hastalığının negatif sonuçlarını yaşadığı gözlenmiştir. Ayrıca hastalığını ve tedavilerini kontrol edebildikleri hakkında pozitif inançlara sahip oldukları görülmüştür.

- Hastaların hastalığının nedeni olarak en çok; kalıtsal faktör, sigara kullanımı, geçmişindeki kötü tıbbi bakım, kendi davranışları, alkol kullanımı, yaşlanma gibi etkenleri düşünürken; en az kaza, yaralanma, kötü talih gibi etkenleri düşündüğü görülmüştür.

Öneriler;

- SYBD ve hastalık algısının pozitif yönde gelişmesi ile ilgili sağlığı geliştirici program uygulamalarını belirli periyotlarda düzenlenmesi önerilmekte, özellikle hastanelerde bu eğitim programları düzenlenmeli ve hasta gruplarına mutlaka bildirilmeli,

- Erkekler kadınlardan daha fazla imkana sahip olduğundan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile ilgili farkındalık kazandıran programlara kadınların da katılımı sağlanmalı,

- Bireylerin eğitim düzeylerinin yükselmesi SYBD ve Hastalık algısının pozitif yönde gelişmesinde olumlu etkileri görülmüştür, okur-yazar oranının artırılması için çeşitli kurslar verilebilir.

- Çalışan bireylerde SYBD çalışmayan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür, ayrıca hastalık algısının pozitif yönde gelişmesinde çalışmanın etkisi görülmektedir. Bu yüzden bireylerin tam zamanlı bir işte çalışmaları önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Erkoç Y, Yardım N. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Ve Risk Faktörleri İle Mücadele Politikaları. Ankara, Anıl Matbaası, 2011;18.
2. Prevention Of Recurrences Of Myocardial Infarction And Stroke Study <http://www.who.int/> - Erişim Tarihi 25.04.2018
3. Özkan A. Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji Acute Coronary Syndromes: Epidemiology İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul Türk Kardiy Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2013;41(1):1-3
4. Güven Ş. D, Karataş N. Hipertansiyonlu Hastalara Uygulanan Ayak Refleksolojinin Kan Basıncı, Kolesterol Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi 2013;15(2): 56-67
5. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastaların İkincil Korunma Davranışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011;19:135-44.
6. Koroner Kalp Hastalığı Primer ve Sekonder Korunma. Prof. Dr Hakan Kültürsay. Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi 2001; 101-190.
7. Onat A, Karakoyun S, Akbaş T, Özpamuk Karadeniz F, Karadeniz Y, Çakır H ve ark. TEKHARF 2014 taraması ve Türkiye’de coğrafi bölgelere göre ölüm oranı ile koroner hastalık insidansı. Türk Kardiyoloji Derneği Arş 2015; 43(4):326–332. <http://dx.doi.org/10.5543/tkda>
8. Organization WH. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. W Press. 2007.
9. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, Grobbee DE, Boshuizen HC, van Staveren WA. Effect size estimates of lifestyle and dietary changes on all-cause mortality in coronary artery disease patients: a systematic review. Circulation. 2005;112(6):924-34.
10. Choudhry NK, Brennan T, Toscano M, Spettell C, Glynn RJ, Rubino M, Schneeweiss S, Brookhart AM, Fernandes J, Mathew S, Christiansen B, Antman EM, Avorn J, Shrank WH. Rationale and design of the Post-MI FREEE trial: a randomized evaluation of first-dollar drug coverage for post-myocardial infarction secondary preventive therapies. Am Heart J. 2008;156(1):31-6.

