

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARA**  
**UYGULANAN ROY UYUM MODELİNE**  
**TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN VE TELEFONLA**  
**İZLEMİN YAŞAM KALİTESİ, ÖZ-YETERLİK VE**  
**UYUM DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Selma TURAN KAVRADIM**

DOKTORA TEZİ

2018-ANTALYA

**T.C.**  
**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARA**  
**UYGULANAN ROY UYUM MODELİNE**  
**TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİMİN VE TELEFONLA**  
**İZLEMİN YAŞAM KALİTESİ, ÖZ-YETERLİK VE**  
**UYUM DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**Selma TURAN KAVRADIM**

DOKTORA TEZİ

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Zeynep ÖZER**

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2018-ANTALYA

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,**

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 15 / 05 / 2018

Tez Danışmanı :Prof. Dr. Zeynep ÖZER  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ  
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Sabire YURTSEVER  
Mersin Üniversitesi



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK  
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi



**ONAY:**

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ...../..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

## ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Selma TURAN KAVRADIM



Tez Danışmanı

Prof. Dr. Zeynep ÖZER



## TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden bu yana hayatımda her zaman özel bir yeri olan, tez çalışmam süresince en büyük desteği veren, yolumu aydınlatan, ilgisini ve sevgisini hiç esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e; lisanstan itibaren akademik hayatımda var olan, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren ve tez izlem jürimde yer alarak katkı ve yönlendirmeleri ile gelişimime katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a; akademik hayatıyla bana model olan ve tez izlem jürimde yer alarak değerli katkı ve yönlendirmeleri ile tez sürecime anlam katan değerli hocam Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na;

Tez çalışmamı yürütebilmem için gerekli koşulları sağlayan üniversiteme ve Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne ve Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerine; desteklerini her zaman hissettiğim kardiyoloji sorumlu hemşiresi Güldane AYAZ ve hemşire arkadaşlarıma; bu süreçte kardiyoloji servisinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarım;

Eğitimimin her aşamasında değerli yardımları için Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına; araştırmamın istatistiksel analizinin yürütülmesine katkı sağlayan Ziraat Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT'a; tezimin kuramsal temelini oluşturan Roy Uyum Modeli'ni geliştiren ve tez sürecimdeki katkısı için Sister Callista ROY'a;

Tez çalışmamın her aşamasında tüm süreçleri paylaştığımız arkadaşlarıma; desteğini esirgemeyen anabilim dalı hocalarıma; bilgi ve görüşleri ile beni geliştiren, deneyimlerini paylaşan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA'ya;

Ve bu yoğun çalışma döneminde her zaman desteği ile yanımda olan ve hayatımı anlamlı kılan sevgili eşime ve oğlum Gökay'a, tez sürecinde ailemize katılan sevgili küçük kızım Miray'a; tezimin her aşamasında destekleyici tutumları için aileme en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Selma TURAN KAVRADIM

Antalya, Mayıs 2018

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma miyokard enfarktüsü geçiren hastalara uygulanan Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Randomize kontrollü tek kör deneysel nitelikteki bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde miyokard enfarktüsü tanısı ile tedavi gören, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 33 girişim, 33 kontrol grubu olmak üzere toplam 66 hasta ile Nisan 2016-Ağustos 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Roy Uyum Modeline temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu, Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği, Morisky Uyum Ölçeği ve yaşam kalitesini belirlemek için Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Girişim grubundaki hastalara eğitim planı doğrultusunda geliştirilen eğitim kitapçığı ile eğitim verilmiş, taburculuk sonrası 1,3 ve 8. haftalarda "Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları" rehberi doğrultusunda izlem yapılmıştır. Ölçek verileri girişim öncesi ve taburculuğun 3. ayında toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SAS 9.4 paket programında yapılmıştır.

**Bulgular:** Girişim grubu hastalarında kontrol grubuna göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının azaldığı, Öz Yeterlik ve Başetme Uyum Süreci Ölçeği puan ortalamalarının uygulama sonrası arttığı görülmüştür. Başetme ve uyum süreci ile genel öz yeterlik arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon, yaşam kalitesi ölçeği ile arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon olduğu, öz yeterliği etkileyen değişkenin büyük ölçüde başetme ve uyum süreci olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Araştırma sonuçları Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesi, öz yeterlik ve uyum düzeylerini arttırdığını ve baş etme uyum süreci arttıkça genel öz yeterlik ve yaşam kalitesinin de olumlu yönde etkilendiğini göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** eğitim ve telefonla izlem, miyokard enfarktüsü, öz yeterlik, Roy Uyum Modeli, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to investigate the effect of education and telephone monitoring on the quality of life, self-efficacy and compliance of the Roy Adaptation Model of patients with myocardial infarction.

**Method:** This randomized controlled, single-blind, experimental study was conducted between April 2016 and August 2017 with 33 intervention and 33 control groups, a total of 66 patients in the Cardiology Clinic of Akdeniz University Hospital who were treated with myocardial infarction. Personal information form based on the Roy Adaptation Model, General Self Efficacy Scale, Coping and Adaptation Process Scale, Morisky Adaptation Scale and to determine the quality of life Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale were used to collect the data. Training was conducted with a booklet in the direction of the illness education plan and then follow-up was made in the direction of the guide "Telephone Monitoring and Interview Steps" at 1, 3 and 8 weeks after discharge. Research data were collected before the intervention and during the 3rd month of discharge. All statistical analyzes were made SAS 9.4 package program.

**Results:** It was observed in the intervention group patients according to the control group, the mean scores of the quality of life decreased, the Self-Efficacy and Coping Adaptation Scale Scores increased after the application. There was a strong correlation between the coping adaptation process and self efficacy, and was a moderate correlation in the negative direction between quality of life scale. In addition, it was determined that the variable affecting self efficacy was a great deal of coping and adaptation process.

**Conclusion:** The results of the study showed that the education and telephone monitoring method based on the Roy Adaptation Model increased the quality of life, self-efficacy and compliance of patients with myocardial infarction and as the process of coping and adaptation increased, self-efficacy and quality of life were positively impacted.

**Key words:** myocardial infarction, Roy Adaptation Model, quality of life, self-efficacy, training and telephone follow up

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	vi
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	viii
<b>SİMGELER ve KISALTMALAR</b>	ix
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Varsayımları	2
1.4. Araştırmanın Hipotezleri	2
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Miyokard Enfarktüsü ve Risk Faktörlerinin Yönetimi	3
2.2. Miyokard Enfarktüsünde Yaşam Tarzı Değişikliği ve Uyum	6
2.3. Miyokard Enfarktüsünde Yaşam Kalitesi	9
2.4. Miyokard Enfarktüsünde Öz Yeterlik	11
2.5. Miyokard Enfaktüsünde Telefonla İzlem ve Danışmanlık	13
2.6. Roy Uyum Modeli	14
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	23
3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri	24
3.4. Randomizasyon	25
3.5. Veri Toplama Araçları	32
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	32
3.5.2. Morisky Uyum Ölçeği	32
3.5.3. Genel Öz Yeterlik Ölçeği	32
3.5.4. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği	33
3.5.5. Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği	34
3.5.6. Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları Formu	34



3.5.7. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu	35
3.6. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması	35
3.6.1. Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Değerlendirme Sonuçları	37
3.7. Verilerin Toplanması	37
3.7.1.Ön Uygulama	37
3.7.2.Uygulama	38
3.7.3. Uygulama Protokolü İlkeleri	40
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	42
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	42
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	42
	44
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular	44
4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Öz-Yeterliğe İlişkin Bulgular	48
4.3. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Uyuma İlişkin Bulgular	50
4.5.Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlik ve Uyum Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular	59
4.6. Telefon Görüşmesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular	62
	63
<b>5. TARTIŞMA</b>	
5.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesi	63
5.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Öz-Yeterlik Düzeyleri	65
5.3. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Uyum Düzeyleri	67
5.4. Yaşam Kalitesi, Öz Yeterlik ve Uyum Arasındaki İlişki	73
	74
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	
	76
<b>KAYNAKLAR</b>	
<b>EKLER</b>	
<b>EK 1</b>	Araştırma Zaman Çizelgesi
<b>EK 2</b>	Bilgilendirilmiş Onam Formu - Girişim
<b>EK 3</b>	Bilgilendirilmiş Onam Formu - Kontrol

<b>EK 4</b>	Kişisel Bilgi Formu
<b>EK 5</b>	Morisky Uyum Ölçeği
<b>EK 6</b>	Genel Öz Yeterlik Ölçeği
<b>EK 7</b>	Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği
<b>EK 8</b>	Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği
<b>EK 9</b>	Telefonla İzlem ve Görüşme İçeriği
<b>EK 10</b>	Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları
<b>EK 11</b>	Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu
<b>EK 12</b>	Discern Kılavuzu
<b>EK 13</b>	Sister Calistra Roy'un Uzman Görüşü
<b>EK 14</b>	Eğitim Planı
<b>EK 15</b>	Ön Uygulama Planı
<b>EK 16</b>	Telefon Görüşmeleri ile İlgili Hasta Yönlendirme Protokolü
<b>EK 17</b>	Hastane İzin Yazısı
<b>EK 18</b>	Etik Kurul İzin Yazısı
<b>EK 19</b>	Ölçek İzin Yazıları
<b>EK 20</b>	Eğitim Kitapçığı İçeriği
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 2.1</b>	Günlük önerilen besin öğeleri alım miktarları	6
<b>Tablo 2.2</b>	Öz yeterliği artırma stratejileri	13
<b>Tablo 2.3</b>	Roy Uyum Modeli uyum alanları	18
<b>Tablo 3.1</b>	Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları	24
<b>Tablo 3.2</b>	Örnekleme özellikleri	25
<b>Tablo 3.3</b>	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri	28
<b>Tablo 3.4</b>	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri	29
<b>Tablo 3.5</b>	Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği alt ölçek madde ve puanları	33
<b>Tablo 3.6</b>	Discern Kılavuzu değerlendirme sonuçları	37
<b>Tablo 3.7</b>	Ön uygulama sonrası yapılan değişiklikler	38
<b>Tablo 3.8</b>	Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel teknikler	43
<b>Tablo 4.1</b>	Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	45
<b>Tablo 4.2</b>	Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması	47
<b>Tablo 4.3</b>	Hastaların öz yeterlik puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	48
<b>Tablo 4.4</b>	Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz yeterlik puan ortalamalarının karşılaştırılması	49
<b>Tablo 4.5</b>	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uyum davranışları	51
<b>Tablo 4.6</b>	Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uyumuna ilişkin son test verileri	52
<b>Tablo 4.7</b>	Hastaların Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi	53
<b>Tablo 4.8</b>	Girişim ve kontrol grubu hastalarının Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	55
<b>Tablo 4.9</b>	Hastaların fiziksel parametre puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişim	57

<b>Tablo 4.10</b>	Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre puan ortalamalarının karşılaştırılması	58
<b>Tablo 4.11</b>	Yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve baş etme uyum süreci arasındaki ilişki	60
<b>Tablo 4.12</b>	Yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve baş etme uyum sürecine ilişkin regresyon analizi sonuçları	61
<b>Tablo 4.13</b>	Telefon görüşmesinin değerlendirilmesi	62



## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 2.1</b>	Miyokard enfarktüsünde Roy Uyum Modeline yönelik çevresel uyaranlar	21
<b>Şekil 2.2</b>	Başetme mekanizmaları, uyum alanları ve hastalık algısı ilişkisi	22
<b>Şekil 3.1</b>	Consort şeması	26
<b>Şekil 3.2</b>	Araştırmanın kavramsal-teorik -deneysel yapısı	31
<b>Şekil 3.3.</b>	Eğitim kitapçığı oluşturulma aşamaları	36
<b>Şekil 3.4</b>	Araştırma uygulama basamakları	41
<b>Şekil 4. 1</b>	Hastaların yaşam kaliteleri alt ölçek puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	46
<b>Şekil 4.2</b>	Hastaların Öz Yeterlik puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	48
<b>Şekil 4.3</b>	Hastaların Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi	54
<b>Şekil 4.4</b>	Başetme ve uyum süreci ile öz yeterlik arasındaki ilişki	61

## SİMGELER ve KISALTMALAR

<b>AHA</b>	American Heart Association-Amerikan Kalp Birliği
<b>AKŞ</b>	Açlık Kan Şekeri
<b>BKI</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>BUSÖ</b>	Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği
<b>ESC</b>	European Society of Cardiology - Avrupa Kardiyoloji Derneği
<b>GÖYÖ</b>	Genel Öz Yeterlik Ölçeği
<b>HbA1c</b>	Glikolize Hemoglobin
<b>HDL</b>	High Density Lipoprotein - Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
<b>KAH</b>	Koroner Arter Hastalığı
<b>LDL</b>	Low Density Lipoprotein - Düşük Yoğunluklu Lipoprotein
<b>MIDAS</b>	Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği
<b>OECD</b>	Organisation For Economic Co-Operation And Development
<b>SAS</b>	Statistical Analysis System
<b>SCORE</b>	Systematic Coronary Risk Evaluation Project-Sistematik Koroner Risk Değerlendirme Projesi
<b>TEKHARF</b>	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
<b>TKD</b>	Türk Kardiyoloji Derneği

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Koroner arter hastalığı (KAH) dünyada ve ülkemizde morbidite ve mortalitesi yüksek önemli sağlık sorunlarından biridir (Storm ve ark. 2016). Dünyada her yıl 7 milyondan fazla kişi KAH nedeniyle ölmekte ve bu durum tüm ölümlerin %12.8'ini oluşturmaktadır (<http://www.who.int/whosis/en>, Erişim tarihi:15 Ocak 2015). TEKHARF çalışması 2017 verileri Türk erişkinlerinde KAH mortalite ve prevalansının Avrupa ülkelerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (TEKHARF, 2017). Amerikan Kalp Birliği 2015 yılı verilerine göre miyokard enfarktüsü prevalansı ise 40-59 yaş arası erkeklerde %3.3, kadınlarda %1.8; 60-79 yaş arası erkeklerde %11.3, kadınlarda %4.2 olarak açıklanmıştır (AHA, 2015).

Miyokard enfarktüsü sonrası sosyal, psikolojik ve fiziksel kısıtlılıklar bireylerin yaşam kalitelerini, öz yeterlik düzeylerini olumsuz yönde etkilemekte ve uyumu güçleştirmektedir (Katch ve Mead, 2010; Rančić ve ark., 2013; Larsen, 2013; Yan ve ark., 2014). Yapılan çalışmalar hastaların miyokard enfarktüsü sonrası yaşam tarzı değişikliği gerçekleştirmede zorluk yaşadığını ve bu değişikliklere uyum ile enfarktüs riskinin azaldığını göstermektedir (Tuomaala ve ark., 2012; Larsen, 2013; Yan ve ark., 2014; AHA, 2014a). Uyumu artırmada ev ziyaretleri, telefonla izlem ve motivasyonel görüşmeler yapma, öz yönetimi artırma, eğitim verme ve danışmanlık yapma gibi bir çok girişim kullanılmaktadır (Beswick ve ark., 2005; Davies ve ark., 2010; Karmali ve ark., 2014). Bu girişimler arasında eğitimin farkındalık ve sorumluluğu artırarak, yaşam tarzı değişikliğine katkı sağlamada, telefonla izlemin yaşam kalitesi ve öz yeterliği artırma, stresi azaltma, hastaneye tekrarlı yatışları önlemede etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Riegel ve ark., 2002; Harkness ve ark., 2005; Eshah ve Bond, 2009; Taylor ve ark., 2010; Leemrijse ve ark., 2012; Hawkes ve ark., 2013; Anderson ve Taylor, 2014; Black ve ark., 2014),

Hemşirelik müdahalelerinin etkinliğini artırmada kuram temelli girişimlerin uyumu sürdürmede katkısı olduğu bilinmektedir (Roy, 2008; Çatal ve Dicle, 2011; Naga and Atiyyat, 2013). Roy'un Uyum Modeli Callistra Roy tarafından 1960'larda geliştirilmeye başlanan etkileşim modelidir ve insan-çevre arasındaki etkileşime odaklanmaktadır (Fawcett, 2006). Model hemşirelikte araştırma, uygulama ve eğitim

alanında en yaygın kullanılan, sürekli test edilen ve geliştirilen modellerden biridir (Fawcett, 2006; Naga and Atiyyat, 2013). Ana kavramı uyum olan modele göre hemşireliğin amacı bireyin çevresel uyaranlara karşı düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmalarını kullanarak fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında etkili uyum davranışlarını oluşturmak ve bireyi mükemmel uyum düzeyine ulaştırmaktır (Çatal ve Dicle, 2011; Zhang, 2013; Naga ve Atiyyat, 2013). Literatürde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öz yeterlik, yaşam kalitesi ve yaşam tarzı değişikliğine uyumu artırmada Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlem yönteminin kullanıldığı randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda Roy Uyum Modeline temellendirilerek verilen eğitim ve telefonla izleme hastaların taburculuk sonrası yaşam kalitesi, öz yeterliğin artırılması ve yaşam tarzı değişikliğine uyumun sağlanması hedeflenmektedir. Ayrıca bu araştırmadan elde edilen bilgilerle hemşirelerin miyokard enfarktüsü geçiren hastalara daha kaliteli bakım vermesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı miyokard enfarktüsü geçiren hastalara uygulanan Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisini incelemektir.

## **1.3. Araştırmanın Varsayımları**

- Miyokard enfarktüsü geçiren bireyler kendi bakımları için sorumluluk almak ve hastalıkları ile ilgili bilgi edinmek isterler.
- Miyokard enfarktüsü geçiren bireyler hastalık sonrası değişikliklere bilişsel, duygusal ve davranışsal olarak uyum sağlamak isterler.

## **1.4. Araştırmanın Hipotezleri**

**1. H<sub>1</sub>:** Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır.

**2. H<sub>1</sub>:** Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öz yeterlik düzeyini artırmaya etkisi vardır.

**3. H<sub>1</sub>:** Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların baş etme ve uyum süreçlerini artırmaya etkisi vardır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Miyokard Enfarktüsü ve Risk Faktörlerinin Yönetimi

Kardiyovasküler hastalıklar dünyada ve ülkemizde önde gelen ölüm nedenlerindedir (<http://www.who.int/whosis/en>, Erişim tarihi:15 Ocak 2015). Dünyada her yıl 7 milyondan fazla kişi KAH nedeniyle ölmekte ve bu tüm ölümlerin %12.8'ini oluşturmaktadır (<http://www.who.int/whosis/en>, Erişim tarihi:15 Ocak 2015). KAH, geniş ölçüde yaşa ve cinsiyete bağlı olarak değişmektedir. İlerleyen her on yaş, hastalığa yakalanma riskini iki kat artırmaktadır. Erkeklerde kadınlardan yaklaşık yedi yıl erken başlamakta ve daha sık görülmektedir (AHA, 2014a). Amerikan Kalp Birliği verilerine göre miyokard enfarktüsü prevalansının 40-59 yaş arası erkeklerde %3.3, kadınlarda %1.8; 60-79 yaş arası erkeklerde %11.3, kadınlarda %4.2 olduğu bildirilmektedir (AHA, 2015). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013 yılı verilerine göre ise genel ölümlerin %37.9'u kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr>, Erişim tarihi: 10 Ocak 2015). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri çalışmasında Avrupa ülkelerinde KAH yıllık ölüm oranı 45-74 yaş aralığında erkeklerde binde 2 ile 8, kadınlarda binde 0.6 ile 3 arasında bildirilmiştir. Ülkemizde aynı yaş aralığında bu oran erkeklerde binde 7.6, kadınlarda 3.8 olarak bulunmuştur (TEKHARF, 2017). Sağlık Bakanlığı verilerine göre ise miyokard enfarktüsü insidansı yüzbinde 156.300, prevalansı binde 0.648 olarak belirtilmektedir (SB, 2010).

Miyokard enfarktüsü uzamış iskemiye bağlı olarak gelişen, elektrokardiyografik bulguları, miyokard nekrozunun biyokimyasal belirteçlerinin yükselmesini ve görüntülemeyi kapsayan klinik özellikler olarak tanımlanmaktadır. Enfarktüsün tam anlamıyla iyileşme süreci genellikle 5-6 hafta sürmektedir (ESC, 2013a). Son yıllarda miyokard enfarktüsü sonrası yeni rehabilitasyon programlarının oluşması, mobilizasyonun erken başlamasını sağlayarak hastanede kalma sürelerini azaltmıştır (Vlugt ve ark., 2000; Herkner ve ark., 2007). Miyokard enfarktüsü sonrası bireylerin ortalama hastanede kalma süreleri 2000 yılında ortalama 8.2 gün iken, 2009'da ortalama 7.2 güne düşmüştür. Bu düşüşe neden olan faktörler arasında daha az invaziv cerrahi prosedürlerin kullanımı, hastanede takip maliyetlerinin azaltılmak istenmesi ve evde takip-bakımı sağlayan erken taburculuk sonrası programların geliştirilmesi yer almaktadır. Günümüzde ortalama hastanede kalma süreleri en kısa

olan ülkelerin arasında beş günden az olması nedeniyle Türkiye'de yer almaktadır (OECD, 2017). Amerika'da komplikasyonsuz miyokard enfarktüsü sonrası hastanede kalma süresinin altı günden kısa olduğu, Avrupa ülkelerinde ise hastanede yatış süresinin Amerika ve Türkiye'ye göre daha uzun olduğu belirtilmektedir (Vlugt ve ark., 2000; OECD, 2017).

Kardiyovasküler hastalık ölümlerinin %40.6'sından yüksek kan basıncı, %13.7'sinden sigara, %13.2'sinden kötü beslenme, %11.9'undan fiziksel aktivite yetersizliği ve %8.8'inden anormal kan glikoz düzeyinin sorumlu olduğu belirtilmektedir (AHA, 2014b). KAH tedavisinin amacı semptomları azaltmak ve prognozu iyileştirmektir. Miyokard enfarktüsü sonrası tedavi hedefleri arasında kanıta dayalı farmakolojik tedavi, risk faktörlerinin kontrolü ve yaşam tarzı değişikliğine yönelik hasta eğitimi yer almaktadır (ESC, 2017).