11. Birol L. ve ark. Kronik Hastalığı Olan Hastaların Hastalıklarına, Tedavilerine ve Diyetlerine İlişkin Bilgileri. Hacettepe Üniv. HYO Derg. 1996;3(2): 1-8.
12. Wainwright P, Thomas J, Jones M.. 2000; Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review. J Adv Nurs 2000; 32: 1083-91.
13. Özarslan BB. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
14. Çınar N, Köse D, Akduran Funda, Özdemir K, Altınkaynak S. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Uluslararası Yüksek Öğretim Kongresi. Yeni Yöntemler ve Sorular. 2011, Cilt 3, Bölüm XVI: 2384-2389.
15. Kocaman ve Ark. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:271-280
16. Kuzu N. Miyokart Enfarktüsünün Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi Ve Hemşirenin Cinsel Danışmanlık Rolü. Hacettepe Üniv. HYO Derg. 1996;3(1): 19-22.
17. Kurçer M. A., Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ve Kardiyoloji Anabilim Dalları, Zonguldak, Türkiye Anadolu Kardiyol Derg 2011; 1: 107-13
18. Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. DEUHYO ED 2011, 4 (4), 153-158
19. Erdem N, Ergüney S. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.2005; Kabul Tarihi: 01.03.2005Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 3
20. Eski S. Miyokart Enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, 1999;Hacettepe Üniv. Sağl. Bil. Enst. Ankara.
21. Erdil F. Son 20 Yılda Hemşireliğin Stratejisi. Hacettepe Üniv. 1994;HYO Derg. 1(1): 1-7
22. Bahar Z. ve Ark. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması. 2008;C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi , 12(1)

23. Kristian Thygesen, Joseph S. Alpert, Allan S. Jaffe, Maarten L. Simoons, Bernard R. Chaitman ve Harvey D. White: Birleşik ESC/ACCF/AHA/WHF 2013; Üçüncü Evrensel Miyokart Enfarktüsü Evrensel Tanımı Türk Kardiyol Dern Arş; 3
24. Chapman JF, Christenson RH, Silverman LM. Cardiac and muscle disease. Kaplan LA, Pesce AJ, (editors). Clinical Biochemistry. 3rd ed. USA: Mosby, 1996; 593-612.
25. İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. Akut Miyokart İnfarktüsü. İç Hastalıkları, İkinci Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2003; 474-95.
26. Jennings RB, Ganote CE. Structural Changes İn Myocardium During Acute İschemia. Circ Res 1974;35- 3:156–172.
27. Thygesen K, Alpert JS, White HD, Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force for the Redefinition of Myocardial Infarction. Universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J 2007;28:2525–2538;Circulation 2007;116:2634–2653;J Am Coll Cardiol 2007;50:2173–2195.
28. Jaffe AS, Babuin L, Apple FS. Biomarkers in acute cardiac disease. J Am Coll Cardiol 2006;48:1–11.
29. Gök H. Akut Koroner Sendromların Tanısında Yeni Biyokimyasal Markerlar. Akut Koroner Sendromlar. Türk Kardiyoloji Seminerleri. 2001; 1(3): 20-32.
30. MacRae AR, Kavsak PA, Lustig V, Bhargava R, Vandersluis R, Palomaki GE, Yerna M-J, Jaffe AS. Assessing the requirement for the six-hour interval between specimens in the American Heart Association classification of myocardial infarction in epidemiology and clinical research studies. Clin Chem 2006;52: 812–818.
31. Thygesen K, Mair J, Katus H, Plebani M, Venge P, Collinson P, Lindahl B, Giannitsis E, Hasin Y, Galvani M, Tubaro M, Alpert JS, Biasucci LM, Koenig W, Mueller C, Huber K, Hamm C, Jaffe AS; Study Group on Biomarkers in Cardiology of the ESC Working Group on Acute Cardiac Care. Recommendations for the use of cardiac troponin measurement in acute cardiac care. Eur Heart J 2010;31:2197–2204
32. Charles H, Hennekens, MD, DrPH. Increasing burden of cardiovascular disease. Current knowledge and future firections for research on risc factors. Circulation. 1998; 97:1095-1102.
33. Basic Pathology. Kumar, Cotran, Robbins Türkcesi, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2000; 283-289.