- **Sigara:** Nikotin sempatoadrenal sistemi aktive ederek, kan basıncını ve kalp hızını artırmakta ve damarlarda kalıcı olarak vazokonstrüksiyona neden olmaktadır. Ayrıca trombin üretimini artırarak, trombüs oluşumunu kolaylaştırıp hızlandırmaktadır (Dörtlemez, 2001). Solunan dumanda bulunan serbest radikaller plazma düşük yoğunluklu lipoproteini (LDL) okside ederek damar duvarında enflamatuvar süreci tetiklemekte, bu da ateroskleroz ile sonuçlanmaktadır (TKD, 2012). Sistematik Koroner Risk Değerlendirme Projesi (SCORE) risk tahminlerine göre, 10 yıllık ölümcül kardiyovasküler risk, sigara içenlerde yaklaşık iki katına çıkmaktadır. Bununla birlikte 50 yaş altı sigara içenlerde miyokard enfarktüsü göreceli riski sigara içmeyenlerden beş kat daha fazla olup, sigaranın bırakılmasının miyokard enfarktüsü sonrası mortalitede %36 azalma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (TKD, 2012; ESC, 2017).
- **Diyabet:** Diyabetes mellitus KAH riskini kadınlarda yedi, erkeklerde iki-üç kat artırmaktadır. Diyabetik hastalarda tüm ölümlerin %75'i koroner kalp hastalığı sonucunda gelişmektedir. Endotel ve düz kas fonksiyon bozukluğu, inflamasyon sürecinin aktif hale geçmesi ile ortaya çıkan oksidatif stres, tromboza eğilimin artması, sempatik tonus artması, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi faktörler diyabetes mellitus nedeniyle KAH riskini artırmaktadır (Fuster ve ark., 2002; Buğra, 2006). Miyokard enfarktüsü sonrası bireysel değerlendirmeler yapılmalı,

komplasyonların varlığı ve diyabetin süresi gibi hastanın özelliklerine bağlı faktörler dikkate alınmalıdır (ESC, 2013a).

- **Hiperlipidemi:** Aterosklerotik lezyonların oluşumunda primer neden lipit ve kolesterolün arterlerde birikmesidir. Lipit lezyonlarının primer oluşum nedeni, kolesterolden zengin olan LDL kolesterol partikülleridir. Yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) partikülleri kolesterol transportunu geri döndürmede rol oynamaktadır. Ayrıca kolesterolün periferden karaciğere taşınmasını sağlamaktadır. Tedavi hedefleri LDL < 70 mg/dl ya da hedef düzeye ulaşamıyorsa LDL'nin %50 azaltılması gerekmektedir (Süzen, 2010; Öztürk ve Öztürk, 2012; ESC, 2013a).
- **Hipertansiyon:** Hipertansiyon sadece %20 olguda tek başına bulunurken, kalan %80 gibi önemli bir kısım hastada metabolik sendrom, insülin direnci, tiroid bezi işlev bozukluğu, erişkin başlangıçlı büyüme hormonu eksikliği ve hiperlipidemi gibi metabolik bir bozukluk eşlik etmektedir. Dislipidemi hipertansiyona eğilimi belirgin olarak artırmakta, nitrik oksit biyoyararlanımını azaltmakta ve çeşitli vazokonstriktör maddelerin salınımını artırmaktadır. Güncel verilere dayanarak, sistolik/diyastolik kan basıncı değerlerini 130–139/80–85 mmHg aralığındaki değerlere düşürmek hedeflenmektedir (Kolcu ve Şan, 2006; ESC, 2013a; ESC, 2017).
- **Fiziksel Aktivite:** Düzenli fiziksel aktivite, bilinen KAH'ı olan hastalarda morbidite ve mortalitede azalma ile ilişkilidir ve günlük aktivitelere dahil edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Haftada en az üç kez, 30 dakika süren, orta şiddetli yoğunlukta aerobik egzersiz önerilmektedir (ESC, 2013a; ESC, 2017).
- **Kilo Yönetimi:** Hem kilo fazlalığı hem de obezite, KAH'da ölüm riskini artırmaktadır (ESC, 2017). Obeziteye bağlı risk yalnızca şişmanlığın derecesi ile değil, yağ dokusunun vücuttaki dağılımı ile de ilgilidir. Karın bölgesinde yağ dokusunun yoğunlaşması ile karakterize visseral obezite, KAH riski açısından çok daha önemlidir (Süzen, 2010). Obez ve aşırı kilolu kişilerde kan basıncı, dislipidemi ve glukoz metabolizması üzerine olumlu etkiler elde etmek için kilo verme önerilmektedir (ESC, 2017). Güncel kılavuzlar beden kitle indeksinin (BKİ) 25 kg/m<sup>2</sup> altında olmasını optimal kabul etmekte (ESC, 2017) ve BKİ 30

kg/m<sup>2</sup> ve daha fazla olduğunda ve bel çevresi erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm olduğunda kilo kaybı obezite ile ilişkili pek çok risk faktörünü düzelttiğinden, kilo verilmesi önerilmektedir (ESC, 2017).

- **Diyet:** Özellikle lipoprotein düzeylerini etkileyen yağ asitleri, mineraller, vitaminler ve lif KAH açısından önemli besinler olarak görülmektedir (TKD, 2012). LDL kolesterol düzeyini düşürmek için, diyet enerjisinin %10 ve daha azının doymuş yağ asitlerinden geldiği Akdeniz diyeti önerilmektedir. Bu diyet aynı zamanda trans yağ asitlerinin alımını da azaltmayı önermektedir. Çoklu metabolik risk faktörü ve obez olan bireyler için tedavi, kalori kısıtlaması ve artmış enerji tüketimi ile başlamaktadır. Meyve, sebze, lif tüketiminin ağırlıklı olduğu, düşük sodyum düzeyinin sağlandığı, haftada bir-iki kez balık ve günde 30 gr yağlı tohum içeren diyet önerilmektedir (TKD, 2012; ESC, 2017). Günlük önerilen besin öğeleri alım miktarları Tablo 2.1’de verilmiştir.

**Tablo 2.1.** Günlük önerilen besin öğeleri alım miktarları

Doymuş Yağ Asitleri	Toplam alınan kalorinin <%7
Tekli Doymamış Yağ Asitleri	Toplam alınan kalorinin >%20
Çoklu Doymamış Yağ Asitleri	Toplam alınan kalorinin >%10
Toplam Yağ	Toplam alınan kalorinin %25–30
Karbonhidrat	Toplam alınan kalorinin %50–60
Diyet Posası	25-30g
Protein	Toplam alınan kalorinin yaklaşık %15
Kolesterol	< 200mg
Enerji	Enerji alımı ve harcaması dengeli, ideal vücut ağırlığı korunmalı

## 2.2. Miyokard Enfarktüsünde Yaşam Tarzı Değişikliği ve Uyum

Miyokard enfarktüsü tedavisinde temel amaç kardiyak olayın tekrarlamasını ve komplikasyonları önlemek, yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlamaktır. Miyokard enfarktüsü risk faktörlerinin yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri Amerikan Kalp Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından vurgulanmaktadır (ESC, 2017; ESC, 2013a; ESC, 2013b; AHA, 2014a; AHA, 2014b). KAH risk faktörlerinden özellikle dislipidemi, hipertansiyon, obezite, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme ve sigara kullanımı sürekli artmaktadır. Bu risk faktörlerinin tümünün değiştirilebilir olduğu bilinmektedir. Ancak önlemek ve kontrol etmek için girişimlerin yetersiz olduğu (ESC, 2012; AHA, 2014a; AHA, 2014b), hayat boyu süren alışkanlıkların kolay değiştirilemediği ve bu değişikliklerin gerçekleşmesinin uzun zaman alacağı

belirtilmektedir (Jensen ve Petersson, 2003; Hanssen ve ark., 2005; Eshah ve Bond, 2009; White ve ark., 2010; ESC, 2013b).

Miyokard enfarktüsü sonrası yaşam tarzı değişikliği ile enfarktüs riski ve mortalite oranı azalmaktadır (ESC, 2012). Yapılan çalışmaların sonuçları miyokard enfarktüsünden sonra egzersiz programlarının ölüm oranını %20, sigarayı bırakmanın yeni bir enfarktüs riskini ve bıraktıktan bir yıl sonra ölüm oranını %50, diyet değişikliğinin ve lipid düşürücü ilaçların kullanılmasının ise yeni bir enfarktüs riskini %34, total ölüm oranını %30 azalttığını göstermektedir (ESC, 2013b; AHA, 2014a; AHA, 2014b; ESC, 2017).

Miyokard enfarktüsünde komplikasyonların önlenmesi, semptomların azaltılması, psikososyal iyilik durumunun devamlılığı için başetme ve uyumun önemi vurgulanmaktadır (Garnefski ve ark., 2009; Mierzyńska ve ark., 2010; Tuomaala ve ark., 2012). Uyum insanın kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyon olarak ifade edilmektedir (Duru, 2008). Miyokard enfarktüsü tanısı sonrası diyet uygulaması, fiziksel etkinliğin artırılması, kilo verme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakoterapi tedavisine devam etme hastalığa uyumu göstermektedir (Beswick ve ark., 2005; Uzun, 2007; Hacıhasanoğlu, 2009; Kep ve ark., 2013). Hastanın sağlıklı bir yaşam tarzını benimseyip sürdürmeye isteksiz olması, yaşam tarzı değişikliğini nasıl yapacağı ile ilgili kararsızlık yaşaması, hasta uyumunu takip etmede yetersizlik uzun süreli uyumu zorlaştırmakta veya uyumsuzluğa neden olmaktadır (Hacıhasanoğlu, 2009; White ve ark., 2010). Kontrollere düzenli gitmeme, sigara içme, fiziksel aktivite yetersizliği, fazla kalori alımı, yağ ve sodyumdan zengin diyet gibi sağlıksız alışkanlıkları sürdürme yaygın ve önemli uyumsuzluk göstergelerindedir (Beswick ve ark., 2005; Uzun, 2007; Hacıhasanoğlu, 2009; Kep ve ark., 2013).

Uyumun artması miyokard enfarktüsü sonrası hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönmelerine, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürmelerine ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullara ulaşmalarına olanak sağlayacaktır (Kep ve ark., 2013; Karmali ve ark., 2014). Kardiyak rehabilitasyona yönelik yapılan girişimlerin hastaların uyumunu kolaylaştırdığı saptanmıştır (Beswick ve ark., 2005). Bu girişimler arasında yapılandırılmış hemşire-hasta görüşmeleri, taburculuk sonrası erken görüşme, hastalara yazılan motivasyon mektupları, motivasyonel telefon görüşmeleri, ev

ziyaretleri ve hastanın sağlık profesyoneli ile iletişime geçerek kendini izlemesi, eylem planlaması ve özel danışmanlık yer almaktadır (Davies ve ark., 2010; Karmali ve ark., 2014). Ayrıca kuram odaklı girişimlerin, hastaları telefonla izlemenin, motive edici bilgi vermenin ve öz yönetimi sağlamanın uyumu artırdığı saptanmıştır (Beswick ve ark., 2005).

Miyokard enfarktüsü sonrası hastalar fiziksel değişiklerin yanında çeşitli stresörler ve psikososyal güçlükler yaşamaktadır (Beswick ve ark., 2005; Tuomaala ve ark., 2012; Larsen, 2013). Hastaların karşılaştıkları duygusal, ailesel, sosyal, mesleki ve cinsel sorunların çözümü, sağlık durumlarını kabul etme durumları ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumda hastaların stres ve öfke ile başetme deneyimleri önemli bir etken olarak görülmektedir (Garnefski ve ark., 2009; Mierzyńska ve ark., 2010; Türkmen ve am, 2012; Tuomaala ve ark., 2012). Bařetme kavramı, insanların yaşamlarını devam ettirirken karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri veya yolları olarak açıklanmaktadır (Nordin ve ark. 2010). Bařetme, insanın içsel ve dışsal isteklerini kontrol etmek için, bilişsel ve davranışsal çabalarda bulunarak hayatı tehdit eden durumlarda eylemlerine kararlı bir şekilde değer biçtiği, dinamik ve değişken bir süreçtir. Bu süreç başarılı ya da başarısız olarak hem mücadele talepleri hem de mücadele tarzlarını içermektedir (Lazarus ve Folkman,1984; Snyder ve Crowson, 1998).

Stresli olayları ‘tehdit’ten çok ‘değişiklik’ olarak değerlendiren bireylerin başetmeyle ilgili çeşitli stratejileri tanımladığı görülmektedir. Bunlardan problem odaklı başetme, tanımak, analiz etmek ve stres olaylarının sebebini araştırmak, problemi yaratan olayları planlı bir biçimde ortadan kaldırmak veya problemleri çözmek, amaç edinmek, otokontrolü artırmak için yeni teknikleri iyi bilmek, sorumluluğunu kabul etmek olarak açıklanmaktadır (Lazarus ve Folkman,1984; Snyder and Crowson, 1998; Genç, 2005). Duygu odaklı başetme stratejisi ise doğrudan bir problemin çözümüne yöneltilmemiştir. Kişilerin duygularını düşünerek ya da yaparak srelendirmesini ifade etmektedir (Lazarus and Folkman,1984; Snyder and Crowson, 1998; Genç, 2005). Miyokard enfarktüsü sonrası hastaların gösterdiği olumlu başetme deneyimleri arasında durumun kabul ve düşüncelerin kontrolü, aile üyeleriyle paylaşımda bulunma, geleceğe odaklanma ve tutarlı davranışlar gösterme yer almaktadır. Olumsuz başetme deneyimleri arasında ise durumun ciddiyetinin

reddi ve duygusal tükenme, utanç ve suçluluk duygusu, güvensizlik, depresif ve hastalık merkezli davranışlar yer almaktadır (Tuomaala ve ark., 2012).

Psikososyal faktörlerle artmış kardiyovasküler hastalık riski arasındaki bağlantının mekanizmaları daha sık sigara içmek, sağlıksız yiyecek seçimi ve daha az fiziksel egzersiz, artan sağlık hizmeti kullanımı, davranış değişikliği önerilerine ve ilaçlara daha az uyum olarak belirtilmektedir (Garnefski ve ark., 2009; Mierzyńska ve ark., 2010; Türkmen ve Çam, 2012; Tuomaala ve ark., 2012). Düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek eksikliği, iş stresi, aile yaşamında depresyon, anksiyete ve D tipi kişilik hastaların klinik seyrinin kötüleşmesine neden olmaktadır (ESC, 2012). Ayrıca, depresyon ve kronik stresi olan kişilerde hipotalamo-pituiter aksta ve diğer endokrin belirteçlerde de değişiklikler görülmektedir. Bu değişiklikler homostatik ve enflamatuar süreçleri, endotel işlevlerini ve miyokard perfüzyonunu etkilemektedir (ESC, 2012). Stres yönetiminin bu koşullarda yararlı olduğuna dair kanıtlar literatürde belirtilmiştir (Tuomaala ve ark., 2012; Mierzyńska ve ark., 2010; ESC, 2013b).

### **2.3. Miyokard Enfarktüsünde Yaşam Kalitesi**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşam kalitesi; kişinin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlanmıştır (<http://www.who.int/>, Erişim tarihi:10 Ocak 2015). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bireylerin fiziksel, psikolojik, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarındaki iyilik halini değerlendirmektedir. Ayrıca bu kavram kişinin yaşamındaki tüm deneyimlerinin kendisi tarafından değerlendirilmesini kapsamaktadır (Yılmaz ve ark., 2011; Demir ve Özer, 2014).

Yaşam kalitesi kavramı öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimleri, daha sonraki yıllarda psikoloji bilimi, 1970-80 yıllarında ise tıp alanında ele alınmıştır. Hemşirelik alanında kullanımı ise 1980-90 yıllarında başlamıştır (Gürel, 2007). Tıp alanında yaşam kalitesi, hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir. Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyinin yanında algılarının değerlendirilmesi ve hissettiği “doyum” şeklinde de yorumlanmaktadır. Son yıllarda hemşirelik mesleğinde yaşam kalitesi kavramı kronik hastalığı olan bireyler için önemli hale gelmiştir. Bu konuda bilimsel araştırmalar yaygınlaşmış ve yaşam kalitesini arttıran girişimlerin önemi vurgulanmıştır (Fallowfield, 2009; Kutlu ve ark., 2011; Demir ve Özer, 2014).

Bireylerin bakım ve tedavisinde sağlığa ilişkin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımında hastalara bütüncül yaklaşımı sağlaması açısından da önemli görülmektedir (Gürel, 2007; Uysal ve ark., 2009; Fallowfield, 2009).

Miyokard enfarktüsü genellikle üretken yaş grubunda daha sık görülmesi, akut dönem sonrası ritim problemleri, kalp yetmezliği, post-enfarktüs anjina gibi ciddi sorunlara yol açması, tekrarlaması ve iş gücü kayıpları ile getirdiği ekonomik yük nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte ve yaşam kalitesini etkilemektedir (Vlugt ve ark., 2000; Chan ve ark., 2004; Mendis ve ark., 2005; Schweikert ve ark., 2009; Yılmaz ve ark., 2011; Cepeda ve ark., 2011; Rančić ve ark., 2013; AHA, 2014b; AHA, 2015). Yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında özellikle göğüs ağrısı, anksiyete ve depresyon yer almaktadır (Schweikert ve ark., 2009; Rancic ve ark., 2013). Miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda ilk bir-iki günde anksiyete ön planda iken, ikinci günde inkar ve tedaviyi reddetme, üç ve sonraki günlerde ise depresyon daha sık görülmektedir (Güneş ve ark., 2002; Ilić ve Apostolović, 2002; Katch ve Mead, 2010). Özellikle kadınlarda erkeklere göre miyokard enfarktüsü sonrası dispne, güçsüzlük ve uyku problemleri daha yüksek oranda görülmektedir. Rancic ve arkadaşları (2013) yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında, miyokard enfarktüsü sonrası hastaların ilk aylarda yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini belirtmekte ve koroner anjiyografi uygulanan hastaların trombolitik tedavi uygulanan hastalara göre göğüs ağrılarının azalması nedeniyle yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan çalışmalar hastaların yeterli bilgilendirme ve eğitim ile kendilerini daha iyi hissettiğini, fiziksel aktivite ve yaşam kalitelerinin arttığını göstermektedir (Chan ve ark., 2004; Kurçer ve Özbay, 2011). Uysal ve Özcan (2012)'ın yaptığı çalışmada miyokard enfarktüsü sonrası taburculuk eğitimi verilen ve telefonla izlenen girişim grubu hastalarında bilgi düzeyinin artması, duygu durumunun olumlu yönde etkilenmesi, tedaviyle ilgili memnuniyetin artması, aktiviteyle ilgili sınırlılıkların azalması sonucunda yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Sonuç olarak yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalıkların bireyin günlük yaşamı üzerine etkisini, algılarını, bilgi durumlarını, hastalık süresince sosyal, emosyonel ve fiziksel desteğe ihtiyacının belirlenmesini sağlamaktadır. Ayrıca yaşam kalitesi ölçümü bakımın



planlanması, koordine edilmesi ve değerlendirilmesini sağlamada sağlık profesyonellerine önemli bilgiler sunmaktadır (Cepeda ve ark., 2011).

#### **2.4. Miyokard Enfarktüsünde Öz Yeterlik**

Öz yeterlik kavramı, insan davranışının önemli bir belirleyicisi olarak Sosyal-Bilişsel Kuramcı Bandura tarafından tanımlanmış ve daha sonra da bu kavramı ele alan pek çok kuramsal ve deneysel çalışma yapılmıştır (Bandura, 1994; Sarkar ve ark., 2007; Zotti ve ark., 2007; O'Neil ve ark., 2013; Fors ve ark., 2014). Öz yeterlik, kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alınca kadar sürdürebileceğine olan inanç olarak tanımlanmıştır (Bandura, 1994). Öz yeterlik kavramı, bir eylemin planlanması, gerekli becerilerin farkında olunması ve örgütlenmesi, zorluklarla birlikte elde edilecek kazançların gözden geçirilmesi sonucunda oluşan güdülenme düzeyi gibi öğelerden oluşmaktadır (Kurbanoğlu, 2004; Yıldırım ve İlhan, 2010; Kaya, 2013).

Davranış değişimi ve sürdürülmesinde önemli bir kavram olarak görülen öz yeterlik kavramı; bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim süreci olmak üzere dört temel süreci içermektedir (Bandura, 1994). Bandura'ya göre insan işlevselliği, bireyin kendi bilişi, duyguları, davranışları ve çevresel etmenler arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Birey kendi davranışlarını gözleyip, kendi ölçütleriyle karşılaştırarak yargıda bulunup, gerekli durumlarda davranışlarını ölçütlerine uygun hâle getirmektedir (Bandura, 1977; Bandura, 1994). Kişisel deneyimler, başkalarının deneyimlerinden çıkarılan sonuçlar, sosyal ikna, kişinin fizyolojik ve duygusal durumu öz-yeterlik algısını etkileyen dört ana faktör olarak belirtilmektedir.

**a) Kişisel Deneyimler:** Öz yeterlik duygusunu güçlendirmede ve davranış değişiminde kişisel deneyimlerin kullanılmasının en etkili yöntem olduğu belirtilmektedir (Bandura, 1994; Kurbanoğlu, 2004; Carrol ve Rankin, 2006; Jackson, 2010). Eğer birey sadece kolay başarıları deneyimlediyse, bu alandaki deneyim eksikliği nedeniyle cesaretleri kolayca olumsuz etkilenebilir (Bandura, 1994).

**b) Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar:** Öz yeterlik duygusunu oluşturmanın veya güçlendirmenin bir diğer yolu toplumsal olaylarla ilgili dolaylı olarak yaşanan deneyimlerin kullanılmasıdır (Bandura, 1994). Bu yöntem

modelleme olarak da bilinir. Başkalarının yaşadığı deneyimlerin kullanılması, kişinin kendini başkalarıyla karşılaştırma sürecini başlatır (Du ve ark., 2011). Kendilerine benzer insanların başardığını görmek, gözlemcilerin başarılı olmaya yönelik inanç ve yeteneklerinin artmasını sağlar (Bandura, 1994).

**c) Sosyal İkna:** Başarılı olma yolunda üçüncü yöntem, bireyin inançlarını güçlendirmede sosyal ikna yönteminin kullanılmasıdır. İkna edici tutum başarıya ulaşmada becerilerin gelişimini ve kişisel etkinlik duygusunu teşvik etmeyi sağlar. Fakat gerçekçi olmayan ikna yöntemlerinin kullanımı, bireyin çabaları üzerinde hayal kırıklığına sebep olabilir (Bandura, 1994). Bu yöntem, davranışla ilgili olumlu geribildirim alma, öz yeterliğin korunması ve geliştirilmesine yardımcı olabilir (Du ve ark., 2011).

**d) Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu:** Son olarak öz yeterliği güçlendirmede kişinin fizyolojik ve duygusal durumu da yeteneklerini değerlendirme ve süreçle ilgili karar vermede etkili olarak görülen yöntemlerden biridir. Örneğin birey tarafından yaşanan stres, kötü performansın bir işareti olarak yorumlanabilir. Fizyolojik yeteneklerin güç ve dayanıklılık içeren etkinliklerle öncelikli olarak değerlendirilmesi, öz yeterliğin bu alanda uygulanabilirliğini belirler. Duygu durumu da ayrıca bireylerin kişisel yeterliklerine karar vermede etkilidir (Bandura, 1994).