34. Decline In Deaths From Heart Disease And Stroke, United States, JAMA. 1999; 282:724- 726. MMWR 1999; 48:649-656.
35. Manninen V, Huttunen JK, Heinonen OP, et al. Relationships between baseline lipid and lipoprotein values and the incidence of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study. Am J Cardiol 1989; 63:42H-47H.
36. Pocock SJ, Shaper AG, Phillips AN. HDLCholesterol, triglycerides and total cholesterol in ischaemic heart disease. Br Med J 1989; 298:998-1002.
37. The American Association of Clinical Endocrinologists Medical Guidelines for Clinical Practice for The Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia and Prevention of Atherogenesis Paul S. Jellinger,MD, FACE Endocrin Practise Vol 6 No 2 March/April 2000.
38. TEKHARF; Oniki Yıllık İzleme Deneyimine Göre Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı. Prof. Dr. Altan Onat, Prof. Dr. Vedat Sansoy, Prof. Dr. İnan Soydan, Prof. Dr. Lale Tokgözoğlu, Prof. Dr. Kamil Adalet. Argos İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret Anonim Şirketi. Temmuz 2003, İstanbul.
39. Kozan Ö. Kardiyovasküler Hastalıkların Epidemiyolojisi. Temel Kardiyoloji El Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti. Ankara, 2013: Ss. 1-3.
40. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Bernard RC, Harvey DW. Üçüncü evrensel miyokard enfarktüsü tanımı. Türk Kardiyol Dem Arş. 2013; 3: 129-45.
41. Murray CL, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factor. Global Burden of Disease Study. Lancet. 1997; 349: 1436-42.
42. Fuster, V., Wayne Alexander, R., O'Rourke, R.A., Roberts, R., King III, S.B., Wellens, H.J.J. (2002); Akut Miyokard İnfarktüsülü Hastaların Tanı ve Tedavisi. D Arif Nihat , Hurst's The Heart. 3.Cilt, 10. Baskı, McGraw-Hill Medical Publishing Division;1275-1361.
43. Geler, D, Gürsel Y.. Kardiyak rehabilitasyon. 2003; T Klin FTR 3:26-36
44. Demirtaş R. N. Myokard İnfarktüsülü Hastalarda Kardiyak Rehabilitasyon Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Eskişehir GKD Cer. Derg.1992; 1:192-196

45. Baran İ. Kardiyoloji: Kalp Hastalıklarında Rehabilitasyon. (Editörler. Cordan J, Yeşilbursa D, Baran Ş, Güllülü S.), Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı2005; Bursa:319-322.
46. Enar, R. (edt) (2005). Kanıta dayalı Akut Miyokard İnfarktüsü Kitabı. Cilt I, Nobel Tıp Kitabevleri.
47. Ignatavicius, D.D. Workman, M.L. (2006). Medical-Surgical Nursing Critical Thinking for Collaborative Care. Fifth Edition, Elsevier Saunders, St. Louise:841-865
48. Hoeman, S.P. (2002). Rehabilitation Nursing Process, Application ve Outcomes 3rd Edition, Mosby St.Louis.
49. Woods, S.L., Sivarajan Froelicher, E.S., Underhill, M., Bridges, E.J. (2005). Cardiac Nursing. Fifth Edition, Philadelphia, Lippincot Williams&Wilkins;738-54.;
50. Proudfoot, C. (2006). Exercise Leadership in Cardiac Rehabilitation. An Evidence-Based Approach: Cardiac Rehabilitation Overview. Chapter 1. Edit: Morag Thow.
51. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ; ExTraMATCH Collaborative. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). BMJ. 2004;328(7433):189.
52. Lindner JR, Skyba DM, Goodman NC, et al.: Changes in myocardial blood volume with graded coronary stenosis. Am J Physiol 1997
53. Fuster V. Mechanisms Leading To Myocardial Infarction. Insights From Studies Of Vascular Biology. Circulation 1994; 90(4): 2126-2146.
54. Ozacmak VH, Sayan H, Igdem AA, Cetin A, Ozacmak ID. (2007) Attenuation of contractile dysfunction by atorvastatin after intestinal ischemia reperfusion injury in rats. Eur J Pharmacol. 2007 May 7; 562(1-2):138-47
55. Falk E., Fuster V.: Atherogenesis and its Determinants. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA, editors. Hurst's The Heart. 10th ed. USA. International Edition McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2001. Ch 35, p. 1065-1093
56. Randomized Trial Of Cholesterol Lowering İn 4444 Patiens With Coronary Heart Disease (1994) The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) .Lancet;344: 1383-1389.

57. Neaton J.D, Wentworth D. Serum Cholesterol, Blood Pressure, Cigarette Smoking And Death From Coronary Heart Disease. Overall Findings And Differences By Age For 316099 white man. Multipl risk factor intervention trial research group. Arch Intern Med 1992; 152: 56-64.
58. Sacks FM, Pfeffer MA, Moye LA, et al:TheEffect Of Pravastatin On Coronary Events After Myocardial Infarction In Patients With Average Cholesterol Levels. Cholesterol and Recurrent Events Trial investigators.N Engl J Med. 335:1001,1996
59. Theroux P, Fuster V. Acute Coronary Syndromes Unstable Angina And Non Q Wave Myocardial Infarction. Circulation 1998; 97: 1195-1206
60. Ross R. Atherosclerosis- an inflammatory disease. N Engl J Med.1999; 340:115-126
61. Gordon D.J, Probstfield J.L., Garrison R.J.: High Density Lipoprotein Cholesterol And Cardiovascular Disease. Four Prospective American Studies. Circulation 1989; 79:8-15.
62. Solberg LA, Strong JP. Risk factors and atherosclerotic lesions: A rewiev of autopsy studies. Arteriosclerosis. 1983; 3: 187-198.
63. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Amouyel P, et al. (1994) Myocardial infarction and coronary deaths in the World Health Organization MONICA Project. Circulation. 90:583-612
64. Fuster V. Mechanisms Leading To Myocardial Infarction. Insights From Studies Of Vascular Biology. Circulation 1994; 90(4):2126-2146.
65. Beckman JA, Creager MA, Libby P: Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management.JAMA 287:2570,2002
66. Swan HJC, Forrester JS,Diamond G,et al: Hemodynamic spectrum of myicardial infarction and cardiogenic shock. Circulation 45:1097,1972.
67. Multicenter Postinfarction Study Group: Risk Stratification And Survival After Acute Myocardial Infarction. N Eng J Med 1982; 307:1487-1492
68. Roberts WC.: Preventing And Arresting Coronary Atherosclerosis. Am Heart J 1995; 130: 580-600.
69. Buffon A, Biasucci LM, Liuzzo G,et al: Widespread Coronary Inflammation In Unstable Angina.N Engl J Med. 347:5,2002

70. Hillis LD, Forman S, Braunwald E, and the Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) Phase II Co-investigators. Risk Stratification before thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 1990; 16: 313-315.
71. Dávies M.J.: Pathology of Coronary Atherosclerosis. In: Fuster V, Alexander RW, O'Rourke RA, editors. *Hurst's The Heart*. 10th ed., USA. International Edition McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2001. Ch36, p. 1095-1105
72. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. Baseline risk factors and their association with outcome in the West Scotland Coronary Prevention Study. *Am J Cardiol* 79:756,1997
73. Koch CG, Weng YS, Zhou SX, et al. Prevalence of risk factors, and not gender per se, determines short- and long-term survival after coronary artery bypass surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2003; 17:585-593.
74. Ross R. Atherosclerosis: An İnflammatory Disease. *N Engl J Med* 340:115,1999.
75. Grundy S.M, Pasternak R, Greenland P, et al.: Assesment Of Cardiovascular Risk By Use Of Multiple-Risk-Factor Assesment Equations: A Statement For Healthcare Professionals From The American Heart Association And The American College Of Cardiology. *Circulation* 1999; 100:1481-1492.
76. Hurst J W et al: Rehabilitation of the myocardial infarction patient. *The Heart Mc Gravv - Hill Book Com. London, 1140-1149,1974.*
77. The WHO cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. *J Sch Health* 2004; 74: 204-6.
78. Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007,
79. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3:90-105.
80. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F ve ark. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12:1-12.
81. Sağlık Bakanlığı (SB) (2010). Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıklarını Önleme Ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil Ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan Ve Eylem Planı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı Yayını.