Miyokard enfarktüsü sonrası iyileşme veya kardiyak olayın yeniden görülmesinin bireyin klinik durumu ve birçok psikososyal faktörle ilişkili olduğu düşünülmekle birlikte; "öz yeterlik" kavramının iyileşme üzerinde önemli bir rolünün olduğu görülmektedir (Fors ve ark., 2014). Araştırmalar bireylerin kendi öz yeterliklerine inanmalarının yaşam tarzı değişikliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni ise "algılanan öz yeterliğin" davranışsal seçimleri etkilemesidir (Bandura, 1977; Katch ve Mead, 2010; Fors ve ark., 2014; Phillips, 2014).

Bandura'nın ortaya attığı öz-yeterlik kavramı birçok farklı alan gibi sağlık alanına da uyarlanmıştır. Ülkemizde özyeterliği ölçmeye yönelik çalışmalarda çoğunlukla okul başarısı üzerine odaklanıldığı görülmektedir. Öz yeterliği artırmayla ilgili stratejilerin kronik hastalık yönetiminde, özellikle yaşam tarzı değişikliği gerektiren koroner kalp hastalarının kardiyak fonksiyonları üzerinde ve hastalığın yönetiminde etkili olduğu

da son zamanlarda önemle vurgulanmaktadır (Marks ve ark., 2005; Sarkar ve ark., 2007).

Öz yeterlikle ilgili yapılan çalışmalar, öz yeterlik düzeyinin artmasının kardiyovasküler risk faktörlerini azalttığını, davranışlarla ilgili öz yönetimi, psikososyal iyilik halini ve yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir (Zotti ve ark., 2007; Fors ve ark., 2014). Öz yeterliği artırmada gerçekçi hedefler belirleme ve önerilen davranışları hastanın kendisinin izlemesi, pozitif bir sonuç elde etmede temel yöntemdir. Böylece, seçilen davranışta hastanın kendi başına elde ettiği etkililik artacak ve daha sonra yeni hedefler seçilebilecektir (ESC, 2007; Woodgate ve Brawley, 2008). Hastalıkla ilgili kontrol duygusu ve algılanan semptomların yönetimine ilişkin hastaneden taburcu olmadan önce yapılmaya başlanan uygulamalar, bireylerin rehabilitasyon programlarına uyumunu artırarak, uzun süreli yaşam tarzı değişikliğinin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır (Lau-Walker, 2007). Öz yeterliği artırma stratejileri Tablo 2.2'de yer almaktadır.

**Tablo 2.2.** Öz yeterliği artırma stratejileri

- 
- Öğrenme stratejileri (tartışma, beyin fırtınası, hedef belirleme, modelleme) kullanma
  - Birey için önemli olan yakınlarının (eş ve aile üyeleri) bakıma katılımını sağlama
  - Egzersiz, gıda seçimi, kilo kontrolü, korku, depresyon ve anksiyete ile ilgili öz-yönetim stratejilerini artırma
  - Hastalıkla ilişkili duygusal ve fizyolojik tepkiler, karar verme, gerekli bilgi ve beceri, problem çözme gibi yeteneklerin birey tarafından değerlendirilmesini artırma
  - İstenilen değişikliklere ulaşabilmek için cesaret, ikna gibi doğrudan veya dolaylı destek sistemlerini kullanma
  - Kılavuzlar ve çok bileşenli öğretim stratejileri kullanma
  - Hem bireysel hem de küçük grup müdahale yaklaşımlarını kullanma
- 

(Marks ve ark., 2005; Woodgate ve Brawley, 2008)

## **2.5. Miyokard Enfaktüsünde Telefonla İzlem ve Danışmanlık**

Telefonla destek ve telefonla problem çözme çalışmaları dünyada ilk olarak 1985'te ortaya atılmıştır (Hindistan ve Çilingir, 2012). Amerikan Hemşireler Birliği telefonla izlem hemşireliğini hemşirelik uygulamalarının bir şekli olarak onaylamıştır (<http://nursingworld.org/member/practice>, Erişim tarihi: 10.02.2015). Telefonla izlemin yararları arasında uygulamanın kolay olması, hasta izlemlerinin yapılabilmesi, bakımda sürekliliğin sağlanması ve sağlık bakım gereksinimlerini gidermeye yönelik bilgi sunması yer almaktadır. Ayrıca telefonla izlem engellerin

azaltılması, bilgi ve motivasyon eksikliğinin giderilmesi, uyumu kolaylaştırması açısından da önemli bulunmaktadır (Hawkes ve ark. 2013; Hindistan ve ilingir, 2012; Phillips, 2014). Yan ve arkadaşları (2014) telefon görüşmelerinin hastalık algısına pozitif yönde etki ederek, hastaların algısı ile yaşam tarzı değişikliği ihtiyacının aynı noktada kesiştiğini, genetik ya da şans olarak belirtilen hastalık algısının daha az nitelendirildiğini belirlemişlerdir. Yapılan alışmalar telefonla izlemin hasta memnuniyetini artırdığını, stresi azalttığını ve hastaneye tekrarlı yatışları önlediğini göstermektedir (Riegel ve ark., 2002; Harkness ve ark., 2005; Daugherty ve ark., 2005). Ayrıca telefonla izlem fiziksel aktiviteyi artırma, uygun diyeti sağlama, kolesterolü azaltma, kan basıncını düşürme, semptomları azaltma, HbA1c %6.5 altında tutma, sigarayı azaltma/bırakma, ilaç uyumunu artırma, bakımda hasta katılımını artırma, yaşam kalitesi ve öz yeterliği artırma, acil servise başvuru sıklığını azaltmada etkili görölmüşür (Leemrijse ve ark., 2012; Hawkes ve ark., 2013; Black ve ark., 2014). Yapılan çalışmalarda telefonla izlem sıklıklarının ise genellikle taburculuk sonrası ilk ayda iki-üç kez, sonraki aylarda ayda bir veya iki ayda bir olduğu saptanmıştır (Carol ve Rankin, 2006; Hanssen ve ark., 2007; Mok ve ark., 2013).

Telefonla görüşme yaparken çeşitli ilkeleri göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Telefonla görüşülen bireylerin öncelikle hazır oluşuğu değerlendirilmelidir. Bireylere açık uçlu sorular sorulması, görüşmenin objektif olmasını, devam etmesini ve hastayla ilgili bilgilere daha kolay ulaşılmasını sağlayacaktır (ınar, 2005). Ayrıca etkili bir telefon görüşmesi için hastalara pozitif geri bildirimlerin verilmesi, uygun olmayan başetme stratejileri yerine alternatif başetme stratejileri geliştirme, yeni hedeflerle ilgili planlamaları yapma (Hawkes ve ark., 2013), hastanın anladıklarını geri anlatma metodunu kullanma (Black ve ark., 2014), telefon görüşmesi sonunda özetleme yapma, hastaları cesaretlendirme (Hanssen ve ark., 2009) ve bir sonraki görüşmenin planlamasını yapmanın gerekliliği belirtilmektedir (Daugherty ve ark., 2005; Leemrijse ve ark., 2012).

## **2.6. Roy Uyum Modeli**

Hemşirelerin bakımı daha iyi duruma getirmek için kuramlara gereksinimi bulunmaktadır. Teori kullanımının eğitimde, uygulamada ve araştırmada birçok yararı bulunmaktadır (Fawcett, 2006; Jones, 2007; Cody, 2013; atal ve Dicle, 2011;

Şimşek ve Dicle, 2013; Zhang, 2013; Naga ve Atiyyat, 2013). Roy Uyum Modeli hemşirelikte araştırma, uygulama ve eğitim alanında en yaygın kullanılan, sürekli test edilen ve geliştirilen modellerden biridir (Fawcett, 2006; Naga ve Atiyyat, 2013; (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>, Erişim tarihi 10 Şubat 2018).

Roy Uyum Modeli Callistra Roy tarafından 1960'larda geliştirilmeye başlanan etkileşim modelidir ve insan-çevre arasındaki etkileşime odaklanmaktadır (Fawcett, 2006). Roy Uyum Modelini oluştururken kuramsal ve felsefi olarak Bertalanffy (Genel sistem teorisi), Harry Helson (Adaptasyon Teorisi) Rapoport (Bireyin çevredeki uyaranlara cevap verebilme yeteneği), Selye (Genel Adaptasyon Kuramı), Coombs ve Snygg (Benlik kavramı), Dorothy Johnson (Davranışların değerlendirilmesi), Martha Roger's (Holistik yaklaşım), Dorothea Orem (Öz bakım), Coelho, Hamburg ve Adam-Lazarus, Averill ve Opton (Baş etme kavramı) ve Maslow'dan (Değer ve inançlar) yararlanmıştır (Fawcett, 2006; Tomey and Alligood, 2006; Roy, 2008).

Roy'a (2008) göre;

- **İnsan**, çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan biyopsikososyal bir varlıktır ve insan-çevre etkileşimi davranışı belirlemektedir. İnsan düzenleyici alt sistem ve bilişsel-duygusal baş etme mekanizmaları ile fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık adaptif alanlarında çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunarak adaptasyonu sağlamaya çalışan adaptif bir sistemdir. Roy bireye bütüncül bakış açısıyla bakar.
- **Çevre**, kişinin ya da grupların gelişim ve davranışlarını kapsayan tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir.
- **Sağlık**, kişi ve çevreyi karşılıklı yansıtan, bütünün başlamış ve sürmekte olduğu bir süreç ya da durumdur.
- **Hemşirelik**, bireylerin ve grupların dört adaptif alandaki uyumunu desteklemek, davranışları, uyum yeteneklerini, etkileyen faktörleri değerlendirme ve çevresel etkileşimi artırma yolu ile sağlığa, yaşam kalitesine ve onurlu bir ölüme katkı sağlamaktır (Roy, 2008).

Roy Uyum Modelini uyaranlar, baş etme mekanizmaları, uyum alanları ve davranış, uyum seviyeleri ve hemşirelik süreci olmak üzere beş kavramdan oluşmaktadır.

**Uyaranlar:** Uyaranlar insan ve çevre arasındaki etkileşimi harekete geçirir. Çevresel uyaranlar ya bireyi tehdit eder ya da adaptasyon için bireyin gelişimini artırır. Roy modelde davranışı etkileyen iç ve dış çevresel uyaranları odak, etkileyen ve olası uyaran olmak üzere üç kategoride sınıflandırmıştır (Roy, 2008). Odak uyaranlar bireyin ilk olarak yanıt verdiği, bireyin dikkat ve enerjisinin odaklandığı uyaranlardır. Birey odak uyarana odaklanır ve başa çıkmak için enerji harcar (Tomey ve Alligood, 2006; Roy, 2008). Odak uyaran durumsal ve olası uyarandan da etkilenmektedir (Zhang, 2013). Durumsal uyaranlar, odak uyarının etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyaranlardır. Bireyin dikkati ve enerjisinin odağında olmayan çevresel faktörlerdir. Çevresel faktörler olumlu veya olumsuz olabilirler. Olası uyaranlar bireyin iç ve dış çevresinden kaynaklanan, etkileri açık olmayan, henüz belirlenemeyen faktörlerdir. Kişi bu faktörlerin etkisinin farkında olmayabilir ya da uyarının etkisi direkt olarak gözlenemeyebilir. İnançlar, davranışlar, kişisel deneyimler olası uyaranları oluşturmaktadır. Geçmişten kaynaklanır ve tedaviye cevabı etkiler (Roy, 2008).

Hemşirelik girişimlerinde öncelikli olarak odak uyarana müdahale edilir, çünkü odak uyaran davranışsal yanıtta en çok etkide bulunan uyarandır. Eğer odak uyarını değiştirmek mümkün değil ise durumsal uyaran üzerine müdahale edilir (Fawcett, 2006; Roy, 2008). Ayrıca hemşirenin bireyin uyaran algısını belirlemesi de önemlidir, çünkü uyarının belirginleşmesini bireyin uyarana olan ilgisi, dikkati de etkilemektedir (Roy, 2008). Hemşirelik girişiminin etkisi, girişimden sonra gözlenen davranışların değerlendirilmesiyle mümkündür (Roy, 2008). Hemşire, davranışları etkileyen iç ve dış çevredeki odak ve etkileyen uyaranların bireyin uyum seviyesine etkisini tanımlar. Hemşire uyumlu olmayan davranışa neden olan uyarını ortadan kaldırmak ya da olumlu uyarana dönüştürmek için uyumlu davranışa neden olan uyarını bilir ve onu korur (Tomey ve Alligood, 2006).

**Başetme Mekanizmaları:** Birey bu uyaranlara uyum sağlayabilmek için baş etme mekanizmalarını kullanır. Bireyin baş etme mekanizmaları düzenleyici alt sistem (regülatör) ve bilişsel-duygusal alt sistem (kognator) olarak sınıflandırılır (Roy, 2008). Düzenleyici alt sistem bireyin nöral, kimyasal, endokrin baş etmesini içerirken, bilişsel duygusal alt sistem bireyin algısal/bilgi süreci, öğrenme, karar verme ve duygusal baş etmesini içerir (Roy, 2008). Psikolojik, sosyal, fiziksel ve

fizyolojik faktörleri içeren internal ve eksternal uyaranlar bu alt sistemde girdiler olarak etki yapar. Her iki sistem de kişinin bütünlüğünü devam ettirmesi, internal ve eksternal değişime cevap vermesi için birlikte çalışır (Tomey ve Alligood, 2006). Modele göre baş etme mekanizmalarının sonucu dört uyum alanında etkili ya da etkisiz uyum davranışları ortaya çıkmaktadır (Roy, 2008). Etkili uyum davranışları uyaranlara pozitif yanıt verme yeteneğini yansıtmaktadır (Tomey ve Alligood, 2006).

**Uyum Alanları ve Davranış:** Roy'a göre davranış uyarana gösterilen etki veya tepkilerdir (Roy, 2008). Uyum, uyarana karşı verilen pozitif cevaplardır (Naga ve Atiyyat, 2013). Roy uyaranların birey üzerindeki etkilerinin ve bireyin uyaranlarla mücadelede kullandığı baş etme mekanizmalarının etkinliğinin bireyin davranışlarında görülebileceğini açıklar (Roy, 2008). Davranışlar bir fizyolojik alan ve üç psikososyal alan olmak üzere toplam dört uyum alanında gözlenmektedir (Tablo 2.3) (Naga and Atiyyat, 2013). Roy oluşan davranışların değerlendirilmesi için fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık olarak dört uyum alanını tanımlamakta, davranış ve uyum alanlarının boyutlarını açıklarken, bütünlük fikrini ele almaktadır. Sonuçta bir uyum alanındaki davranış diğer alanlardaki davranışlara etki etmektedir ((Fawcett, 2006; Tomey ve Alligood, 2006; Roy, 2008). Bu uyum alanları şunlardır:

**a. Fizyolojik Alan:** Sistemin fiziksel olarak bütünlüğünü sürdürmesini amaçlar. Bu alan oksijenlenme, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme ve koruma, duyular, sıvı-elektrolit, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içerir (Tomey ve Alligood, 2006; Roy, 2008).

**b. Benlik Kavramı Alanı:** Bireyin belli bir zamanda kendisi ile ilgili inanç ve hislerinin bütünüdür. Beden imajı, benlik kavramı gibi ruhsal bütünlük ile ilgili temel gereksinimler ile ilişkilidir. Bireyin belirli bir zaman sürecinde kendisi hakkında edindiği inanç ve duyguların bileşimidir. Beden duygusu, beden imajı, fiziksel ben olarak ve ben tutarlılığı, ideal ben, moral-ahlaki-ruhsal ben, kişisel ben olarak iki bölümde incelenir. Fiziksel benlik, bireyin kişisel özellikleri, görünüşünü, cinsellik algısı, sağlık ve hastalık durumu, fiziksel olarak kendisini nasıl gördüğü ve hissettiği ile ilişkilidir (Tomey ve Alligood, 2006; Roy, 2008). Fiziksel benlik bedene yönelik duygular ve beden imajı olarak iki bölümde ele alınır. Bedene yönelik duygular bireyin fiziksel olarak kendi bedeniyle ilgili duygularının yer aldığı alandır. Kişisel

benlik, bireylerin sahip olduğu özellikleri, beklentileri, değerleri, özgüveni, idealleri ve ahlaki-etik-spiritüel değerleri içerir. Kişisel benlik üç ayrı alandan oluşur. Öz tutarlılık, öz amaç, ahlak-etik-spiritüel benliktir. Öz tutarlılık alanı bireyin kendisi hakkındaki fikirlerinin yer aldığı alandır. Bu alandaki davranışlar sözel ifadeler ya da bireyin uyarana verdiği tepkiler ile gözlemlenebilir. Öz amaç bireyin yapmak istediklerini veya yapabileceklerini gösteren bir alandır. Ahlak-etik-spiritüel benlik ise bireyin inanç ve değerler sisteminin yer aldığı alandır (Fawcett, 2006; Tomey ve Alligood, 2006; Roy, 2008).

**Tablo 2.3.** Roy Uyum Modeli uyum alanları

<b>Fizyolojik Alan</b>	<b>Benlik Alanı</b>
Oksijenlenme	Pozitif beden imajı
Beslenme	Etkili seksüel fonksiyon
Boşaltım	Fiziksel büyüme ile ruhsal bütünlük
Aktivite dinlenme ve koruma	Bedensel değişiklikler sırasında yeterli
Duyular	kompanseasyon
Sıvı elektrolit-asit baz dengesi	Kayıp sırasında etkili başatme stratejileri
Nörolojik fonksiyon	Benliğin tehdit edildiği durumlarda etkili
Endokrin fonksiyon	başatme stratejileri
	İç tutarlılıkta denge
	Ahlaki-etik-spiritüel gelişmede etkili süreçler
	İşlevsel benlik saygısı
<b>Rol Fonksiyon Alanı</b>	<b>Karşılıklı Bağlılık Alanı</b>
Rollerin açık olması	Sevgi yeterliliği
Rol değişimlerinde etkili süreçler	Sevgi, saygı ve değer verme ve almada
Anlaşılır rol davranışları	stabilite
Primer, sekonder ve tersiyer rollerle bütünlüşme	Bağımlılık ve bağımsızlıkta etkili süreçler
Rol performansında etkili süreçler	Ayrılık ve yalnızlıkta etkili başatme
Rol değişikliklerinde etkili başatme süreçleri	stratejileri
Rol performansında sorumluluk	İlişkiyi öğrenme ve olgunlaştırmada yeterli
Rollerin sürdürülmesinde stabilite	gelişime sahip olma
	Etkili ilişki ve iletişim
	İlişkide güven
	Destek sistemlerinin yeterliliği

(Roy, 2002)

**c. Rol Fonksiyon Alanı:** Anne, baba olma gibi sosyal bütünlükle ilişkili rolleri içerir (Figen ve Mete, 2009). Roy rolü kişinin toplumdaki pozisyonundan dolayı pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları geliştirmesi olarak tanımlar (Tomey ve Alligood, 2006). Primer rol yaş, cinsiyet ya da gelişimsel döneme dayalı rollerdir. Yaşamın büyüme periyodunda davranışların büyük bir kısmını belirler. Sekonder rol, primer rol ve gelişimsel süreçle ilgili görevleri içerir.



Tersiyer rol ise birey tarafından seçilen, gelişimsel süreçte çok az yeri olan rollerdir (Roy, 2008).

**d. Karşılıklı Bağlılık Alanı:** Bireyler ile ilişki geliştirilmesini, sürdürme davranışlarını ve sosyal desteği içerir. İlişkisel bütünlüğü ve güvenlik hissini amaçlamaktadır (Roy, 2008).

**Uyum Seviyeleri:** Uyum düzeyi bireyin uyarılara pozitif yanıt verme yeteneğidir. Modelde uyum düzeyi; denge durumu, denge arama durumu ve dengesizlik durumu olarak üç düzeyde ele alınmaktadır (Fawcett, 2006). Uyum düzeyi bireyin baş etme mekanizmaları ve kontrol süreci tarafından düzenlenir (Naga ve Atiyyat, 2013). Uyum hayatta kalma, büyüme, üreme, kontrol, insan ve çevre dönüşümü olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır (Fawcett, 2006). Bireyin uyarana yanıtı üç aşamada değerlendirilir. Bunlar:

- 1. Denge Durumu:** Bireyin uyarana pozitif yanıt verebildiği seviyedir. Bireyin yapı ve fonksiyonları yaşamını devam ettirecek, ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde çalışır.
- 2. Denge Arama Durumu:** Bireyin pozitif yanıtı koruyabilmek için regülatör ve kognatör baş etme sistemlerinin devreye girdiği ve yeterli olduğu seviyedir.
- 3. Dengesizlik Durumu:** Baş etme sistemlerinin yetersiz olduğu ve negatif yanıtın verildiği seviyedir (Roy, 2008).

**Hemşirelik Süreci:** Hemşirelik uygulamaları uyumu kolaylaştırmayı amaçlar. Roy'un Uyum Modeli'ne göre hemşirelik sürecinin adımları; davranışların değerlendirilmesi, uyarıların değerlendirilmesi, hemşirelik tanıları, hedef belirleme, hemşirelik girişimleri ve değerlendirmeyi içermektedir (Fawcett, 2006; Naga ve Atiyyat, 2013).

- **Davranışların Değerlendirilmesi:** Bu basamak dört uyum alanında davranışların değerlendirilmesini kapsar. Hemşire uyum davranışlarını sürdürmek ve geliştirmek, uyum olmayan davranışları uyumlu davranışlara dönüştürmek amacıyla bireyin davranışlarını değerlendirir.
- **Hemşirelik Tanıları:** Hemşirelik aktiviteleri odak, durumsal ve olası uyarıların değiştirmeye yöneliktir. Hemşirelik sürecinin bu aşamasında hemşirelik tanısı konulur.

- **Hedef Belirleme:** Uyumu sağlayan davranışların neler olduğunu içerir, ulaşılmak istenen hedefler oluşturulur.
- **Hemşirelik Girişimleri:** Hastanın davranışlarını değiştirmeye yönelik olarak uygun hemşirelik müdahaleleri yapılır.
- **Değerlendirme:** Hemşirelik sürecinin sonunda hemşirelik müdahalelerinin etkinliği değerlendirilir. Birey uyumlu davranış geliştirdi ise hemşirelik girişimleri etkili, uyumsuz davranış geliştirdi ise girişim etkisiz kabul edilip, yeni girişimler planlanır (Fawcett, 2006; Tomey ve Alligood, 2006; Roy, 2008).

Miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda uyumun artması, aktif yaşamlarına tekrar dönebilmelerini, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamalarına devam etmelerini sağlamada önemli bir faktör olarak görülmektedir (Kep ve ark., 2013; Karmali ve ark., 2014). Roy Uyum Modeline göre miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde uyumu artırmaya yönelik hemşirelik bakımı planlandığında öncelikli olarak insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarının modele göre değerlendirilmesi gerekmektedir. Roy Uyum Modeline göre insan, miyokard enfarktüsü geçiren bireydir. Çevre, Roy'a göre miyokard enfarktüsü geçiren bireyin çevresidir; odak uyaran, etkileyen uyaran ve olası uyarıdan oluşmaktadır. Sağlık, miyokard enfarktüsü geçiren bireyin dengesizlik durumundan denge durumuna ulaşmasıdır. Hemşirelik ise hastaya verilen hemşirelik bakımı ile hastanın dört adaptif alandaki uyumunu destekleyen, davranışlarını, uyum yeteneklerini, etkileyen faktörleri değerlendiren ve çevresel etkileşimi artırma yolu ile sağlığa, yaşam kalitesine katkı sağlayan kişidir.

Roy Uyum Modelinde kronik hastalığın tipi ve süresi odak uyaran olarak açıklanmaktadır (Roy, 2002). Miyokard enfarktüsü bireyler için odak uyaran olarak tanımlanabilir. Odak uyaran bireyin doğrudan kalp fonksiyonlarını etkilemektedir. Hemşirelik girişimlerinde ilk olarak odak uyarana yani miyokard enfarktüsüne müdahale edilir. Odak uyarının değiştirilmesinin mümkün olmadığı durumlarda etkileyen uyarana yönelik girişimlerde bulunulur. Etkileyen uyaranlar odak uyarıların etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyaranlar olduğundan miyokard enfarktüsü ile ilgili hastalık risk faktörleri etkileyen uyaran olarak değerlendirilmektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum, yaşam tarzı, sedanter yaşam, beslenme, egzersiz, diyabet, alkol, sigara gibi değiştirilebilir ve

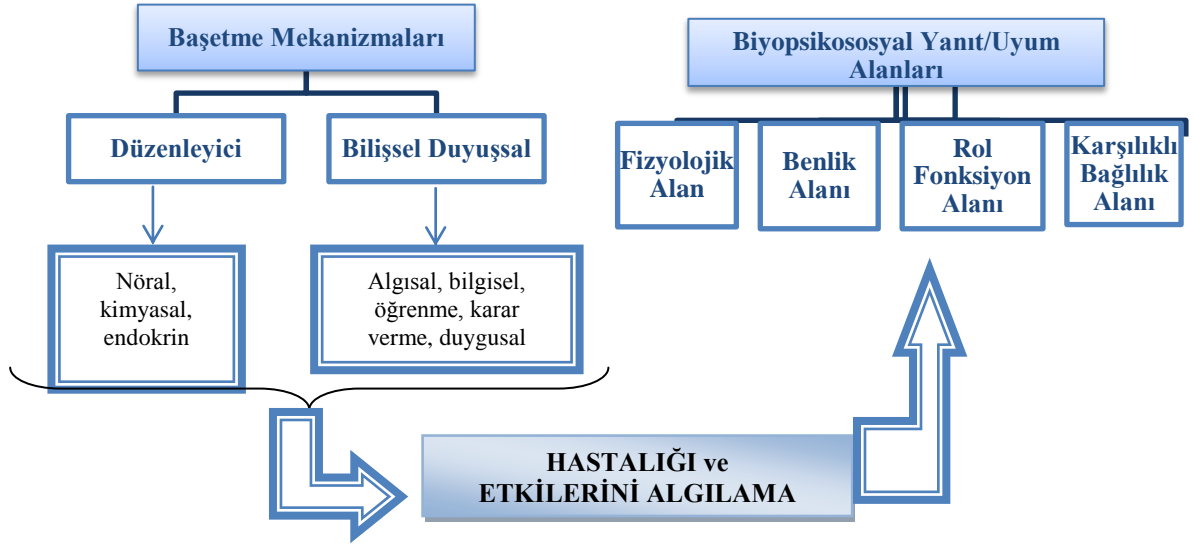
değiştirilemez risk faktörlerinin yanında anksiyete, depresyon ve başetme-uyum yeteneği önemli etkileyen uyarılar arasında yer almaktadır. Olası uyarılar ise hastanın başetmesini etkileyecek deneyimler, inançlar gibi bilinmeyen faktörlerdir (Şekil 2.1) (Roy, 2008; Naga ve Atiyyat, 2013).

Miyokard enfarktüsü sonrası hastalık algısı, hastalarda emosyonel zorlanma, yeterlilik-değerlilik duygusunda zedelenme ve kayıp tepkisine yol açmaktadır (Beswick ve ark., 2005; Tuomaala ve ark., 2012; Larsen, 2013). Roy Uyum Modeline göre bireyin başetme mekanizmaları (regülatör ve kognatör alt sistemleri) uyarılarla kronik hastalık sonucu oluşan sorunların algılanması arasındaki etkileşim olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2002).



Şekil 2.1. Miyokard enfarktüsünde Roy Uyum Modeline yönelik çevresel uyarılar

Bu doğrultuda miyokard enfarktüsü sonrası bireylerin sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde öncelikle kişinin yaşamdaki bağları, hedefleri ve değerlerini anlamının önemli olduğu görülmektedir (Şekil 2.2). (Roy, 2002; Roy, 2008). Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin kültürümüze özgü değer, inanç, tepki ve duygularının bu modele göre bütüncül tanımlanması ve düzenleyici/bilişsel baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Fizyolojik uyum belli bir kronik hastalık için biyolojik tepkiler olarak tanımlanırken, psikososyal uyum benlik kavramı, rol fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanına ilişkin kişisel yanıtları tanımlamaktadır. Miyokard enfarktüsü tanısının alınmasıyla bireyin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanları etkilenmekte ve uyumu güçleşmektedir (Roy, 2008).



**Şekil 2.2.** Başetme mekanizmaları, uyum alanları ve hastalık algısı ilişkisi

Roy Uyum Modeline göre, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların fizyolojik alanı hastalığın komplikasyonları, ilaçların yan etkileri ve günlük yaşam aktivitelerinin değişmesi gibi nedenlerle etkilenebilmektedir (Vlugt ve ark., 2000). Benlik kavramı alanı kendini kötü hissetme, gelecek konusunda belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk duyguları gibi psikososyal sorunlar ve hastalığı kabullenmede zorluk yaşama gibi nedenlerle etkilenmektedir. Ayrıca miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde korku, kaygı, güçsüzlük, umutsuzluk, yalnızlık ve stres görüldüğü belirtilmektedir (Beswick ve ark., 2005). Rol fonksiyon alanı cinsiyet rolünün sürdürülmesi ve iş yaşamının etkilenmesiyle; karşılıklı bağlılık alanı diğer uyum alanlarında yaşanan uyumsuzlukların etkisiyle sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olabilmektedir (Roy, 2008).

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklara uyum düzeylerinin yükseltilmesine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş solunum, hipertansiyon, kanser, diyaliz, diyabet alanlarında yapılmış çok sayıda tez çalışmasına rastlanmıştır (<http://search.proquest.com/pqdtglobal>, Erişim Tarihi 15 Ocak 2017). Türkiye'de ise Tez Merkezinde uyuma yönelik hemşirelik girişimlerini içeren çalışmalar incelendiğinde bu modelin kronik hastalıklar üzerinde etkili olduğu görülmüştür (<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>, Erişim tarihi 10 Şubat 2015). Bu doğrultuda ülkemizde bu modele dayalı planlanan çalışmaların hemşirelerin kronik hastalığı olan hastalara daha kaliteli bakım vermesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tipi randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğinde yürütülmüştür. Kardiyoloji Kliniği içerisinde bulunan koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi A ve C Blok Kardiyoloji Kliniği toplam 54 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte gündüz mesaisinde sorumlu hemşire ile birlikte üç hemşire, gece mesaisinde iki hemşire görev yapmaktadır. Hasta odaları iki kişilik ve tek kişilik odalar şeklindedir. Görüşmeler hasta odalarında yapılmış olup, hasta ile yapılan görüşme koşullarına uygundur. Araştırmanın ön testleri hasta kardiyoloji kliniğinde yatarken, son testleri ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine kontrole geldiğinde yapılmıştır. Araştırma Nisan 2016 - Ağustos 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmanın yürütülmesinde Ek 1’de verilen zaman çizelgesi dikkate alınmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde miyokard enfarktüsü tanısı ile tedavi ve takip edilen hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi ise Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde miyokard enfarktüsü nedeniyle tedavi gören, örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması amacıyla öncelikle araştırmanın gücü, tip 1 hata, etki büyüklüğü parametreleri belirlenmiştir. Yapılan çalışmaların genel olarak en az %80 güce, %5 tip 1 hata oranına ve 0.5 ve üzerinde etki büyüklüğüne sahip olması gerekmektedir (Kılıç, 2014). Bu çalışmada da güç %85, tip 1 hata oranı %5 ve etki büyüklüğü 0.5 olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü istatistik danışmanı desteği ile hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G\*Power 3.1.3 istatistik programı kullanılmıştır. Bu programda %50 etki büyüklüğü, %85 güç ve 0.05 hata payı ile 30 kişi girişim, 30 kişi kontrol grubu olmak üzere toplam 60 kişi olarak belirlenmiştir. İstatistik uzmanı danışmanlığı ile çalışmada örneklem kaybı olabileceği de göz önüne alınarak,

hesaplanan örneklemin %10 fazlası randomizasyon sürecine dahil edilmiştir. Girişim grubuna 33, kontrol grubuna 33 kişi olmak üzere toplam 66 kişinin randomizasyona dahil edilmesine karar verilmiştir. Araştırmanın uygulama aşamasında, Nisan 2016 tarihinden itibaren miyokard enfarktüsü tanısı ile kardiyoloji kliniğinde tedavi ve bakımı devam eden hastalar değerlendirilmiş, Ağustos 2017 tarihinde hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmıştır. İstatistiksel güç analizi sonucunda  $\alpha=0.05$  anlamlılık düzeyinde araştırmanın gücü %93-99 aralığında, etki büyüklüğü 0.81-2.32 aralığında bulunmuştur (Tablo 3.1).

**Tablo 3.1.** Ölçeklerin güç analizi ve etki büyüklüğü sonuçları

Ölçekler	Güç Analizi Sonuçları*	Etki Büyüklüğü**
▪ Genel Öz Yeterlik Ölçeği	0.99	1.69
▪ Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği	0.99	2.32
▪ Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Alt Ölçekleri		
-Fiziksel Aktivite	0.93	1.18
-Güvensizlik	0.95	1.25
-Duygu Durumu	0.98	1.43
-Bağımlılık	0.93	0.81
-Diyet	0.98	0.95
-İlaç Tedavisi	0.97	0.92
-Yan Etkiler	0.98	1.00

\*Power analizi post-hoc statistical power calculator hesaplayıcıyla hesaplanmıştır (<http://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=49>)

\*\*Etki büyüklüğü, calculator for student's t testi ile değerlendirilmiştir (<http://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=48>)

### 3.3.1. Araştırmanın Örneklem Özellikleri

Araştırmanın örneklem özellikleri ve örneklemden çıkarılma kriterleri Tablo 3.2’de yer almaktadır.

**Tablo 3.2.** Örneklem özellikleri

<b>Örneklem Dahil Olma Kriterleri</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bilinci açık (soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterlikte olan, ciddi mental rahatsızlığı olmayan) olma</li><li>▪ Sözel iletişim engeli olmama</li><li>▪ Okuma yazma bilme</li><li>▪ Miyokard enfarktüsü tanısı alma</li><li>▪ Akut dönemi geçirmiş olma (tanıdan sonraki 2-5. günler arasında)</li><li>▪ Poliklinik kontrollerini Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde yapacak olma</li><li>▪ 30 yaş ve üzerinde olma</li><li>▪ Araştırmaya katılmayı kabul etme</li></ul>
<b>Örneklem Dışında Tutulma Kriterleri</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1) Tıbbi dosya kayıtlarına göre kronik böbrek yetersizliği, kanser, kalp yetersizliği tanısı NYHA Sınıflaması III ve IV, aritmi, ciddi aort stenozu, ciddi pulmoner hipertansiyon, sistemik veya pulmoner emboli, cerrahi planlanan, organ transplantasyonu ve kronik bilişsel ve psikiyatrik hastalığı olanlar</li><li>2) Telefonu olmayan ve telefonla konuşurken duyma ve konuşma problemi yaşayanlar</li><li>3) Major komplikasyon nedeniyle hastanede kalma süresi 25 günden fazla olanlar</li><li>4) Hareket kısıtlılığı olanlar</li></ol>
<b>Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Kriterleri</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Araştırmadan ayrılmak isteyenler</li><li>▪ İzlem süresince genel durumun kötüleşmesi nedeniyle araştırmaya devam edemeyenler</li></ul>

### **3.4. Randomizasyon**

Randomizasyon yöntemi olarak girişim ve kontrol grubunda eşit sayıda örneklem sağlamak amacı ile “basit randomizasyon yöntemi” seçilmiştir. Girişim ve kontrol grubuna randomizasyon süreci bir istatistik uzmanına danışılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından 33 adet girişim ve 33 adet kontrol grubu yazıları hazırlanmış, hazırlanan 66 adet girişim ve kontrol grubu yazıları tez dışından bir öğretim elemanının yardımı ile zarfların içine konulmuş ve karıştırılmıştır. Ardından zarfların dışına ilk seçilen zarftan başlanarak ardışık olarak 1'den 66'ya kadar numaralar yazılmıştır. Uygulama sırasında hastaların kliniğe yatış tarihine göre sıradaki zarf açılarak randomizasyon gerçekleştirilmiştir. Randomizasyon işleminde örneklem dahil olma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin, girişim grubuna ya da kontrol grubuna dahil edileceğini bilmemesi ile tek körleme sağlanmıştır.

**Kardiyoloji Kliniğinde**  
**Miyokard Enfarktüsü Nedeniyle Yatan Hastalar**  
(n=141)

- Çıkarılan (n=75)
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen (n=4)
- Çalışmaya alınma kriterlerine uygun olmayan (n=71)
  - Genel durum kötü olan: 10
  - Aritmi: 5
  - Kronik böbrek yetmezliği ve organ nakli: 6
  - Kanseri: 3
  - Koroner arter bypass grefti planlanan: 10
  - Kontrollerini farklı merkezlerde yaptıranlar: 21
  - Okur yazar olmayan: 6
  - Diğer (iletişimi sınırlı, hareketi sınırlı): 10

**RANDOMİZASYON**  
(n=66)

**GİRİŞİM (n=33)**

**KONTROL (n=33)**

**Seçim**

**İzlem**

**Analiz**

Girişim Grubuna Dahil Edilen (n=33)  
Girişimi Tamamlayan (n=31)  
Girişim Uygulanamayan (n=2)  
**Nedeni:**  
Telefonla hastaya ulaşılamaması (n=1)  
Hastanın kontrole gelmemesi (n=1)

Kontrol grubuna dahil edilen (n=33)  
Kontrolü tamamlayan (n=31)  
Kontrolü tamamlamayan (n=2)  
**Nedeni:**  
Telefonla hastaya ulaşılamaması (1)  
Hastanın kontrole gelmemesi (1)

Analiz edildi (n=31)  
Analizden çıkarıldı (n=0)

Analiz edildi (n= 31)  
Analizden çıkarıldı (n=0)

Şekil 3.1. Consort şeması



Tablo 3.3 ve Tablo 3.4'te girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri verilmiştir. Randomizasyon ile girişim ve kontrol grubuna dahil edilen hastalar arasında sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikler yönünden fark olup olmadığının kontrolü yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda girişim ve kontrol grubu hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özellikleri yönünden istatistiksel olarak benzer olduğu ( $p>0.05$ ), hastaların girişim ve kontrol grubuna homojen olarak ayrıldığı saptanmıştır (Tablo 3.3). Girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması  $56.23\pm 10.16$  ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması  $59.35\pm 12.05$ 'dir. Girişim grubundaki hastaların %83.87'sinin, kontrol grubundaki hastaların ise %80.65'inin erkek olduğu; hem girişim hem de kontrol grubundaki hastaların %80.65'inin evli olduğu saptanmıştır. Girişim grubundaki hastaların %51.61'inin, kontrol grubundaki hastaların %61.29'unun eğitim durumunun ilkökul olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların %51.61'inin, kontrol grubundaki hastaların ise %41.94'ünün çalışmadığı tespit edilmiştir. Girişim grubundaki hastaların %80.65'inin ilde ve %96.77'nin ailesiyle yaşadığı, kontrol grubundaki hastaların ise %90.32'sinin ilde ve %93.55'inin ailesiyle birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Girişim grubundakilerin %74.19'unun, kontrol grubundakilerin %58.06'sının gelir gider durumlarının dengeli olduğu ve hastaların tümünün genel sağlık sigortasının olduğu belirlenmiştir (Tablo 3.3).

Girişim grubunun %70.97'si, kontrol grubunun %61.29'unda ailede kalp hastalığı öyküsü olduğu belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların %48.39'unun eşlik eden bir kronik hastalığı olup, %32.26'sında diyabet ve hipertansiyon birlikte bulunmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %61.29'unun eşlik eden bir kronik hastalığı olup %35.48'inde hipertansiyon belirlenmiştir. Girişim grubu hastalarının %51.61, kontrol grubu hastalarının %64.52'sinin hastalık nedenini stres olarak açıkladığı görülmüştür (Tablo 3.4). Hastalara hastalık sürecini değiştirme planları sorulduğunda girişim grubunun %35.48'i, kontrol grubunun %29.03'ünün stresi azaltmayı veya başetmeyi güçlendirmeyi planladığı belirlenmiştir. Girişim grubunun %45.16'sı, kontrol grubunun %38.71'inin kardioloji polikliniğine hiç gitmediği görülmüştür. Girişim grubunun %90.32'sinin hastalığını yakınları ile paylaştığı, %70.97'sinin yakınlarının desteğini aldığı, kontrol grubunun ise %93.55'inin hastalığını paylaştığı ve %70.97'sinin yakınlarının desteğini aldığı görülmüştür (Tablo 3.4).

**Tablo 3.3.** Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Girişim Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)		Toplam (n=62)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	5	16.13	6	19.35	11	17.74	0.111	0.740
	Erkek	26	83.87	25	80.65	51	82.26		
Yaş	Yaş Ortalaması $\bar{X} \pm SS$	56.23±10.16		59.35±12.05		57.79±11.17		t= 1.105	0.273
Eğitim Durumu	İlköğretim	16	51.61	19	61.29	35	56.45	1.477	0.478
	Lise	6	19.35	7	22.58	13	20.97		
	Yüksekokul/Fakülte	9	29.03	5	16.13	14	22.58		
Medeni Durum	Bekar	6	19.35	6	19.35	12	19.35	0.000	1.000
	Evli	25	80.65	25	80.65	50	80.65		
Çalışma Durumu	Çalışan	16	51.61	13	41.94	29	46.77	0.583	0.445
	Çalışmayan	15	48.39	18	58.06	33	53.23		
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız	1	3.23	2	6.45	3	4.84	0.350	0.554
	Ailesi	30	96.77	29	93.55	59	95.16		
Yaşanılan Yer	İl	25	80.65	28	90.32	53	85.48	1.170	0.279
	İlçe	6	19.35	3	9.68	9	14.52		
Sosyal Güvencesi	Ücretli	3	9.68	3	9.68	6	9.68	1.020	0.796
	Bağkur	4	12.90	7	22.58	11	17.74		
	SSK*	15	48.39	13	41.94	28	45.16		
	Emekli Sandığı	9	29.03	8	25.81	17	27.42		
Gelir Gider Durumu	Gelir Giderden Az	4	12.90	11	35.48	15	24.19	4.543	0.103
	Gelir Gider Dengeli	23	74.19	18	58.06	41	66.13		
	Gelir Giderden Fazla	4	12.90	2	6.45	6	9.68		
Meslek	İşçi	11	35.48	7	22.58	18	29.03	2.346	0.504
	Memur	3	9.68	2	6.45	5	8.06		
	Ev Hanımı	1	3.23	3	9.68	4	6.45		
	Emekli	16	51.61	19	61.29	35	56.45		

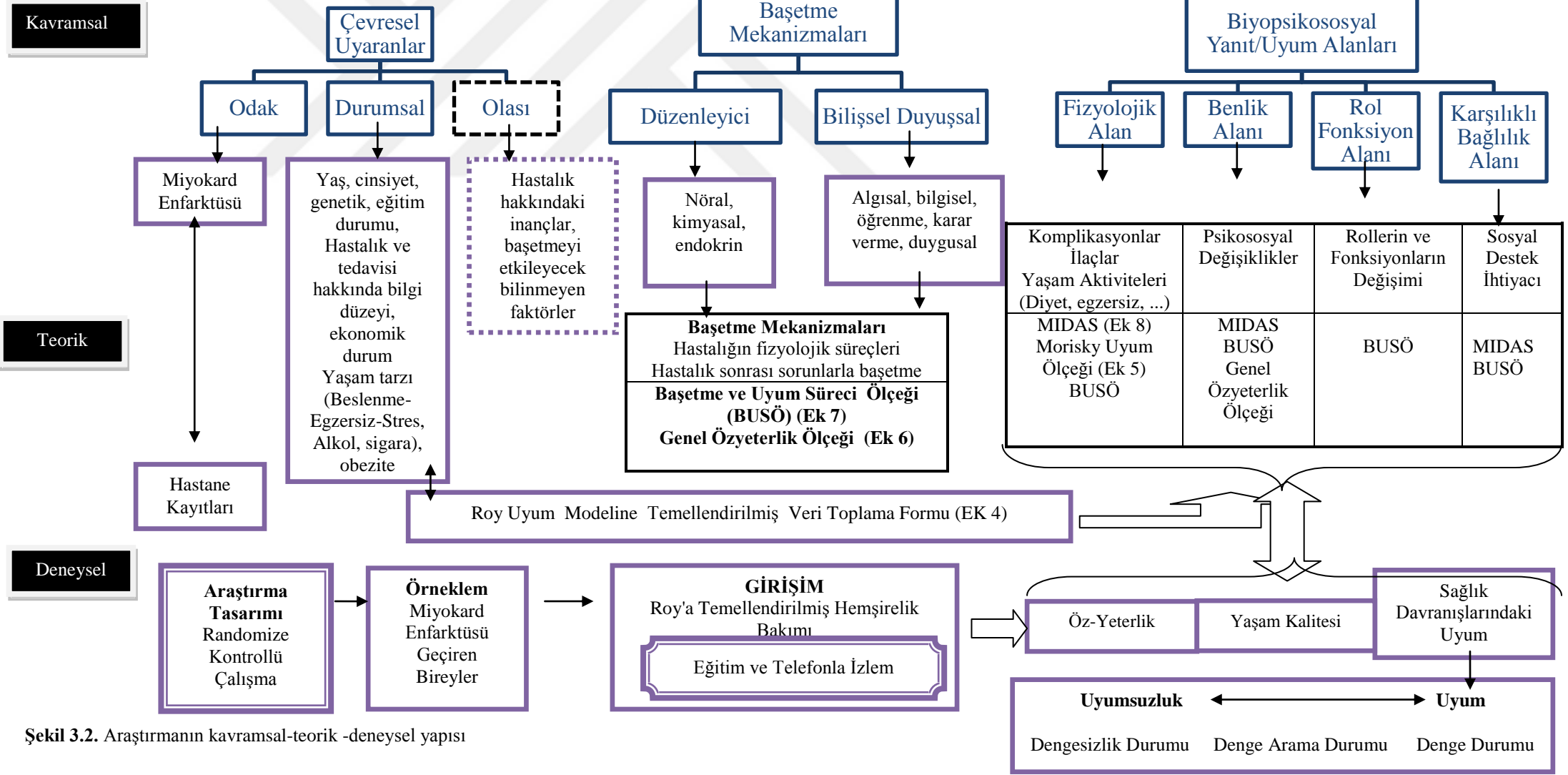
\*SSK=Sosyal Sigortalar Kurumu

**Tablo 3.4.** Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalığa ilişkin özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		Girişim Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)		Toplam (n=62)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
<b>Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü</b>	Var	22	70.97	19	61.29	41	66.13		
	Yok	9	29.03	12	38.71	21	33.87		
<b>Eşlik Eden Hastalık</b>	Var	15	48.39	19	61.29	34	54.84	7.143	0.129
	Yok	16	51.61	12	38.71	28	45.16		
	Hipertansiyon	3	9.68	11	35.48	14	22.58		
	Diyabet	1	3.23	2	6.45	3	4.84		
	Hipertansiyon ve diyabet	10	32.26	5	16.13	15	24.19		
	Gut / Akciğer hastalığı	1	3.23	1	3.23	2	3.23		
<b>Hastalık Nedenini Açıklama</b>	Sigara	6	19.35	6	19.35	12	19.35	2.730	0.742
	Beslenme	5	16.13	2	6.45	7	11.29		
	Obezite	1	3.23	0	0	1	1.61		
	Stres	16	51.61	20	64.52	36	58.06		
	Genetik	2	6.45	2	6.45	4	6.45		
	Kader	1	3.23	1	3.23	2	3.23		
<b>Hastalık Sürecini Değiştirme Planları</b>	Yapılacak Bir Şey Yok	3	9.68	3	9.68	6	9.68	3.667	0.722
	Hareketli Yaşam	1	3.23	2	6.45	3	4.84		
	Sigarayı Bırakma-Azaltma	7	22.58	8	25.81	15	24.19		
	Beslenmeyi Düzenleme	8	25.81	7	22.58	15	24.19		
	Obeziteyi Azaltma	1	3.23	0	0	1	1.61		
	Stresi Azaltma-Başaçıkma	11	35.48	9	29.03	20	32.26		
	Dua Etme	0	0	2	6.45	2	3.23		
<b>Hastalık Sürecinin Paylaşımı</b>	Evet	28	90.32	29	93.55	57	91.94	0.218	0.641
	Hayır	3	9.68	2	6.45	5	8.06		
<b>Yakınların Desteğini Algılama</b>	Evet	22	70.97	22	70.97	44	70.97	1.000	0.607
	Kısmen	7	22.58	5	16.13	12	19.35		
	Hayır	2	6.45	4	12.90	6	9.68		
<b>Kontrolde Gitme Durumu</b>	Rahatsızlandığında	6	19.35	9	29.03	15	24.19	2.325	0.508
	Bir kaç ay arayla	6	19.35	8	25.81	14	22.58		
	Yılda bir kez	5	16.13	2	6.45	7	11.29		
	Hiç gitmedim	14	45.16	12	38.71	26	41.94		