82. Larsen KK. Depression Following Myocardial Infarction. Danish Medical Journal 2013; 60(7): 1-18.
83. Junehaga L, Asplundb K, Svedlunda MA. Qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. Intensive and Critical Care Nursing 2014; 30, 22—30.
84. Uzun M. Kardiyak Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi Ve Egzersiz Gülhane Askeri Tıp Akademisi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, Anadolu Kardiyoloji Derg.2007; 7: 298-304
85. Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 25:(6), 1-63
86. Duru E. Uyum Zorluklarını Yordamada Yalnızlık, Sosyal Destek Ve Sosyal Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Analizi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2008; 8 (3): 833-856.
87. Petrie JK, Jago AL, Devhich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Current Opinion in Psychiatry 2007;20(2):163–167.
88. Hagger MS, Orbell S. A Meta-Analytic Review Of The Common-Sense Model Of Illness Representations. PsycholHealth 2003;18(2):141-84
89. Karadakovan A, Eti AF. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 2. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 2011:
90. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, 2005, 6-7 s
91. Kostak MA. Hemşirelik Bakımının Spiritual Boyutu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007, 2: 6
92. İnanç N. Hemşirelik Esasları. Damla Matbaacılık Reklam ve Yayıncılık, 2003, 8. Baskı, 27-30, Ankara
93. Tülek, Z. Düzenli Sağlık Kontrolüne Alınan Multiple Sklerozlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi, 2006; İstanbul.
94. McVeigh, G., Bleakney, G., Cupples, M. ve ark. (2006). Guidelines for Cardiac Rehabilitation in Northern Ireland. Crest. www.crestni.org.uk

95. Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi yayınları. 2007; İstanbul
96. Uyer G. Gereksinimleri Doğrultusunda Aileye Sağlık Eğitimi. 1. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği, İstanbul, İ.Ü.FNHYO Hemşirelik Dergisi. 1992;
97. Wingård, R. Patient Education and The Nursing Process=Meeting the Patient's Needs. Sponsored Educational Supplement, AMGEN. 2005; Nephrology Nursing Journal 32(2):211215.
98. Redman B.K. The Practice Of Patient Education. 9th Ed. Mosby Inc.2001
99. Küçükberber N. ve ark. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Kocaeli Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü ve Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul-Türkiye; Anadolu Kardiyol Derg 2011; 11: 619-26
100. Sancı LA, Coffey CM, Veit FC, Carr-Gregg M, Patton GC, Day N, et al. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomized controlled trial. BMJ 2000; 320: 224-30.
101. Ardahan M, Bayık A. Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg. 2006; 22:1-14
102. Yalçinkaya M, Özer F G, Karamanoğlu A Y. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007;6:409-20.
103. Abubakari Ar, Jones Mc, Lauder W, Kirk A, Devendra D, Anderson J. Psychometric Properties Of The Revised Illness Perception Questionnaire: Factor Structure And Reliability Among Africanorigin Populations With Type 2 Diabetes. International Journal Of Nursing Studies 2012;49(6):672–81.
104. Gündüz F, Yılmaz Karabulutlu E. Tip II Diyabetes Mellituslu Hastalarda Hastalık Algısı, Psikososyal Uyum Ve Glisemik Kontrolün Değerlendirilmesi Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:2
105. Yılmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi2015 Dergipark.Gov.Tr/Download/Article-File/9801

106. Fletcher BJ, RN, MN, Lloyd A, Fletcher GF. Outpatient rehabilitative training in patients with cardiovascular disease: Emphasis on training method. *Heart Lung*. 1988;17(2):199-205
107. Naughton J: The effects of acute and chronic exercise on cardiac patients. *Exercise Testing and Exercise Training in Coronary Heart disease*. Naughton J, Helerstein H K (ed.). Academic Press. New York. 337-346,1973.
108. Alkan S., Topal E., Hanedan M.O., Mataracı İ.; "Koronar arter baypas ameliyatı sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi " 'Department of Cardiovascular Surgery, Health Sciences University Ahi Evren Thorax and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital, Trabzon, Turkey *Turk Kardiyol Dern Ars* 2018;46(3):169-174 doi: 10.5543/tkda.2017.98442
109. Yorulmaz H., Tatar A., Saltukoğlu G., Soylu G., ; "Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" *FSM Scholarly Studies Journal of Humanities and Social Sciences Sayı/Number 2 Yıl/Year 2013*

EKLER

EK I: ANKET FORMU (TANITICI BİLGİLER FORMU)