Araştırmanın kavramsal-kuramsal-deneysel yapısı şekil 3.2'de yer almaktadır. Roy Uyum Modeli öncelikle miyokard enfarktüsü geçiren bireyin sağlık durumundaki değişiklikler sonucu etkilenmesi beklenen uyum alanlarında değerlendirme yapmayı gerektirmektedir. Modelin kullanımı ile bireyleri etkileyen uyaranların belirlenmesi ve başatme mekanizmalarının tanımlanması gerekmektedir. Uyarıyı en uygun şekilde yönetecek, uyum düzeyini yükseltecek yöntem ve aşamaların değerlendirmeleri yapıldıktan sonra uygulanmalıdır (Roy, 2008). Miyokard enfarktüsü tanısı alan bireylere yapılan hemşirelik bakımı ile birey dengesizlik durumundan, denge arama durumuna ulaştırılmaktadır. Temel hedef miyokard enfarktüsü sonrası bireyi denge durumu düzeyine ulaştırmaktır. Bireyselleştirilmiş bakım, eğitim ve uygun teorinin kullanımı ile bireylerin yeni rollerine uyumunun daha kolay gerçekleşeceği düşünülmektedir. Bu araştırmada Roy Uyum Modelinin tercih edilme nedeni farklı hasta gruplarında uyum gereksinimlerinin belirlenmesinde kullanılması, test edilmesi ve sürekli gelişme potansiyeli olmasıdır. Bu modelin sistematik bir çerçeve sunarak hasta verilerinin bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmesi, uygulamaların planlanması ve analiz edilmesinde kılavuzluk edeceği düşünülmektedir.

Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitim ve Telefonla İzlemin Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisi



Şekil 3.2. Araştırmanın kavramsal-teorik -deneysel yapısı

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama sürecinde araştırmacı tarafından Kişisel Bilgi Formu, Morisky Uyum Ölçeği, Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği, Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği, Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları Formu ve Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu kullanılarak toplanmıştır.

**3.5.1. Kişisel Bilgi Formu:** Kişisel Bilgi Formu araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri ile miyokard enfarktüsünde tanı ve tedaviyle ilgili uyarıcı ve uyum alanlarına ilişkin verileri elde etmek amacıyla, Roy Uyum Modeline temellendirilmiş ve konuyla ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen 50 maddeden oluşan bir formdur (EK 4) (Bakan, 2005; Roy, 2008; Figen ve Mete, 2009; Çatal ve Dicle, 2011; İşbir, 2011; Şişman, 2011; Akyil ve Ergüney, 2012; Zhang, 2013, Şimşek ve Dicle, 2013; Jaworski, 2015)

**3.5.2. Morisky Uyum Ölçeği:** Ölçek, Donald E. Morisky tarafından geliştirilmiş ve Morisky, Green ve Levine tarafından 1986 yılında geçerlik çalışması yapılmış ve cronbach alfa değeri 0.61 olarak bulunmuştur (Morisky ve ark., 1986). Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmış, cronbach alfa değeri 0.62 olarak bulunmuş, geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır. Ölçek 4 maddeden oluşmakta, sorular “evet”, “hayır” şeklinde yanıtlanmakta ve hastanın ilaç uyumunu “iyi”, “orta” ve “kötü” şeklinde üç düzeyde göstermektedir (Bahar ve ark., 2014). Morisky Uyum Ölçeği Ek 5'te yer almaktadır.

**3.5.3. Genel Öz Yeterlik Ölçeği:** Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ) ilk olarak 1979 yılında, Jerusalem ve Schwarzer tarafından Almanya'da geliştirilmiştir. İlk geliştirildiğinde 20 maddeden oluşan ölçek, 1981'de revize edilerek madde sayısı 10'a indirilmiş ve cronbach alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur (Schwarzer and Jerusalem,1995). Ülkemizde Aypay (2010) tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin cronbach alfa değeri 0.83 bulunmuştur. 12 yaş ve üzeri bireylere uygulanan ölçek, 10 maddeden oluşan tek boyutlu bir ölçektir. GÖYÖ, genel olarak bireyin zorluklar ile baş etme konusunda kendisini ne derece yeterli algıladığını değerlendirmeye yönelik ifadelerin yer aldığı, 4'lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek, bireyin her bir maddenin karşısında bulunan “Hiç doğru değil”, “Çok az doğru”, “Biraz doğru” ve “Tümüyle doğru” seçeneklerinden kendine uygun olanı seçmesi yoluyla

uygulanmaktadır. Genel Öz-yeterlik Ölçeği, “Hiç doğru değil” seçeneğine 1 (bir), “Çok az doğru” seçeneğine 2 (iki), “Biraz doğru” seçeneğine 3 (üç) ve “Tümüyle doğru” seçeneğine 4 (dört) puan verilerek puanlanmaktadır. Genel Öz-yeterlik Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan ise 10’dur. Bireyin puanının yüksek olması kendisini yeterli olarak algıladığını göstermektedir (Aypay, 2010). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri ise 0.85’tir. Genel Öz Yeterlik Ölçeği Ek 6’da yer almaktadır.

**3.5.4. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği:** Callista Roy (2004) tarafından geliştirilen Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği (BUSÖ), kritik ve zor durumlarda bireylerin başetme ve uyum stratejilerinin tanımlanmasını sağlayan bir ölçektir. Ölçeğin teorik olarak temelinde Roy Uyum Modeli ve Roy’un modelinde tanımladığı bilişsel sürece ilişkin kavramları yer almaktadır. Ölçeğin cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0.94, alt ölçekler için 0.78- 0.86 arasında bulunmuştur (Roy, 2011). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çatal ve Dicle tarafından (2015) yapılmış ve cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0.82, alt ölçekler için 0.65-0.77 arasında bulunmuştur. BUSÖ ve alt ölçeklerinin madde sayısı, madde numaraları, ölçek ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 3.5.’te gösterilmiştir.

**Tablo 3.5.** Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği alt ölçek madde ve puanları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Madde Numaraları	En Düşük ve En Yüksek Değerler
Çözüm bulma ve odaklanma	10	2,4,7,10,16,19,26,34,42,46	4-40
Fiziksel ve karara bağlama*	14*	5,8,13,15,20,23,24,29,33,35,39,43,45,47*	14-56
Dikkat süreci	9	1,11,17,18,25,27,31,40,44	9-36
Sistematize etme süreci	6	3,12,14,22,30,41	6-24
Öğrenme ve ilişki kurma	8	6,9,21,28,32,36,37,38	8-32
Toplam	47		47-188

\*Maddeler ters çevrilerek yeniden puanlanır ve hesaplanır.

Ölçek 47 madde ve beş alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 1 ile 4 arasında (1=hiçbir zaman, 2=nadiren, 3=bazen, 4=her zaman) değerlendirilmektedir. Ölçek ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar yükseldikçe etkili başetme yöntemlerinin kullanımının arttığı şeklinde değerlendirilmektedir (Çatal ve Dicle, 2015). Ölçeğin araştırmamızdaki

Cronbach alfa değeri ise toplam ölçek için 0.85, alt ölçekler için 0.56 ile 0.83 arasındadır. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği Ek 7’de yer almaktadır.

**3.5.5. Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği:** Thompson ve arkadaşları tarafından 2002 yılında geliştirilen ölçek, miyokard enfarktüsü geçiren hastaların hastalığa özgü yaşam kaliteleri ile sağlık durumu ölçümlerinin yapılabilmesi ve uygulanan tedavilerin, fonksiyonel ve iyilik durumları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin cronbach alfa değerleri yedi boyutta, 0.74-0.95 aralığında bulunmuş, yararlı ve yüksek oranda güvenilir bir araç olarak gösterilmiştir (Thompson ve ark., 2002). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmış, cronbach alfa değerleri yedi boyutta, 0.79-0.90 aralığında bulunmuştur. Ölçek miyokard enfarktüsü sonrası sağlık durumunun yedi alt boyutunun ölçüldüğü 35 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: Fiziksel aktivite (12 madde), güvensizlik (9 madde), duygusal tepki (4 madde), bağımlılık (3 madde), beslenme şekli (3 madde), ilaç hakkında endişeler (2 madde), ilaç yan etkileri (2 madde) şeklindedir. Orijinal ölçek, “Kalp krizi geçirdikten sonra, geçen son haftada aşağıdaki durumları hangi sıklıkla yaşıyorsunuz?” sorusu ile başlamaktadır. Hastadan her bir sorunun yanıtı için “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık”, “her zaman” cevaplarından kendisi için en uygun olanını seçmesi istenir. Ölçekte her soru 0’dan 100’e kadar puanlanmıştır; “0” en iyi sağlık durumunu, “100” en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. Ölçek hasta tarafından veya yüz yüze görüşme ile yaklaşık 10-15 dakikada doldurulmaktadır (Yılmaz ve ark., 2011). Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri ise toplam ölçek için 0.87 alt ölçekler içinse 0.58 ile 0.84 arasındadır. Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği Ek 8’de yer almaktadır.

**3.5.6. Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları Formu:** Yaşam tarzı değişikliği ve tedaviye uyumu artırmada uzun süreli eğitim, danışmanlık ve izleme gereksinim bulunmaktadır. Taburculuk sırasında verilen bilgi zamanla azalacağından hastanede başlatılan eğitime taburculuk sonrası da devam edilmesi önemlidir. Telefon görüşmeleri hastanın gerekli görülen konularda izleminin yapılması, hastada belirsizliklerin ortadan kaldırılması ve mevcut endişelerin paylaşılması, emosyonel destek sağlama ve hastanın uyumunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Telefon görüşmeleri araştırmacı tarafından 1, 3, ve 8. haftalarda yapılmıştır. Hastaların 1 ve 2. haftada taburculuk sonrası çeşitli problemlerinin olması ve 3.-6. haftaların ise taburculuktan sonra riskin



arttığı dönemler olması (Yan ve ark., 2014) nedeniyle bu haftalarda hastaların değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları Formu, araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmıştır (Daugherty ve ark., 2005; Hanssen ve ark., 2009; Leemrijse ve ark., 2012; Hawkes, 2013; Black ve ark., 2014). Form hastayı değerlendirme, problemleri tanımlama, fiziksel sorun yaşama, diyetle uyum, ilaç kullanımına uyum, aktif yaşam ve egzersiz, duygusal sorun yaşama ve baş etme durumu, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanı, sigaranın bırakılması, hastanın gerekli görülen konularda eğitimi ve hatırlatmalar, sağlık kontrolleri, ortak hedefler belirleme güçlendirme-cesaretlendirme-öz yeterliği artırma, sonlandırma ve planlama basamaklarından oluşmaktadır. Telefonla izlem görüşme içeriği ve basamakları ve Ek 9 ve Ek 10'da yer almaktadır.

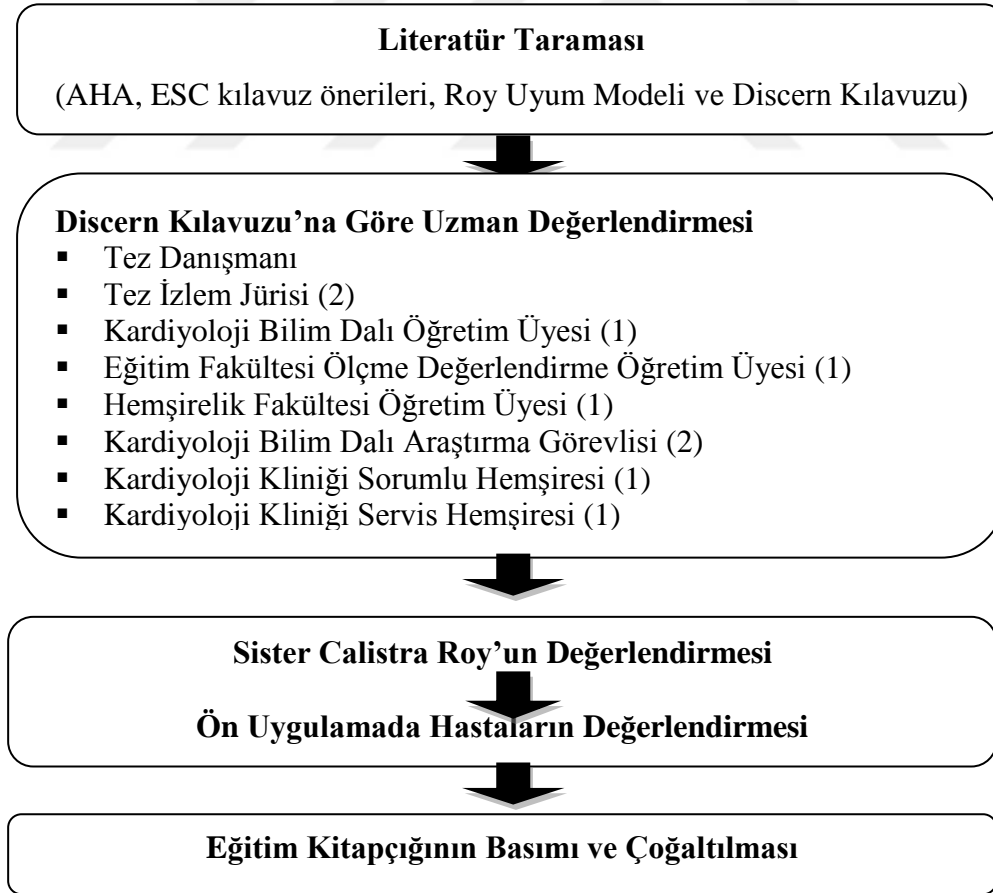
**3.5.7. Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formu:** Bu form görüşme içeriği, değerlendirme ve planlama bölümlerini içermektedir. Görüşme içeriği bölümü fiziksel sorun yaşama, diyetle uyum, ilaç uyumu, aktif yaşam ve egzersize uyum duygusal sorun yaşama ve baş etme durumu, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanında sorun yaşama, acil servise başvurma durumu, telefon görüşmelerinden memnuniyet durumu başlıklarından oluşmaktadır. Bu formla telefon görüşmelerinde standardizasyonu sağlama, planlı görüşme yapma, telefon görüşmelerinde ana temaları kaydetme, izlemin devamlılığını kolaylaştırma ve bakımın devamlılığını sağlama amaçlanmıştır. Bu uygulamayla, hastaların verilen tedavi ve önerileri uygulama durumlarını öğrenme, fizyolojik verileri izleme, hasta motivasyonunu artırma ve hastaların yeniden güçlendirilmesini sağlama hedeflenmiştir. Telefon görüşmelerini değerlendirme formu Ek 11'de yer almaktadır.

### **3.6. Eğitim Kitapçığının Hazırlanması**

Eğitim kitapçığı araştırmacı tarafından hastaların gereksinimleri göz önüne alınarak güncel araştırmalar, kanıta dayalı tedavi rehberleri incelenerek ve Roy Uyum Modeline temellendirilerek hazırlanmıştır (Roy, 2008; Fawcett, 2006; Timmins ve Kaliszer, 2003; Fertelli ve Tel, 2007; Bakan ve Akyol, 2008; Braunwald, 2009; Eshah and Bond, 2009; Dolansky ve ark., 2011; TKD, 2012; Hawkes ve ark., 2012; Özkan, 2013; Yan ve ark., 2014; AHA, 2014a; AHA, 2014b; AHA, 2015; ESC, 2012; ESC, 2013b). Eğitim kitapçığı oluşturulma aşamaları Şekil 3.3'de verilmiştir. Eğitim kitapçığı

oluşturulduktan sonra Discern Kılavuzuna (Charnock, 1998; Gökdoğan, 2003) göre uzman görüşleri alınmış ve önerilere göre eğitim kitapçığında gerekli değişiklikler yapılmıştır (Ek 12). Ayrıca eğitim kitapçığı ve eğitim planı Roy Uyum Modeli uygunluğuna yönelik görüş alınması amacıyla İngilizce'ye çevrilerek elektronik posta yoluyla Sister Calistra Roy'a gönderilmiş ve kitapçığın modele uygunluğuna yönelik Roy'dan olumlu geri bildirimler alınmıştır (Ek 13).

Eğitim kitapçığı miyokard enfarktüsü geçiren hastaların hastalık sonrası yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlanması amacıyla kullanılmıştır. Eğitim kitapçığı hastalık sonrası uyumun önemi, kalbin yapısı, ilaç kullanımı, sağlıklı beslenme, aktif yaşam ve egzersiz, cinsel yaşam, sigara ve alkol kullanımı, duygular ve başatme, kardiyojide kullanılan tetkikler başlıklarını içeren, görsellerle ve tablolarla desteklenen 33 sayfadan oluşan bir rehber niteliği taşımaktadır. Ayrıca araştırmacı tarafından hastalara verilecek eğitim detaylarının yer aldığı bir görüşme planı oluşturulmuştur. Eğitim planı Ek 14'te yer almaktadır.



Şekil 3.3. Eğitim kitapçığı oluşturulma aşamaları

### 3.6.1. Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Değerlendirme Sonuçları

Eğitim kitapçığı Şekil 3.3'de belirtilen uzmanlar tarafından değerlendirilmiş ve değerlendirme sonuçları Tablo 3.6.'da verilmiştir. Eğitim kitapçığı Discern Kılavuzunda yer alan 1 ile 5 arasındaki maddeler doğrultusunda en düşük 3.44, en yüksek 5 puan ve ortalama 4.60 puan olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 3.6.** Discern Kılavuzu değerlendirme sonuçları

n	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
10	3.44	5	4.54	0.53

### 3.7. Verilerin Toplanması

#### 3.7.1. Ön Uygulama

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde örnekleme alınma kriterlerine uyan üç hastayla Şubat-Mart 2016 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sırasında görüşme yapılan hastalar araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir. Girişimler ön uygulama öncesi hazırlanan ve Ek 15'te yer alan ön uygulama planı doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler hasta odasında, ziyaret saatleri dışında 9.00-11.00 saatleri arasında yapılmıştır. Kliniğin gürültüsünü engellemek amacıyla hasta odasının kapısı kapatılmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından çalışma anlatılmış ve sonrasında yazılı onamları alınmıştır. Ön test uygulaması kapsamında Kişisel Bilgi Formu, Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ve Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçekleri uygulanmıştır. Veri toplama süresi ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Ardından eğitim planı doğrultusunda eğitim kitapçığı ile anlatım ve soru cevap yöntemi kullanılarak 60 dakika süreyle eğitim verilmiştir. Eğitim hastaya yakın bir pozisyonda, göz göze iletişim sağlanarak yapılmıştır. Eğitim sonrası eğitim kitapçığında Tablo 3.7'de yer alan gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Araştırmacı tarafından hastalar taburculuk sonrası 1. ve 3. haftalarda telefonla izlem ve görüşme basamakları doğrultusunda telefonla aranmıştır. Telefon görüşmeleri 11.00-16.00 saatleri arasında yapılmıştır. Telefonla görüşme süresi yaklaşık 10-15 dakika olarak belirlenmiş ve bu süreye uyulmuştur. Telefonla yapılan görüşme içerikleri Telefon Görüşmesi Değerlendirme Formuna kaydedilmiştir. Hastalar bir ay sonra polikliniğe kontrole geldiğinde son test uygulaması kapsamında ölçekler uygulanmıştır.

**Tablo 3.7.** Ön uygulama sonrası yapılan değişikler

▪ Eğitim oturum sayısı	Hastaların kısa süre içinde (ortalama 2 günde) taburcu olmaları nedeniyle eğitimin tek bir oturumda yapılması
▪ Eğitim kitapçığı	Ön uygulama sırasında eğitimin 60 dk sürmesi ve bunun hastalar için yorucu olduğunun görülmesi nedeniyle aşağıda yer alan eğitim kitapçığı bölümlerinde kısaltmaların yapılması <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Kitapçığın girişı</li><li>➤ Taburculuk sonrası dönemde yapılması gerekenler</li><li>➤ Nereden ve nasıl başlamalısınız</li><li>➤ Sağlıklı beslenme</li><li>➤ Günlük işlere geri dönüş</li><li>➤ Duyularınız ve başetme</li></ul>
▪ Örnekleme dahil olma kriterleri	Örnekleme dahil olma kriterlerinden "Akut dönemi geçirmiş 4-5. günler arasında" olan ifadesinin "tanıdan sonraki 2-5. günler arasında" olarak değiştirilmesi

### 3.7.2. Uygulama

Kardiyoloji kliniğinde miyokard enfarktüsü nedeniyle tedavi ve takip altında bulunan, dahil edilme kriterlerine uyan hastalar örneklem sayısına ulaşınca kadar çalışmaya alınmıştır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır. Hastaların hastaneye yatış tarihlerine göre randomizasyon için hazırlanan zarflardan sıradaki zarf açılmış ve hastaların girişim ya da kontrol grubuna dahil olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve girişim grubunda yer alan hastalara çalışmanın amacı ve araştırma süreci anlatılmıştır. Ardından Helsinki Bildirgesi doğrultusunda hazırlanan Onam Formu (EK 2 ve 3) ile bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmıştır.

Araştırmanın ön test verileri hastalar taburcu olmadan önce kardiyoloji kliniğinde ziyaret saati dışında, 9.00-12.00 saatleri arasında, hasta odasında, sessiz bir ortam sağlanarak toplanmıştır. Hastaların uyum sağlamada karşılaştıkları engelleri belirlemek amacıyla Kişisel Bilgi Formu, hastaların öz yeterlik düzeylerini belirlemek amacıyla "Genel Öz Yeterlik Ölçeği", başetme ve uyum süreçlerinin belirlenmesi amacıyla "Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği", yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla "Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmaya sürekli ilaç kullanımı olmayan hastaların da katılması nedeniyle, Morisky Uyum Ölçeği sürekli ilaç kullanımı olmayan hastaların ilk değerlendirmesinde uygulanmamıştır. Ölçekler hastalar tarafından doldurulmuş, yardım isteyen hastalara ise ölçek maddeleri araştırmacı tarafından okunmuş ve işaretlenmiştir. Böylece hastaların ölçek maddelerini

sorunsuz bir şekilde cevaplamaları sağlanmıştır. Veri toplama süresi her katılımcı için ortalama 20-30 dakika sürmüştür. Son test verileri ise hastaların taburculuğunun üçüncü ayında polikliniğe kontrole geldiklerinde toplanmıştır. İlaç uyumunun özellikle ilk üç ayda önemli olması nedeniyle girişim grubunun her telefon görüşmesinde ve son test sırasında; kontrol grubunun ise sadece son test sırasında ilaç uyumları Morisky Uyum Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar:** Randomizasyon sonrası girişim grubuna dahil olan hastalara ön test sonrası eğitim kitapçığı rehberliğinde eğitim verilmiş, taburculuk sonrası telefonla izlem ve danışmanlık uygulanmıştır.

**Roy Uyum Modeline Dayalı Eğitim:** Eğitimler, eğitim kitapçığı rehberliğinde 30-45 dakika sürecek şekilde ve eğitim planında yer alan hedefler doğrultusunda anlatım -soru cevap yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Eğitimler hafta içi mesai saatleri içerisinde uygulanmıştır. Hastalara ön test uygulandıktan sonra 9.00-12.00 saatleri arasında, ziyaret saatleri dışında ve hasta odasında sessiz bir ortam sağlanarak yapılmıştır. Eğitim süresince hastaların anlayabileceği bir dil kullanımına dikkat edilmiştir. Hastanın eğitime katılımı ve soru sorması cesaretlendirilmiş ve desteklenmiştir. Araştırmacı tarafından eğitim rehberinde önemli noktalar vurgulanarak tekrarlanmıştır. Önemli noktaların hatırlanması ve akılda kalmasının kolaylaşması amacıyla kitapçık üzerinde işaretlemeler hastayla birlikte yapılmıştır. Eğitimde kullanılan kitapçık hatırlamayı kolaylaştırmak ve tekrar okumayı sağlamak amacıyla hastalara verilmiştir.

**Telefonla İzlem ve Danışmanlık Görüşmeleri:** Telefon görüşmeleri 11.00-16.00 saatleri arasında yapılmıştır. Telefonla görüşme süresi yaklaşık 10-15 dakika olarak belirlenmiş ve bu süreye uyulmuştur. Telefon görüşmeleri Kişisel Bilgi Formunda tespit edilen uyarılar ve uyum alanlarındaki değişimlerin izlenmesi amacıyla telefon görüşmelerini değerlendirme formuna kaydedilmiştir. Böylece görüşmenin daha sağlıklı ilerlemesi sağlanmıştır. Hastaların araştırmacıya kolayca ulaşmasını sağlamak amacıyla araştırmacı tarafından bir kartvizit bastırılmıştır. Telefon hattı araştırmacının 7/24 kullandığı telefon hattı olup, araştırma için ayrı bir hat alınmamıştır. Telefon görüşmelerinde hastalara 7 gün 24 saat gereksinim duyulan konularda danışmanlık sağlanmıştır. Danışmanlık amacıyla araştırmacı genel olarak hafta içi ve hafta sonları akşam saat 22.00'ye kadar aranmış, 22.00'den sonra arama gelmemiştir. "Telefon

Görüşmeleri ile İlgili Hasta Yönlendirme Protokolü” göz önünde tutularak danışmanlık yapılmıştır (Ek 16). Hastalar 30 dakikadan fazla süren göğüs ağrısı, ağrının boyna, alt çeneye ya da sol kola yayılması, ağrının nitrogliserine cevap vermemesi, çarpıntı, şiddetli nefes darlığı, hipotansiyonla birlikte solgunluk, terleme, soğuk ekstremiteler, bilinç bozukluğu, senkop olması durumunda acil servise, ilaçların yan etkileri olması durumunda polikliniğe yönlendirilmişlerdir. Araştırma kapsamında eğitim konularıyla ilgili hastanın gereksinim duyduğu konularda ise araştırmacı tarafından eğitim kitapçığı doğrultusunda açıklamalar yapılmıştır.

**Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar:** Kontrol grubuna, çalışma sırasında araştırmacı tarafından bir girişim uygulanmamıştır. Kontrol grubundaki hastalar hastanede uygulanan standart hemşirelik bakımını almışlardır. Randomizasyon sonrası kontrol grubuna dahil olan hastalarla Şekil 3.4’te yer alan araştırma uygulama basamakları doğrultusunda planlamalar gerçekleştirilmiştir. Hastalarla hastanede tanışılmış, çalışma anlatılmış, bilgilendirilmiş gönüllü olurları alınmış, görüşme planı yapılmıştır. Veri toplama formları, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile yaklaşık 20-30 dakikada uygulanmış, ardından telefon görüşmesi için hastaların telefon numaraları alınmıştır. Aynı ölçeklerin taburculuğun üçüncü ayında son kez uygulanacağı, ardından hastalığa yönelik eğitim kitapçığı ile eğitim verileceği paylaşılmıştır. Kontrol grubundaki tüm hastalarla üç ay sonra iletişim kurulmuş poliklinikte görüşme yapılmış ve eğitim kitapçığı rehberliğinde 30-45 dakika eğitim verilmiştir.

### **3.7.3. Uygulama Protokolü İlkeleri**

- 1) Çalışmada hastaları değerlendirme, veri toplama, eğitim ve telefonla izlem basamaklarını Roy Uyum Modeline temellendirme,
- 2) Çalışmada kullanılan eğitim ve danışmanlık bilgilerini ulusal ve uluslararası kılavuzlara dayandırma, kitapçıktan katılımcıların yararlanmasını sağlama,
- 3) Yaşam tarzı değişikliğini pekiştirmek için, hastanın engelleri ve kolaylıkları tanımlamasına yardımcı olmak ve motivasyonu artırmak için rehberlik etme,
- 4) Bireysel kararların etkinliğini değerlendirmelerine yardımcı olma, hastaların endişeleri ve soruları için ulaşılabilirliği sağlama,
- 5) Kontrol grubu hastalarına çalışmanın tamamlanmasından sonra eğitim verilmesi ve eğitim kitapçığının paylaşılmasıdır.



### 3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Etik ilkelere uyulması, araştırma kapsamına alınan bireylerin haklarının korunması ve herhangi bir zarar görmemeleri açısından alınan önlemler:

- Araştırmaya dahil edilen hastalara araştırma ile ilgili sözlü bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Onam Formu ile onayları alınmıştır (EK 2-3).
- Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı kurum izni alınmıştır (EK 17).
- Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2012-KAEK-20 kodu ile onay alınmıştır (EK 18).
- Araştırmada kullanılan Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği, Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği, Morisky Uyum Ölçeği için yazarlardan kullanım izni alınmıştır (EK 19).

### 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Nisan 2016–Ağustos 2017 tarihleri arasında Antalya il merkez sınırı içinde bulunan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği'nde miyokard enfarktüsü tanısı alan hastalarla sınırlıdır. Sonuçların tüm hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlılığıdır.

### 3.10. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Miyokard enfarktüsü tanısı alan hastaların, hastalıklarına yönelik geliştirdikleri öz yeterlik, yaşam kalitesi, sağlık davranışlarındaki uyum araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler:** Hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ait özellikleri ve kuram temelli hemşirelik girişimleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

### 3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın tasarım aşamasından itibaren istatistik alanında uzman bir öğretim üyesinden danışmanlık hizmeti alınmıştır. İstatistiksel analizlerin tamamı Statistical Analysis System (SAS) 9.4 paket programında yapılmış ve değerlendirme tablosu Tablo 3.8'de verilmiştir. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.



**Tablo 3.8.** Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel teknikler

<b>Değişkenler</b>	<b>İstatistiksel Yöntemler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ölçeklerin güvenilirliği</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cronbach alfa</li></ul>
<b>Tanımlayıcı veriler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Girişim ve kontrol grubu sosyodemografik ve hastalığa ilişkin veriler için</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nicel değişkenleri için ortalama ve standart sapma</li><li>▪ Nitel değişkenler için sayı ve yüzde</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Normal dağılıma uygunluk testleri</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Shapiro-Wilk testi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ İki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda</li><li>▪ Üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıklar için</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bağımsız gruplar için t testi</li><li>▪ ANOVA analizi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aynı bireylerden elde edilen iki farklı ölçüm zamanındaki farkın testi için</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ İki eş arasındaki farkın t testi (Paired sample t test)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği, Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği, Morisky Uyum Ölçeği puan ortalamaları bakımından zaman içinde ve gruplar arasında fark için</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tekrarlanan ölçümlü varyans analizi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kategorik değişkenler bakımından deney ve kontrol grupları arasında farklılık için</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ki kare veya Fisher kesin kare testi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bağımlı değişkenler arasındaki ilişki yönü ve gücünü ortaya koymak için</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Korelasyon analizi</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Değişkenlerden birisi belirli bir birim değiştiğinde diğerinin nasıl bir değişim gösterdiğini belirlemek için</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Linear regresyon analizi</li></ul>

## 4. BULGULAR

Bu çalışmada miyokard enfarktüsü geçiren hastalara uygulanan Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisi incelenmiştir.

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgular aşağıdaki ana başlıklar altında incelenmiştir;

- Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda yaşam kalitesine ilişkin bulgular
- Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda öz-yeterliğe ilişkin bulgular
- Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda uyuma ilişkin bulgular
- Yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve uyum arasındaki ilişkilere yönelik bulgular
- Telefon görüşme değerlendirilmesine ilişkin bulgular

### 4.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Yaşam Kalitesine İlişkin Bulgular

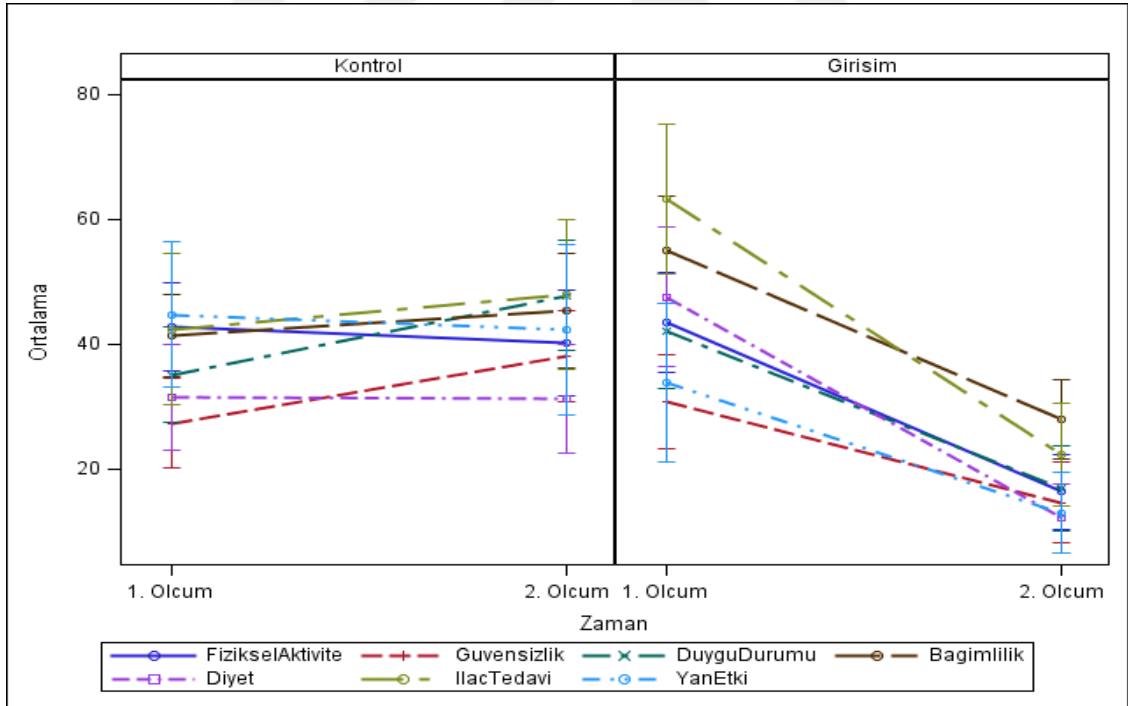
Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitelerine ilişkin bulguları yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.1'de, yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi Şekil 4.1'de yer almaktadır. Girişim ve kontrol grupları arasında fiziksel aktivite, güvensizlik, duygu durumu ve yan etki puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuşken (sırasıyla  $F=2.86$   $p=0.0049$ ;  $F=2.73$   $p=0.0072$ ,  $F=2.72$   $p=0.0074$ ;  $F=3.50$   $p=0.0006$ ), bağımlılık, diyet ve ilaç tedavisi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Farklı zamanlardaki ölçümler değerlendirildiğinde "güvensizlik ve duygu durumu" dışındaki diğer alt ölçeklerin tümünde farklı zamanlardaki ölçümler arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ayrıca "yan etki" alt ölçeği dışında diğer tüm alt ölçeklere grupların zaman etkileşimi açısından bakıldığında, zaman içindeki değişiminin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu görülmektedir (sırasıyla  $F=11.27$   $p=0.0011$ ;  $F=14.89$   $p=0.0002$ ;  $F=22.34$   $p=0.0001$ ;  $F=16.93$   $p=0.0001$ ,  $F=16.92$   $p=0.0001$ ;  $F=18.17$   $p=0.0001$ ). Müdahale sonrası girişim grubunun yaşam kalitesi alt ölçek puanlarının tüm ölçümlerde daha düşük ve azalma eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1 ve Şekil 4.1).

**Tablo 4.1.** Hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği		Fiziksel Aktivite $\bar{X} \pm SS$		Güvensizlik $\bar{X} \pm SS$		Duygu Durumu $\bar{X} \pm SS$		Bağımlılık $\bar{X} \pm SS$		Diyet $\bar{X} \pm SS$		İlaç Tedavisi $\bar{X} \pm SS$		Yan Etkiler $\bar{X} \pm SS$	
Grup	Zaman														
Kontrol	1. Ölçüm	42.81±19.30		27.33±19.46		35.08±20.83		41.40±17.81		31.45±23.15		42.34±33.18		44.76±32.08	
	2. Ölçüm	40.12±23.22		38.08±19.93		47.78±24.18		45.43±24.99		31.18±23.86		47.98±32.61		42.34±37.46	
Girişim	1. Ölçüm	43.55±21.83		30.73±20.49		42.14±25.10		55.11±23.24		47.58±30.67		63.31±32.59		33.87±34.79	
	2. Ölçüm	16.33±16.34		14.61±17.57		16.94±18.55		27.96±17.29		12.10±15.04		22.18±22.53		12.90±17.52	
		<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Test	Grup	2.86	<b>0.0049*</b>	2.73	<b>0.0072*</b>	2.72	<b>0.0074*</b>	0.45	0.6509	0.31	0.7593	0.40	0.6902	3.50	<b>0.0006*</b>
	Zaman	3.80	<b>0.0002*</b>	0.71	0.4776	1.40	0.1639	2.88	<b>0.0047*</b>	3.94	<b>0.0001*</b>	3.04	<b>0.0029*</b>	1.97	0.0515
	Grup*Zaman	11.27	<b>0.0011*</b>	14.89	<b>0.0002*</b>	22.34	<b>0.0001*</b>	16.93	<b>0.0001*</b>	16.92	<b>0.0001*</b>	18.17	<b>0.0001*</b>	2.70	0.1029

\*p≤0.05

Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2'de verilmiştir. Girişim grubu hastalarının yaşam kalitesi alt ölçekleri olan fiziksel aktivite, güvensizlik, duygu durumu, bağımlılık, diyet, ilaç tedavisi ve yan etkiler puan ortalamalarının ikinci ölçümde azalma eğiliminde olduğu ve kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla  $t=4.67$   $p=0.00$ ;  $t=4.92$   $p=0.00$ ;  $t=5.63$   $p=0.00$ ;  $t=3.20$   $p=0.00$ ;  $t=3.77$   $p=0.00$ ;  $t=3.63$   $p=0.00$ ;  $t=3.96$   $p=0.00$ ). Kontrol grubunun güvensizlik, duygu durum, bağımlılık ve ilaç tedavisi alt ölçek puanlarının ikinci ölçümde, birinci ölçüme göre artma eğiliminde olduğu, güvensizlik ve duygu durum alt ölçekte bu artmanın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir. Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izleme elde edilen bu bulgular kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastalarda yaşam kalitesindeki artışı desteklemektedir. Bu bulgular ile **“Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır”** hipotezi doğrulanmaktadır.



Şekil 4. 1. Hastaların yaşam kaliteleri alt ölçek puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

**Tablo 4.2.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması

MIDAS	Ölçümler	Girişim			Kontrol			Test Değeri	
		$\bar{X}\pm SS$	t	p	$\bar{X}\pm SS$	t	p	t	p
Fiziksel Aktivite	1. Ölçüm	43.55 ±21.83	7.02	0.0001	42.81±19.29	0.66	0.5163	-0.14	0.89
	2. Ölçüm	16.33 ±16.34			40.12±23.22			4.67	<b>0.00*</b>
Güvensizlik	1. Ölçüm	30.73 ±20.49	6.35	0.0001	27.33±19.46	-2.90	0.0070	-0.67	0.50
	2. Ölçüm	14.61 ±17.57			38.08±19.93			4.92	<b>0.00*</b>
Duygu Durumu	1. Ölçüm	42.14 ±25.10	6.44	0.0001	35.08±20.83	-3.82	0.0006	-1.20	0.23
	2. Ölçüm	16.94 ±18.55			47.78±24.18			5.63	<b>0.00*</b>
Bağımlılık	1. Ölçüm	55.11 ±23.24	5.47	0.0001	41.39±17.81	-1.09	0.2850	-2.61	<b>0.01*</b>
	2. Ölçüm	27.96 ±17.29			45.43±24.99			3.20	<b>0.00*</b>
Diyet	1. Ölçüm	47.58 ±30.67	6.90	0.0001	31.45±23.15	0.05	0.9566	-2.34	<b>0.02*</b>
	2. Ölçüm	12.09 ±15.04			31.18±23.86			3.77	<b>0.00*</b>
İlaç Tedavisi	1. Ölçüm	63.31 ±32.58	5.81	0.0001	42.34±33.18	-0.92	0.3645	-2.51	<b>0.01*</b>
	2. Ölçüm	22.18 ±22.53			47.98±32.61			3.63	<b>0.00*</b>
Yan Etkiler	1. Ölçüm	33.87 ±34.79	3.12	0.0040	44.76±32.07	0.37	0.7142	1.28	0.21
	2. Ölçüm	12.90 ±17.52			42.34±37.46			3.96	<b>0.00*</b>

\*p≤0.05

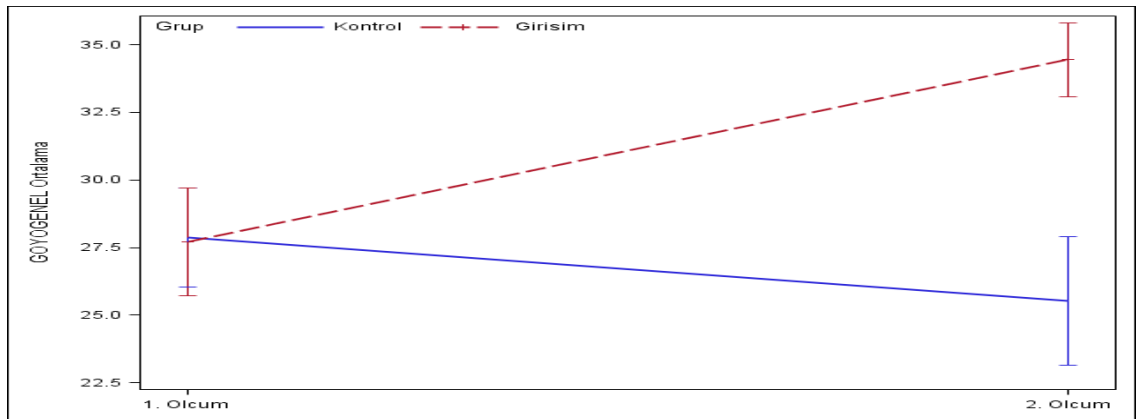
## 4.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Öz-Yeterliğe İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz yeterlik durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

**Tablo 4.3.** Hastaların öz yeterlik puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Genel Öz Yeterlik Ölçeği		$\bar{X} \pm SS$	
Grup	Zaman		
Kontrol	1. Ölçüm	27.87 $\pm$ 4.98	
	2. Ölçüm	25.52 $\pm$ 6.47	
Girişim	1. Ölçüm	27.71 $\pm$ 5.40	
	2. Ölçüm	34.45 $\pm$ 3.70	
		F	p
Test	Grup	-4.22	<b>0.0001*</b>
	Zaman	-2.00	<b>0.0472*</b>
	GrupxZaman	23.40	<b>0.0001*</b>

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz yeterlik puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.3'te ve öz yeterlik puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi Şekil 4.2.'de verilmiştir. Öz yeterlik puan ortalamalarının girişim ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F= -4.22 p=0.0001). Ayrıca öz yeterlik puan ortalamalarının farklı zamanlardaki ölçümleri arasında da istatistiksel olarak anlamlılık olduğu görülmüştür (F=-2.00, p=0.472). Öz yeterlik puan ortalamalarında grup ve zaman etkileşimi göz önünde bulundurulduğunda, girişim ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=23.40, p=0.0001).