HASTA BİLGİ FORMU

- 1)Cinsiyetiniz 1) Kadın () 2) Erkek ()
- 2) Yaşınız
- 3)Boyunuz
- 4)Kilonuz
- 5)Eğitim Durumunuz Nedir?
 1. () Okur-Yazar Değil 2. () Okur-Yazar
 3. () İlkokul 4. () Ortaokul
 5. () Lise 6. () Üniversite Ve Üzeri
- 6)Medeni Durumunuz Nedir?
 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Dul
- 7) İş- Mesleki Durumunuz Nedir ?
 1. () Memur 2. () İşçi
 3. () Serbest Meslek 4. () Ev Hanımı
 5. () Emekli
- 8)Çalışma Durumunuz Nedir?
 1. () Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat)
 2. () Yarım Gün Yada Belli Saatlerde Çalışıyorum
 3. () Çalışmıyorum
- 8) Yaşantınızın Büyük Çoğunluğunu (1/3) Nerede Geçirdiniz ?
 1. () Köy 2. () İlçe 3. () İl
- 9) Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız ?
 1. () Evde Yalnız 2. () Eşimle
 3. () Eşim Ve Çocuklar 4. () Diğer Aile Üyeleri (Gelin,Torun v.b.)
- 10) Sosyal Güvenceniz Var mı?
 1. () Evet 2. () Hayır
- 11) Aylık Geliriniz Nasıl?

1. () Gelirim giderimden az
2. () Gelirim giderime eşit
3. () Gelirim giderimden fazla

12) Sigara Kullanıyor Musunuz?

1. () Evet (Kaç Yıldır, Günde Kaç Adet; Belirtiniz):.....
2. () Hayır
3. () Bıraktım (Ne Kadar Süredir Kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):.....

13)Alkol Kullanıyor musunuz?

1. () Evet (Kaç Yıldır, Ne Kadar; Belirtiniz):.....
2. () Hayır
3. () Bıraktım (Ne Kadar Süredir Kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):.....

14)

Hastalık	Hastalığın süresi	Hastalığa yönelik kullanılan ilaçlar
Diyabet Hastalığınız		
Hipertansiyon		

15) İlaçlarınızı Düzenli Kullanıyor musunuz ?

1. () Her Zaman
2. () Çoğu Zaman
3. () Bazen
4. () Hiçbir Zaman

16) Diyet Programınıza Uyuyor musunuz ?

1. () Her Zaman
2. () Çoğu Zaman
3. () Bazen
4. () Hiçbir Zaman

17) KAH Yönelik Egzersiz Programınız var mı ?

1. () Evet
2. () Hayır

18) Günde Toplam Aldığınız ilaç Sayısı Ne Kadar) (Belirtiniz):

.....

EK II: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ- II

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ-II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

Hiç birzaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				

20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	23 Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	29 Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				

44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK III: HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim Soyad: ,	Çalışma Durumu:
Adres Bilgileri:	Mesleği: Yaşı:
Telefon:	Medeni Durum:
Cinsiyet:	Eğitim Durumu:
Tıbbi Tanı:	
Hastalık tanısı konulduktan sonra geçen süre:	

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>			<i>Bu belirtihastalığımla ilgili</i>	
Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

Serselik hissi	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum | 4. Böyle düşünüyorum |
| 2. Böyle düşünmüyorum | 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum |
| 3. Kararsızım | |

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					

20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığının belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtısal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK IV: ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KURUM İZİNİ(ŞANLIURFA KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ TEZ ÇALIŞMA İZİN BELGESİ)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 93460149/806.01.03
Konu : Tez Çalışması

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 14.10.2016 tarihli ve 78521740-044 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN' ın gözetiminde, yüksek lisans öğrencisi Fatma Zehra KILINÇ' ın tez çalışması kapsamında "Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastalarda İlk 3 Aydaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalık Algısı" konulu tez çalışmasının, birliğimize bağlı Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

Uz.Dr.Mehmet Cihan EKMEN
Genel Sekreter

Paşabağı Mah. Ticaret ve Sanayi Odası Yeni Binası Kat:6
Faks No:04143182430

e-Posta:mehmetfatih.yuksel@saglik.gov.tr İnt Adresi: ŞANLIURFA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ-MEHMET FATİH YÜKSEL-EĞİTİM BİRİMİ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 36fed4bd-1fc9-4f79-ab24-88c2363990d1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:MEHMET FATİH YÜKSEL
Unvan:TIBBİ SEKRETER

Telefon No:0414 318 24 61

EK V: HASTALARDAN ALINAN İZİN

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN BAŞLIĞI:

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (KALP KRİZİ) GEÇİREN HASTALARDA İLK ÜÇ AYDAKİ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE HASTALIK ALGISI

HASTA ADI: _____

Bu çalışmada; Miyokard İnkarktüsü (Kalp Krizi) geçiren hastalarda ilk üç aydaki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Hastalık Algısı arasındaki ilişkiyi ve değişimi belirlemek amaçlandığı tarafıma anlatıldı.