**Şekil 4.2.** Hastaların öz yeterlik puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

**Tablo 4.4.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının öz yeterlik puan ortalamalarının karşılaştırılması

GÖYÖ	Girişim			Kontrol			Test Değeri	
	$\bar{x}\pm SS$	t	p	$\bar{x}\pm SS$	t	p	t	p
Genel Öz Yeterlik Ölçeği								
1. Ölçüm	27.71 ±5.40	-6.21	0.0001	27.87±4.98	2.88	0.0072	0.12	0.90
2. Ölçüm	34.45 ±3.70			25.52±6.47			-6.67	<b>0.00</b>

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz yeterlik puan ortalamalarının ölçümlere göre karşılaştırması Tablo 4.4'te verilmiştir. Girişim grubu hastalarının öz yeterlik puan ortalamaları 1. ve 2. ölçümde karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı ( $t=-6.21$   $p=0.0001$ ) ayrıca kontrol grubu hastalarının öz yeterlik puan ortalamaları 1. ve 2. ölçümde karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı ( $t= 2.88$ ,  $p=0.0072$ ) saptanmıştır. Girişim grubu ve kontrol grubu hastalarının 1. ölçümde öz yeterlik puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı ( $t=0.12$ ,  $p=0.90$ ), 2. ölçümde ise her iki grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $t=-6.67$ ,  $p=0.00$ ). Bu bulgular ile **“Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öz yeterlik düzeyini artırmaya etkisi vardır”** hipotezi doğrulanmaktadır.

### **4.3. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Uyuma İlişkin Bulgular**

Bu bölümde araştırmacı tarafından geliştirilen Roy Uyum Modeline temellendirilmiş veri toplama formundan elde edilen bulgular ve Roy tarafından geliştirilen Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği'ne ilişkin bulgular yer almaktadır.

Roy Uyum Modeli'nde yer alan ve miyokard enfarktüsünde etkili olan odak, olası, etkileyen uyaran ve dört psikososyal uyum alanı bulguları Tablo 3.3., Tablo 3.4, Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.9 ve Tablo 4.10'da verilmiştir. Bu araştırmada bireyler için odak uyaran, miyokard enfarktüsü olarak tanımlanmaktadır. Odak uyaran sonrası girişim ve kontrol grubundaki hastaların miyokard enfarktüsü sonrası yaşanan yakınma durumları Tablo 4.5'te verilmiştir. Olası uyaran olarak hastalıkla ilgili inançları Tablo 3.4'te yer almaktadır. Hastalık risk faktörlerinden oluşan HDL, LDL, Trigliserid, AKS, HbA1c, kilo ve bel çevresi gibi fiziksel parametrelere ilişkin etkileyen uyaranlar Tablo 4.9 ve Tablo 4.10'da yer almaktadır. Miyokard enfarktüsü sonrası bireyin fizyolojik alan ve benlik kavramına yönelik bulgular Tablo 4.5'te, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarına yönelik bulgular ise Tablo 4.6'da verilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uyum davranışları Tablo 4.5'te verilmiştir. Taburculuktan sonraki üçüncü ayda girişim grubu hastalarının %19.35'inde kontrol grubundaki hastaların %29.03'ünde göğüs ağrısının devam ettiği belirlenmiştir. Sağlığı algılama durumu göz önüne alındığında 2. ölçümde girişim grubunun %74.19'u, kontrol grubunun ise %32.26'sı sağlığını iyi algıladığını belirtmiştir. Girişim grubunun %87.10'u egzersiz yaparken, kontrol grubunun %74.19'u egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Girişim grubunun %64.52'si hareketli yaşamının olduğunu belirtirken kontrol grubunun %54.84'i hareketli yaşamının olmadığını belirtmiştir. Hem girişim (%90.32) hem de kontrol grubunun (%74.19) gün içinde kendilerine dinlenme zamanları ayırdıkları belirlenmiştir.

Tanı sonrası girişim grubunun %22.58'inin, kontrol grubunun %12.90'ının sigara içmeyi bıraktığı saptanmıştır. Hem girişim hem kontrol grubunda alkol alma durumunun olmadığı görülmüştür. İlk ölçümde girişim grubunun %64.52'sinin hastalığıyla ilgili yemesi gerekenleri bilmediği, 2. ölçümde girişim grubunun tamamının hastalığıyla ilgili yemesi gerekenleri bildiği görülmüştür. Bu oranının 2. ölçümde kontrol grubunda %45.16 olduğu görülmüştür.



**Tablo 4.5.** Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uyum davranışları

Semptomlar	Uyum Davranışları	1.ölçüm				2.ölçüm				$\chi^2$	p
		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Girişim Grubu		Kontrol Grubu			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Yaşanan yakınmalar	Yok	13	41.94	15	48.39	22	70.97	14	45.16	4.71	0.194
	Yorgunluk-Halsizlik	8	25.81	10	32.26	2	6.45	6	19.35		
	Nefes Darlığı	1	3.23	3	9.68	0	0	0	0		
	Göğüs Ağrısı	8	25.81	3	9.68	6	19.35	9	29.03		
	Diğer	1	3.23	0	0	1	3.23	2	6.45		
Sağlığı algılama durumu	İyi	16	51.61	11	35.48	23	74.19	10	32.26	11.08	0.004
	Orta	13	41.94	18	58.06	7	22.58	17	54.84		
	Kötü	2	6.45	2	6.45	1	3.23	4	12.90		
Sigara içme durumu	Evet	16	51.61	14	45.16	9	29.03	10	32.26	0.99	0.608
	Hayır	7	22.58	11	35.48	15	48.39	17	54.84		
	Bıraktı	8	25.81	6	19.35	7	22.58	4	12.90		
Alkol kullanma durumu	Evet	3	9.68	1	3.23	0	0	0	0	-	-
	Hayır	25	80.65	28	90.32	31	100	31	100		
	Bıraktı	3	9.68	2	6.45	0	0	0	0		
Egzersiz yapma durumu	Evet	4	12.90	4	12.90	27	87.10	8	25.81	23.68	0.000
	Hayır	27	87.10	27	87.10	4	12.90	23	74.19		
Hareketli yaşam biçimi	Evet	16	51.61	12	38.71	20	64.52	10	32.26	23.60	0.000
	Kısmen	7	22.58	9	29.03	11	35.48	4	12.90		
	Hayır	8	25.81	10	32.26	0	0	17	54.84		
Gün içinde dinlenme	Evet	18	58.06	22	70.97	28	90.32	23	74.19	3.49	0.175
	Kısmen	9	29.03	5	16.13	3	9.68	6	19.35		
	Hayır	4	12.90	4	12.90	0	0	2	6.45		
Beslenme durumu	Hastalığımla ilgili neler yemem gerektiğini biliyorum	11	35.48	7	22.58	31	100	14	45.16	23.42	0.000
	Hastalığımla ilgili neler yemem gerektiğini bilmiyorum	20	64.52	24	77.42	0	0	17	54.84		
	Beslenmeme dikkat ediyorum	10	32.26	11	35.48	29	93.55	19	61.29	9.53	0.023
	Beslenmeme dikkat etmiyorum	2	6.45	1	3.23	0	0	2	6.45		
	Beslenmeme çok fazla dikkat etmiyorum	11	35.48	12	38.71	2	6.45	9	29.03		
	Beslenmeme hiç dikkat etmiyorum	8	25.81	7	22.58	0	0	1	3.23		

**Tablo 4.6.** Girişim ve kontrol grubundaki hastaların uyumuna ilişkin son test verileri

Tanımlayıcı Özellikler		Girişim Grubu (n=31)		Kontrol Grubu (n=31)		Toplam (n=62)		$\chi^2$	p
		n	%	n	%	n	%		
<b>İlaç Kullanımına Devam Etme</b>	Ara vermeden ilaç kullanmaya devam ediyor	30	96.77	29	93.55	59	95.16	0.350	0.554
	İlaç kullanımına bir veya iki ilacın bitmesi nedeniyle devam edemiyor	1	3.23	2	6.45	3	4.84		
<b>İlaç Uyumu</b>	Yüksek Uyum	26	83.87	24	77.42	50	80.65	0.4133	0.5203
	Orta Uyum	5	16.13	7	22.58	12	19.35		
<b>Rol Fonksiyonunda Değişiklik</b>	Evet	6	19.35	10	32.26	16	25.81	1.348	0.246
	Hayır	25	80.65	21	67.74	46	74.19		
<b>Karşılıklı Bağlılık Alanı</b>	Evet	1	3.23	0	0	1	1.61	1.016	0.313
	Hayır	30	96.77	31	100	61	98.39		

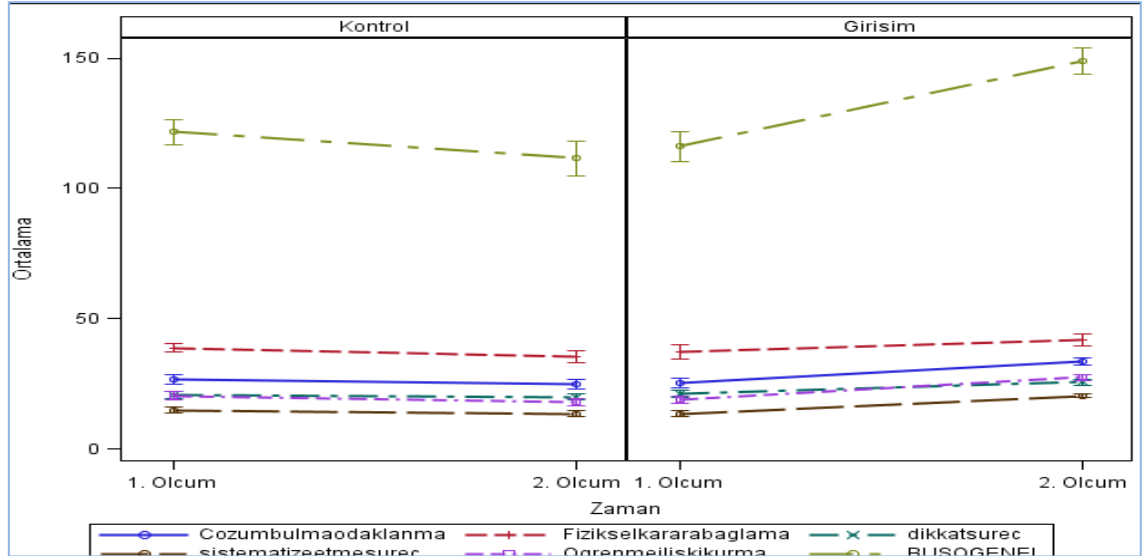
**Tablo 4.7.** Hastaların Başetme ve Uyum Süreci Ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği		Çözüm Bulma ve Odaklanma $\bar{X} \pm SS$		Fiziksel ve Karara Bağlama $\bar{X} \pm SS$		Dikkat Süreci $\bar{X} \pm SS$		Sistematize Etme Süreci $\bar{X} \pm SS$		Öğrenme ve İlişki Kurma $\bar{X} \pm SS$		BUSÖ Genel Toplam $\bar{X} \pm SS$	
Grup	Zaman	26.71 $\pm$ 5.03		38.84 $\pm$ 4.85		20.84 $\pm$ 3.53		14.87 $\pm$ 2.94		20.45 $\pm$ 3.93		121.71 $\pm$ 13.33	
	1. Ölçüm												
Kontrol	2. Ölçüm	24.97 $\pm$ 4.88		35.32 $\pm$ 6.58		19.94 $\pm$ 3.42		13.42 $\pm$ 3.20		17.94 $\pm$ 4.22		111.58 $\pm$ 18.03	
	1. Ölçüm	25.23 $\pm$ 5.01		37.26 $\pm$ 7.20		21.26 $\pm$ 3.59		13.52 $\pm$ 2.74		18.84 $\pm$ 4.08		116.10 $\pm$ 15.25	
Girisim	2. Ölçüm	33.55 $\pm$ 3.68		41.97 $\pm$ 6.51		25.55 $\pm$ 2.93		20.42 $\pm$ 2.38		27.42 $\pm$ 3.57		148.90 $\pm$ 13.87	
		<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Test	Grup	-3.56	<b>0.0005*</b>	-2.13	<b>0.0356*</b>	-4.54	<b>0.0001*</b>	-4.17	<b>0.0001*</b>	-4.33	<b>0.0001*</b>	-4.54	<b>0.0001*</b>
	Zaman	-3.28	<b>0.0014*</b>	-0.49	0.6234	-2.42	<b>0.0172*</b>	-4.01	<b>0.0001*</b>	-3.24	<b>0.0015*</b>	-3.12	<b>0.0022*</b>
	Grup*Zaman	35.76	<b>0.0001*</b>	13.02	<b>0.0005*</b>	18.34	<b>0.0001*</b>	67.46	<b>0.0001*</b>	60.94	<b>0.0001*</b>	61.61	<b>0.0001*</b>

Girişim grubunun 2. ölçümde %93.55'inin beslenmesine dikkat ettiği, kontrol grubunun ise %61.29'unun beslenmesine dikkat ettiği saptanmıştır.

Tablo 4.6'da ilaç uyumu, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarında son test verileri yer almaktadır. Girişim grubunun %96.77'sinin, kontrol grubunun %93.55'inin ilaç kullanımına devam ettiği, kullandıkları ilaçların düzenli kullanımı açısından bakıldığında ise girişim grubunun %83.87'sinin yüksek uyum, kontrol grubunun ise %77.42'sinin yüksek uyum gösterdiği saptanmıştır. Girişim grubu hastalarının %19.35'inin, kontrol grubu hastalarının %32.26'sının rol fonksiyonlarında değişiklik olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7'de hastaların Başetme ve Uyum Süreci Ölçeğine ilişkin puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi verilmiştir. Girişim ve kontrol grubu başetme ve uyum süreci puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Farklı zamanlardaki ölçümler açısından bakıldığında BUSÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $t=-3.12$ ,  $p=0.0022$ ). Girişim grubunda zamanla puan ortalamalarının arttığı, kontrol grubunda ise puan ortalamalarının zamanla azaldığı görülmüş bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $t=61.61$ ,  $p=0.001$ ) (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Hastaların Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği puan ortalamalarının zaman içindeki değişimi

**Tablo 4.8.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği	Ölçümler	Girişim			Kontrol			Test Değeri	
		$\bar{x}\pm SS$	t	p	$\bar{x}\pm SS$	t	p	t	p
Çözüm Bulma ve Odaklanma	1. Ölçüm	25.23 $\pm$ 5.01	-7.31	0.0001*	26.71 $\pm$ 5.03	2.42	0.0218*	1.16	0.25
	2. Ölçüm	33.55 $\pm$ 3.68			24.97 $\pm$ 4.88			-7.82	<b>0.00*</b>
Fiziksel ve Karara Bağlama	1. Ölçüm	37.26 $\pm$ 7.20	-6.47	0.0001*	38.84 $\pm$ 4.85	3.34	0.0023*	1.01	0.31
	2. Ölçüm	41.97 $\pm$ 6.51			35.32 $\pm$ 6.58			-4.00	<b>0.00*</b>
Dikkat Süreci	1. Ölçüm	21.26 $\pm$ 3.59	-5.79	0.0001*	20.84 $\pm$ 3.53	1.57	0.1263	-0.46	0.64
	2. Ölçüm	25.55 $\pm$ 2.93			19.94 $\pm$ 3.42			-6.94	<b>0.00*</b>
Sistematize Etme Süreci	1. Ölçüm	13.52 $\pm$ 2.74	-10.14	0.0001*	14.87 $\pm$ 2.94	3.18	0.0034*	1.88	0.07
	2. Ölçüm	20.42 $\pm$ 2.38			13.42 $\pm$ 3.20			-9.77	<b>0.00*</b>
Öğrenme ve İlişki Kurma	1. Ölçüm	18.84 $\pm$ 4.08	-8.64	0.0001*	20.45 $\pm$ 3.93	5.46	0.0001*	1.58	0.12
	2. Ölçüm	27.42 $\pm$ 3.57			17.94 $\pm$ 4.22			-9.56	<b>0.00*</b>
BUSÖ TOPLAM	1. Ölçüm	116.10 $\pm$ 15.25	-8.98	0.0001*	121.71 $\pm$ 13.33	4.78	0.0001*	1.54	0.13
	2. Ölçüm	148.90 $\pm$ 13.87			111.58 $\pm$ 18.03			-9.14	<b>0.00*</b>

Tablo 4.8’de girişim ve kontrol grubu hastalarının Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Girişim grubu hastalarının alt ölçekler ve toplam ölçek puan ortalamalarının 2. ölçümde 1. ölçüme göre arttığı, kontrol grubunda ise bu durumun aksine 2. ölçümde 1. ölçüme göre puan ortalamalarının azaldığı görülmekte olup, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p \leq 0.01$ ). Girişim ve kontrol grubu alt ölçek ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında 1. ölçümde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). 2. ölçümde ise tüm alt ölçekler ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p < 0.01$ ) (Tablo 4.8). Bu bulgular ile **“Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların başetme ve uyum süreçlerini artırmaya etkisi vardır”** hipotezi doğrulanmaktadır.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel parametre puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi Tablo 4.9’da verilmiştir. Bel çevresi puan ortalamaları her iki grupta da azalma göstermekle birlikte bu azalmanın girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark oluşturduğu saptanmıştır. Ayrıca LDL ve AKŞ dışında fiziksel parametrelerin farklı zamanlardaki ölçümleri arasında fark anlamlı bulunmamıştır. Fiziksel parametre puan ortalamaları yönünden zaman içinde girişim ve kontrol gruplarının kendi içindeki değişimin anlamlı olmadığı görülmüştür. Girişim grubu hastaların HDL, LDL, Trigliserid, AKŞ, HbA1c, Kilo ve BKI puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın ölçümlere göre değişiminin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $F=0.82$   $p=0.36$ ;  $F=0.32$   $p=0.5741$ ;  $F=0.41$   $p=0.51$ ;  $F=0.15$   $p=0.7013$ ;  $F=0.87$   $p=0.35$ ;  $F=0.04$   $p=0.84$ ;  $F=0.22$   $p=0.64$ ;  $F=0.04$ ,  $p=0.83$ ).

Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 4.10’da verilmiştir. Girişim grubunda 1 ve 2. ölçüm arasında LDL, kilo, bel çevresi ve BKI fiziksel parametre puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ( $t=5.36$   $p=0.001$ ;  $t=2.89$   $p=0.0071$ ;  $t=3.46$   $p=0.0017$ ;  $t=2.91$   $p=0.0067$ ), kontrol grubunda ise 1 ve 2. ölçüm arasında HDL ve LDL puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=-2.30$   $p=0.0341$ ;  $t=4.57$   $p=0.003$ ) (Tablo 4.10).

**Tablo 4.9.** Hastaların fiziksel parametre puan ortalamalarının zaman ve gruplara göre değişimi

Fiziksel Parametreler		HDL		LDL		Trigliserid		AKŞ		HbA1C		Kilo		Bel Çevresi		BKI	
Grup-Zaman		X±SS		X±SS		X±SS		X±SS		X±SS		X±SS		X±SS		X±SS	
<b>Kontrol 1. ölçüm</b>		33.26±8.77		112.19±35.29		230.39±193.47		138.06±57.23		6.46±1.54		80.90±10.68		107.03±11.55		28.54±3.87	
<b>Kontrol 2. ölçüm</b>		36.00±5.74		82.50±26.38		172.53±67.36		121.11±49.67		6.79±1.46		80.58±10.67		106.68±12.53		28.42±3.86	
<b>Girisim 1. ölçüm</b>		47.65±46.41		125.45±38.30		199.71±129.95		128.29±62.10		6.46±1.39		80.03±14.64		102.48±12.85		27.57±4.45	
<b>Girisim 2. ölçüm</b>		40.92±11.22		87.19±47.04		179.74±119.31		102.76±39.68		6.24±0.93		78.84±14.26		100.10±11.50		27.15±4.26	
		F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p	F	p
Test	Grup	-2.02	<b>0.0458*</b>	-0.83	0.4083	0.66	0.5127	1.27	0.2082	0.67	0.5076	0.58	0.5650	2.57	<b>0.0114*</b>	1.52	0.1312
	Zaman	0.29	0.7700	4.46	<b>0.0001*</b>	1.33	0.1872	1.98	<b>0.0508*</b>	0.01	0.9905	0.33	0.7386	0.62	0.5379	0.36	0.7207
	GxZ	0.82	0.3685	0.32	0.5741	0.42	0.5192	0.15	0.7013	0.87	0.3547	0.04	0.8490	0.22	0.6416	0.04	0.8375

p≤0.05

**Tablo 4.10.** Girişim ve kontrol grubu hastalarının fiziksel parametre puan ortalamalarının karşılaştırılması

Fiziksel Parametreler	Ölçümler	Girişim				Kontrol				Test Değeri	
		n	$\bar{X}\pm SS$	t	p	n	$\bar{X}\pm SS$	t	p	t	p
HDL	1. Ölçüm	31	47.65 $\pm$ 46.41	0.90	0.3765	31	33.26 $\pm$ 8.77	-2.30	<b>0.0341</b>	-1.70	0.10
	2. Ölçüm	26	40.92 $\pm$ 11.22			18	36.00 $\pm$ 5.74			-1.71	0.09
LDL	1. Ölçüm	31	125.45 $\pm$ 38.30	5.36	<b>0.0001</b>	31	112.19 $\pm$ 35.29	4.57	<b>0.0003</b>	-1.42	0.16
	2. Ölçüm	26	87.19 $\pm$ 47.04			18	82.5 $\pm$ 26.38			-0.38	0.70
Trigliserid	1. Ölçüm	31	199.71 $\pm$ 129.95	0.32	0.7495	31	230.39 $\pm$ 193.47	1.20	0.2474	0.73	0.47
	2. Ölçüm	23	179.74 $\pm$ 119.31			17	172.53 $\pm$ 67.36			-0.22	0.82
AKS	1. Ölçüm	31	128.29 $\pm$ 62.10	1.78	0.0899	31	138.06 $\pm$ 57.23	1.07	0.2979	0.64	0.52
	2. Ölçüm	21	102.76 $\pm$ 39.68			18	121.11 $\pm$ 49.67			1.28	0.21
HBA1C	1. Ölçüm	31	6.46 $\pm$ 1.39	0.93	0.3643	31	6.46 $\pm$ 1.54	0.83	0.4226	0.00	1.00
	2. Ölçüm	20	6.24 $\pm$ 0.93			13	6.79 $\pm$ 1.46			1.34	0.19
Kilo	1. Ölçüm	31	80.03 $\pm$ 14.64	2.89	<b>0.0071</b>	31	80.90 $\pm$ 10.68	0.98	0.3349	0.27	0.79
	2. Ölçüm	31	78.84 $\pm$ 14.26			31	80.58 $\pm$ 10.67			0.54	0.59
Bel Çevresi	1. Ölçüm	31	102.48 $\pm$ 12.85	3.46	<b>0.0017</b>	31	107.03 $\pm$ 11.55	0.46	0.6499	1.47	0.15
	2. Ölçüm	31	100.10 $\pm$ 11.50			31	106.68 $\pm$ 12.53			2.15	<b>0.04*</b>
BKI	1. Ölçüm	31	27.57 $\pm$ 4.45	2.91	<b>0.0067</b>	31	28.54 $\pm$ 3.87	0.97	0.3389	0.91	0.37
	2. Ölçüm	31	27.15 $\pm$ 4.26			31	28.42 $\pm$ 3.86			1.23	0.22

\*BKI=Beden kitle indeksi



#### 4.5. Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlik ve Uyum Arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve baş etme uyum süreci arasındaki ilişki Tablo 4.11'de yer almaktadır. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği puanının Genel Öz Yeterlik Ölçek puanı ile arasında 2. ölçüm ve genel ölçümde pozitif yönde güçlü bir korelasyon ( $|r| \geq 0.7$ ) ( $r=0.840$ ), Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $|r| \geq 0.3$ ) ( $r=-0.266$  ile  $-0.429$  arasında). Genel Öz Yeterlik Ölçeği puanı ile Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamalarından “diyet” alt ölçek puan ortalaması dışında diğer tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında 2. ölçüm ve genel ölçümde negatif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Genel Öz Yeterlik Ölçeği ile “duygu durum, bağımlılık, ilaç tedavisi ve yan etki” alt ölçek puan ortalamaları arasında zayıf düzeyde bir ilişki saptanmış olup ( $r=-0.241$ ;  $r=-0.270$ ;  $r=-0.205$ ;  $r=-0.189$ ), fiziksel aktivite ve güvensizlik alt ölçeği puan ortalamaları arasında orta düzeyde ( $r=-0.399$ ;  $r=-0.355$ ) bir ilişki saptanmıştır. Bu sonuç ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olduğunu göstermekte olup, hastaların baş etme ve uyum süreci arttıkça, genel öz yeterlik ve yaşam kalitesinin de arttığını göstermektedir (Tablo 4.11).