Uygulamada bana anket ve ölçek formlarının uygulanacağı ve belirli zaman aralıklarında ev ziyaretlerine geleceği konusunda bilgilendirildim.

Araştırma etik kurul onayı alındıktan sonra Kasım 2016 - Aralık 2017 tarihleri arasında bitirilmesi planlandığı tarafıma anlatıldı

Bu çalışmanın kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve diğer tıbbi bakım için benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir.

Bu çalışmanın yürütülmesinden sorumlu araştırmacı, almakta olduğum tıbbi bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla veya çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

Bu çalışmanın Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonunda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır.

Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir hasta olarak haklarım konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:


Yard. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN Telefon: 05447713257

Araştırmacı Fatmaz Zehra KILIÇ Telefon: 0 542 274 80 12

Araştırma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gereğinde Yard. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler uygulamanın kullanımının onaylanması için veriye ihtiyaç duyan diğer ülke hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Bu çalışmanın sonuçları toplantılar veya bilimsel yayınlarda sunulabilir, ancak bu durumda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, bu çalışmadan istediğim an çıkabileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimin ve bu durumun şimdi ya da gelecekte ihtiyacım olan tıbbi bakımı hiçbir şekilde etkilemeyeceğimin bilincindeyim.

**EK VI: HARRAN ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU'NA BAŞVURULMUŞ VE 05/10/2016
TARİHLİ ETİK KOMİSYON ONAYI**

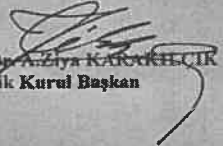
**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı**

Sayı : 74059997.050.01.04/ 172
Konu : Proje

05.10/2016

Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz olduğu "Miyokard İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastalarda İlk Üç
Aydaki Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları ve Hastalık Algısı" başlıklı çalışmaya ilişkin Kurulumuzun
01.09.2016 tarih, 07 nolu oturum ve 14 sayılı kararı ekte gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Anzîya KARADİKLİR
Etik Kurul Başkan

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenışehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00. Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Kararı**

TARİH	: 01.09.2016
OTURUM	: 07
SAAT	: 15:00

16/07/14

Karar: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Bölümü
Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'ın yürütücüsü olduğu "Miyokard
İnfarktüsü (Kalp Krizi) Geçiren Hastalarda İlk Üç Ayağı Sağlık Yaşam Biçimi
Davranışları ve Hastalık Algısı" başlıklı çalışmaya aşağıda belirtilen eksiklerin
tamamlanması koşuluyla Etik Kurulu Onayı verilmesine

- İlgili Kurum izni
- Örnek seçimlerinden bilimsel yöntemlerin kullanılması
- Hasta sayısı

Oybirliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR
Yrd. Doç. Dr. Hakkın ÇELİK
Etik Kurul Raportörü

**EK VII: SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI – II ÖLÇEĞİ
KULLANMA İZİNİ**

zehra kılıç <zehraklc2015@gmail.com>

24 Haz
2016 Cum
01:25

Alıcı: zbahar

SAYIN BAHAR,
HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜNDE YÜKSEK
LİSANS ÖĞRENCİSİYİM. YÜKSEK LİSANS TEZİMDE SİZLERİN GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK
ÇALIŞMASINI YAPTIĞINIZ, SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II' YI İZİNİZ
OLURSA KULLANMAK İSTİYORUM. ÖLÇEĞE VE ÖLÇEĞİN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNE
ULAŞMAM MÜMKÜN MÜDÜR?
İLGİNİZ İÇİN TEŞEKKÜR EDİYORUM, SAYGILARIMLA.



Zuhal Bahar <zbahar@ku.edu.tr>

24 Haz
2016 Cum
23:19

Alıcı: Ayşe, ben

Sayın Kılıç
Ölçeğimizi kullanabilirsiniz
Başarılar
Zuhal Bahar

iPhone'umdan gönderildi

24 Haz 2016 tarihinde 01:25 saatinde, zehra kılıç <zehraklc2015@gmail.com> şunları yazdı:

EK VIII: HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

Nazmiye Kocaman Y <nazmiyekocaman@yahoo.com>
Alıcı: ben

SAYIN KILIÇ,
ÖLÇEĞİ VE DEĞERLENDİRMESİNİ EKTE GÖNDERİYORUM. BU KONUDA ANADOLU PSİKIYATRİ DERGİSİNDEN İKİ ÇALIŞMAMA ULAŞABİLİRSİNİZ. YETİŞKİN KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERDE UYGULAYABİLİRSİNİZ.
ZAMAN İÇERİSİNDE HASTALIK ALGISI NASIL DEĞİŞMİŞ? TEMEL SORUNUZ SANIRIM. O ZAMAN YENİ TANI KONMUŞ AKUT, SUBAKUT, KRONİK DÖNEM GİBİ ZAMAN DİLİMLERİNİ BELİRLEMENİZ GEREKİR. O SÜREÇTE ZAMAN İÇERİSİNDE HASTALIK ALGISINDA DEĞİŞİMİ ETKİLEYEBİLECEK FAKTÖRLER GÖZÖNÜNE ALINMASI GEREKİR DİYE DÜŞÜNÜYORUM. HIZLICA AKLIMA GELENLER BÖYLE. SİZE KOLAYLIKLAR DİLERİM.

Assoc. Prof. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM
University of Istanbul, Istanbul Faculty of Medicine,
Department of Psychiatry, Department of Consultation Liaison Psychiatry

34093 Capa - Istanbul, Turkey
Phone: +90 212 4142000 (600 line), Ext:32378,32283
Phone: +90 212 414 24 19, Ext:13
Phone: +90 212 533 63 69
Fax:+90 212 635 12 04
GSM: 0533 216 26 46
E-mail: nazmiyekocaman@yahoo.com

On Tue, 6/21/16, zehra kılıç <zehraklc2015@gmail.com> wrote:

Subject: Ölçek İzin Talebi
To: nazmiyekocaman@yahoo.com
Date: Tuesday, June 21, 2016, 9:42 PM

MİYOKARD İNFARKTÜSÜ (KALP KRİZİ) GEÇİREN HASTALARDA İLK ÜÇ AYDAKİ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE HASTALIK ALGISI

ORIJINALLIK RAPORU

%**23**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**19**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**16**

YAYINLAR

%**12**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.hkmo.org.tr İnternet Kaynağı	%1
2	prezi.com İnternet Kaynağı	%1
3	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
4	pharmaceuticalintelligence.com İnternet Kaynağı	<%1
5	www.tgkdc.dergisi.org İnternet Kaynağı	<%1
6	pdf.edocr.com İnternet Kaynağı	<%1
7	www.kocaelism.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
8	cdn.hitit.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin

Numarası :155322015
Adı, Soyadı :Fatmaz Zehra KILIÇ
Anabilim Dalı (Bölümü) :.Hemşirelik
Programı : Yüksek Lisans Doktora
Tezin Adı: **MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA İLK ÜÇ AYDAKİ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE HASTALIK ALGISI**

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın; *kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç* kısımlarından oluşan toplam 87. sayfalık kısmına ilişkin, 11/10/2018 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı % 23'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığımı ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığımı, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 11/10./2018

Tezi Hazırlayan Öğrencinin

Adı-Soyadı: Fatmaz Zehra KILIÇ

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 11/10/2018

Danışmanın

Unvanı-Adı-Soyadı: Dr.Öğr. üyesi. Selma KAHRAMAN

İmzası:

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10213904
Yazar Adı / Soyadı	FATMAZ ZEHRA KÜÇÜK
T.C.Kimlik No	49720762232
Telefon	5422748012
E-Posta	zehraklc2015@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARDA İLK ÜÇ AYDAKİ SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE HASTALIK ALGISI
Tezin Tercümesi	THE FIRST THREE HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS AND ILLNESS PERCEPTIONS OF THE PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	87
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ SELMA KAHRAMAN
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

11.10.2018

İmza:.....