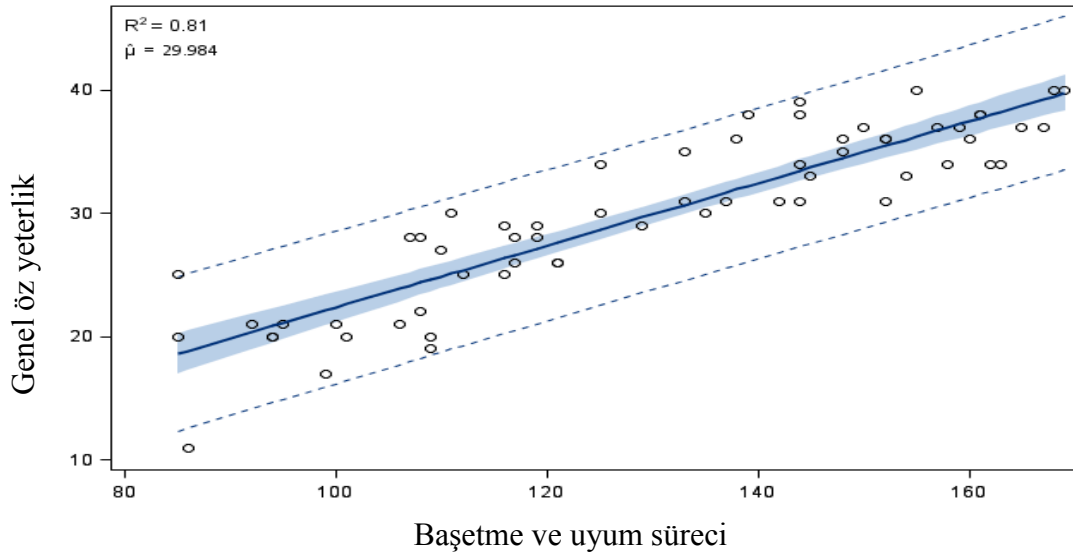
Tablo 4.12'de Yaşam kalitesi, öz yeterlik ve başetme uyum sürecine ilişkin regresyon analizi sonuçları, Şekil 4.4'te Başetme ve uyum süreci ile öz yeterlik arasındaki ilişki verilmiştir. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ile Genel Öz Yeterlik arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki vardır ( $\beta=0.251$ ,  $t=-1.134$ ,  $p=0.0001$ ). Öz yeterlik kavramının büyük ölçüde başetme ve uyum süreci etkilemektedir ( $R^2=0.8096$ ) (Tablo 4.12 ve Şekil 4.4). Ayrıca Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ile Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları arasında negatif yönde doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p < 0.01$ ) ( $R^2=0.1322$  ile  $R^2=0.2882$  arasında değişmektedir) (Tablo 4.12).

**Tablo 4.11.** Yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve başetme uyum süreci arasındaki ilişki

ÖLÇÜM		Fiziksel Aktivite	Güvensizlik	Duygu Durum	Bağımlılık	Diyet	İlaç Tedavisi	Yan Etki	GÖYÖ GENEL	BUSÖ GENEL
1. ÖLÇÜM	BUSÖ TOPLAM	-0.161	-0.2041	-0.066	-0.163	-0.001	-0.067	-0.001	0.709***	-
2. ÖLÇÜM		-0.494***	-0.537***	-0.567***	-0.398***	-0.364***	-0.405***	-0.387** *	0.899***	-
GENEL		-0.429***	-0.414***	-0.406***	-0.354***	-0.266**	-0.312***	-0.268**	0.840***	-
1. ÖLÇÜM	GÖYÖ TOPLAM	-0.189	-0.094	0.167	-0.034	0.131	0.051	0.022	-	0.709***
2. ÖLÇÜM		-0.486***	-0.524***	-0.481***	-0.383**	-0.261	-0.354**	-0.309*	-	0.899***
GENEL		-0.399***	-0.355***	-0.241**	-0.270***	-0.122	-0.205**	-0.189*	-	0.840***

**Tablo 4.12.** Yaşam kalitesi, öz yeterlik ve başetme uyum sürecine ilişkin regresyon analizi sonuçları

Model	Bağımlı- Bağımsız Değişken	DF	$\beta$	Standart Hata	t	P	R <sup>2</sup>
MODEL 1	GÖYÖ Intercept	1	-2.80439	2.08862	-1.34	0.1844	0.8096
MODEL 1	GÖYÖ BUSÖ	1	0.25175	0.01576	15.97	<.0001	
MODEL 2	BUSÖ Intercept	1	145.04977	4.33980	33.42	<.0001	0.2444
MODEL 2	BUSÖ Fiziksel Aktivite	1	-0.52462	0.11908	-4.41	<.0001	
MODEL 3	BUSÖ Intercept	1	146.04622	4.16907	35.03	<.0001	0.2882
MODEL 3	BUSÖ Güvensizlik	1	-0.59992	0.12171	-4.93	<.0001	
MODEL 4	BUSÖ Intercept	1	147.34736	4.13438	35.64	<.0001	0.3209
MODEL 4	BUSÖ DuyguDurumu	1	-0.52862	0.09927	-5.32	<.0001	
MODEL 5	BUSÖ Intercept	1	145.85910	5.47850	26.62	<.0001	0.1583
MODEL 5	BUSÖ Bağımlılık	1	-0.42561	0.12671	-3.36	0.0014	
MODEL 6	BUSÖ Intercept	1	139.06624	4.14414	33.56	<.0001	0.1322
MODEL 6	BUSÖ Diyet	1	-0.40778	0.13486	-3.02	0.0037	
MODEL 7	BUSÖ Intercept	1	141.66152	4.40620	32.15	<.0001	0.1640
MODEL 7	BUSÖ İlaç Tedavisi	1	-0.32552	0.09487	-3.43	0.0011	
MODEL 8	BUSÖ Intercept	1	138.33950	3.83104	36.11	<.0001	0.1499
MODEL 8	BUSÖ Yan Etkiler	1	-0.29317	0.09012	-3.25	0.0019	



**Şekil 4.4.** Başetme ve uyum süreci ile öz yeterlik arasındaki ilişki

#### 4.6. Telefon Görüşmesinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde girişim grubu hastalarıyla yapılan planlı telefon görüşmesi ve danışmanlık gereksinimlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Telefon görüşmelerinden tüm hastaların memnun olduğu, hastaların %51.6'sının planlı telefon görüşmeleri dışında danışmanlık aldığı görülmüştür. En sık danışmanlık gereksiniminin %38.4 ilaç ve %23 ile kontrollere ilişkin olduğu saptanmıştır. Girişim grubu hastalarının %6.45'i, kontrol grubu hastalarının ise %19.35'i (n=6) acil servise başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** Telefon görüşmesinin değerlendirilmesi

Telefon Görüşmeleri (n=31)	Evet		Hayır	
	▪ Telefon görüşmelerinden memnuniyet durumu	n=31	% 100	n=0
▪ Planlı telefon görüşmeleri dışında danışmanlık alma durumu	n= 16	%51.6	n= 15	%49.4
▪ Verilen danışmanlık sayısı	39			
▪ Danışmanlık konuları	% 38.4		İlaç	
	% 23.0		Kontrol	
	% 10.0		Semptom	
	% 7.6		Beslenme	
	% 7.6		Haberdar etme	
	% 5.1		Çalışma	
	% 16.3		Diğer	
Acil servise başvurma durumu	Başvurdum		Başvurmadım	
	n=2	% 6.45	n= 29	% 93.55

## 5. TARTIŞMA

Araştırmada Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefon izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öz yeterlik, yaşam kalitesi ve uyum düzeyleri üzerine etkileri incelenmiş ve bulgular aşağıda yer alan ana başlıklar altında tartışılmıştır.

- Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesi
- Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öz yeterlik düzeyleri
- Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların uyum düzeyleri
- Yaşam kalitesi, öz yeterlik ve uyum arasındaki ilişki

### 5.1. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesi

Araştırmada girişim ve kontrol gruplarında MIDAS yaşam kalitesi ölçeği ile fiziksel aktivite, güvensizlik, duygu durumu, bağımlılık, diyet, ilaç tedavisi ve yan etkiler olmak üzere yedi alt boyut değerlendirilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarında çalışmanın başlangıcında birbirine yakın ölçek puan ortalamaları saptanmıştır (Tablo 4.2). Bu durum araştırmaya katılan hastaların hastalık sürecinden aynı düzeyde olumsuz etkilendiklerini göstermektedir. Çalışma sonunda yaşam kalitesi puan ortalamalarının değişimi değerlendirildiğinde, yan etki alt ölçek puan ortalamaları dışında diğer alt ölçek puan ortalamalarında girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.1). Girişim grubundaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarında azalma, kontrol grubunun ise güvensizlik, duygu durum, bağımlılık ve ilaç tedavisi alt ölçek puan ortalamalarının zaman içinde artma eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Bu durum girişim grubunun izlem süresince yaşam kalitesinde artma, kontrol grubunun izlem süresince yaşam kalitesinde azalma olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda araştırmanın  $H_1$  hipotezinin (**Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesini artırmaya etkisi vardır**) doğrulandığı görülmektedir.

Araştırmada girişim grubu hastalarına "hastalık sonrası uyumun önemi, kalbin yapısı, ilaç kullanımı, sağlıklı beslenme, aktif yaşam ve egzersiz, cinsel yaşam, sigara ve alkol kullanımı, duygular ve başetme, kardiyolojide kullanılan tetkikler" konu başlıklarını içeren Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş, görseller ve tablolarla desteklenen bireyselleştirilmiş bir eğitim verilmiştir. Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu ile uyanların, başetme

mekanizmalarının ve uyum alanlarındaki değişimin tespit edilmesinin verilen eğitimin etkinliğini arttırdığı düşünölmektedir. Ayrıca miyokard enfarktüsü sonrası girişim grubuyla 1, 3, ve 8. haftalarda yapılan "hastayı değerlendirme, problemleri tanımlama, fiziksel sorun yaşama, diyete uyum, ilaç kullanımına uyum, aktif yaşam ve egzersiz, duygusal sorun yaşama ve başetme durumu, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanı, sigaranın bırakılması, hastanın gerekli görölen konularda eğitimi ve hatırlatmalar, sağlık kontrolleri, ortak hedefler belirleme güçlendirme-cesaretlendirme-öz yeterliği artırma, sonlandırma ve planlama" basamaklarından oluşun telefon görüşmelerinin taburculuk sonrası ortaya çıkabilecek sorunları önlediği düşünölmektedir.

Araştırmada uygulanan MIDAS yaşam kalitesi ölçeğinin Roy Uyum Modeli'nin dört ana uyum alanı ile ilişkili olduğu düşünölmektedir. Modelde fizyolojik alan ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinden "fiziksel aktivite, diyet, ilaç tedavisi, yan etkiler alt ölçeği", benlik alanı ile "güvensizlik, duyu durumu alt ölçeği", rol fonksiyon-karşılıklı bağlılık alanları ile "bağımlılık alt ölçeği" arasında benzerlikler olduğu görölmektedir. Araştırmada seçilen ölçeklerin uygulamaya temellenen kuramcı ile paralel olmasının, girişimin etkinliğini ortaya çıkarmada önemli bir etken olduğu düşünölmektedir. Ayrıca eğitim kitapçıda yer alan içeriğin kuramın dört uyum alanını kapsamaması ve telefon görüşmelerinin "fiziksel sorun yaşama, diyete uyum, ilaç kullanımına uyum, sigaranın bırakılması, aktif yaşam ve egzersiz, duygusal sorun yaşama ve başetme durumu, sağlık kontrolleri, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanı ve güçlendirme-cesaretlendirme-öz yeterliği artırma" başlıkları doğrutusunda yapılmasının kuram temelli uygulamanın etkinliğini arttırdığı düşünölmektedir. Dolayısıyla hem kuram temelli eğitim ve telefonla izlemin kullanılması hem de kuramın uyum alanları ile yaşam kalitesi alt ölçeklerinin arasında benzerlik olmasının, girişim grubunda yer alan bireylerin yaşam kalitesi düzeylerini artırmada etkili olduğunu düşöndürmektedir. Literatürde koroner hastalıklarda Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş eğitim veya telefonla izlemin yaşam kalitesi üzerine etkinliğini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat kalp yetmezliği olan bireylerde Roy Adaptasyon Modeline temellendirilmiş eğitimin etkinliğini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada, girişim grubu hastalarının kontrol grubuna göre yaşam kalitesinde artma saptanmıştır (Bakan ve Akyol, 2008). Demanslı bireyler ve cerrahi menopozdaki kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda Roy Uyum Modeli'ne temellendirilen girişimlerin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (Lök, 2016; Boğa, 2013). Sonuç olarak

farklı hasta popülasyonlarında Roy Uyum Modeli'ne temellendirilen çalışmaların hastaların yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir.

Araştırma sonuçları eğitim ve telefonla izlem yönteminin kullanıldığı literatürde yer alan çalışmalarla benzer sonuçlar göstermektedir (Chan ve ark., 2004; Kurçer ve Özbay, 2011). Kardiyovasküler hastalık tanısı alan hastalarda telefon görüşmeleri ile ilgili farklı çalışmalar incelendiğinde ilk ayda genellikle 15 günde bir, sonraki aylarda ise ayda bir veya iki kez telefon görüşmesi yapıldığı ve telefon görüşmelerinin hasta memnuniyeti ve kardiyak rehabilitasyona katılım üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu, stres ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı görülmüştür (Riegel ve ark., 2002; Harkness ve ark., 2005; Daugherty ve ark., 2005; Carol ve Rankin 2006; Hanssen ve ark., 2007). Miyokard enfarktüsü geçiren hastalara eğitim ve telefonla danışmanlık girişiminin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, girişimin bilgi düzeyi, duygu durum ve memnuniyet düzeyinde olumlu yönde artış sağlanması ile yaşam kalitesi düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Uysal ve Özkan, 2012). Sonuçta literatürde yer alan randomize kontrollü çalışmalarda eğitim ve telefonla izlem girişiminin, müdahale grubundaki hastalarda normal bakım hastalarına kıyasla sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini önemli ölçüde geliştirdiği görülmektedir (Chan ve ark., 2004; Kurçer ve Özbay, 2011; Kep ve ark., 2013).

## **5.2. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Öz-Yeterlik Düzeyleri**

Araştırmanın ön test verilerinde girişim ve kontrol gruplarına ait öz yeterlik puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Bu durum girişim öncesi araştırmaya katılan bireylerin benzer öz yeterlik düzeyine sahip olduklarını göstermektedir. Girişim grubu hastalarının öz yeterlik puan ortalamalarının araştırma süresince anlamlı düzeyde arttığı, bununla birlikte kontrol grubu hastalarının öz yeterlik puan ortalamalarının zaman içinde anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (Tablo 4.3, Şekil 4.2). Yüksek puan genel öz-yeterlik algısında artma anlamına gelmektedir. Bu durum Roy Uyum Modeline dayalı olarak verilen eğitim ve telefonla izlemin istenen sonuçlarındandır ve  $H_1$  hipotezini (**Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öz yeterlik düzeyini arttırmaya etkisi vardır**) doğrulamaktadır.

Bu araştırmada eğitim sırasında bireylerle yüzyüze görüşülerek taburculuk eğitimi verilmesi ve planlı telefon görüşmelerinde "olumlu kişisel deneyimlerin paylaşılması,

başkalarının yaşadığı deneyimlerin kullanılması, davranışla ilgili olumlu geribildirim verme, fizyolojik ve duygusal durumu yetenekleri doğrultusunda değerlendirme" gibi bireyi güçlendirme-cesaretlendirme stratejileri uygulanmasının girişim grubunun öz yeterlik düzeylerini artırmada etkili olduğu düşünülmektedir. Öz yeterlik, davranış değişiminin gerçekleşmesi ve sürdürülmesinde bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim süreci olmak üzere dört temel süreci içermektedir (Bandura 1994). Araştırmada verilen eğitimle bireylerin bilişsel ve seçim süreçleri, telefon görüşmelerinde ise motivasyonel ve duygusal süreçleri desteklenmiştir. Kontrol grubunun öz yeterlik puan ortalamalarının zaman içinde anlamlı düzeyde azalma eğiliminde olmasının nedeninin ise taburculuk öncesi eğitim almama, danışmanlık gereksinimlerini karşılayamamış olma ve böylece bilişsel, motivasyonel ve duygusal olarak yetersiz hissetme durumu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu çalışmada Roy Uyum Modeli'ne göre etkili uyum davranışlarını oluşturmak amacıyla bireylerin algısal, bilgisel, öğrenme, karar verme ve duygusal süreçlerden oluşan bilişsel/duyuşsal başetme mekanizmalarının güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, modelde yer alan başetme mekanizmalarının, öz yeterlik kavramıyla benzer kavramları olduğu görülmektedir. Dolayısıyla model ve öz yeterlik kavramları arasındaki benzer ilişkinin, öz yeterliğin artması ile duygusal başetme mekanizmalarının harekete geçmesini kolaylaştıracağını düşündürmektedir. Literatürde koroner hastalıklarda Roy Uyum Modeli'nin öz yeterlik üzerine etkinliğini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamış fakat yaşlı bireylerde bu modele dayalı bakım planı uygulamasının, öz yeterliği artırma üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (Maghsoudi ve ark., 2015).

Miyokard enfarktüsü sonrası hastalık algısı, hastalarda yeterlik-değerlilik duygusunda azalma ve kayıp tepkisine yol açabilmektedir (Beswick ve ark., 2005; Tuomaala ve ark., 2012; Larsen, 2013). Hastalık algısı ve psikososyal faktörler, uyumun sürdürülmesinde fizyolojik faktörler kadar önemlidir (Roy, 2002). Bu doğrultuda hastaların kardiyak durumla ilgili inançları, hastalık ve tedaviye ilişkin bilgileri de öz yeterliği doğrudan etkileyebilmektedir (Herber ve ark., 2012). Hastalık yönetiminde öz yeterliği artırmayla ilgili stratejilerin, "algılanan öz yeterliğin" davranışsal seçimleri etkilemesi nedeniyle etkili olduğu belirtilmektedir (Marks ve ark. 2005, Sarkar ve ark. 2007; Bandura 1977). Araştırmalar bireylerin öz yeterliklerine inanmalarının yaşam tarzı değişikliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu ve uyumunu kolaylaştırdığını göstermektedir (Katch ve Mead, 2010; Fors ve ark., 2014; Phillips 2014; Fors ve ark. 2015). Bu doğrultuda kardiyak



rehabilitasyonun fayda sağlamasında öz yeterliğin değerlendirilmesi ve artırılmasının gerekliliği önemle vurgulanmaktadır (Sarkar ve ark., 2007; Zotti ve ark., 2007; Woodgate and Brawley, 2008; Katch ve Mead, 2010; Sol ve ark., 2011). Kardiyovasküler hastalık risk yönetimine yönelik olarak 12 ay boyunca hastaların izlendiği randomize kontrollü bir çalışmada, düzenli ziyaret ve telefon görüşmeleri yapılan grubun öz yeterlik düzeylerinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Mills ve ark., 2010). Ayrıca uyumu sağlamaya ilişkin olarak kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde fiziksel aktivite kapasitesini artırmaya yönelik kullanılan telefon destek sistemi ve eğitimin bireylerin fiziksel aktivite ve yemek seçimi ile ilgili öz yeterlik düzeyinin artmasına katkı sağladığı yapılan çalışmalarda görülmüştür (Maddison ve ark., 2015; Sol ve ark., 2011).

### **5.3. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Uyum Düzeyleri**

Hastaların uyum düzeyleri Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçeği, İlaç Uyum Ölçeği ve Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş veri toplama formundan elde edilen veriler doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmada girişim öncesi her iki grupta başetme ve uyum süreci ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.8). Bu durum araştırmaya katılan bireylerin başetme ve uyum süreçlerinin girişim öncesi benzer olduğunu göstermektedir. Girişim grubunda zamanla alt ölçek ve toplam puan ortalamalarının arttığı, kontrol grubunda ise puan ortalamalarının zamanla anlamlı düzeyde azaldığı görülmektedir (Şekil 4.3). Değerlendirmede toplam puan ve alt ölçeklerden elde edilen puanlar yükseldikçe bireylerin etkili başetme yöntemleri kullanımı artmaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın  $H_1$  hipotezi (**Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin ve telefonla izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların başetme ve uyum süreçlerini artırmaya etkisi vardır**) doğrulanmaktadır. Ayrıca araştırmada ilaç uyumuna yönelik olarak, girişim grubunun %96.77'sinin, kontrol grubunun %95.16'sinin ilaç kullanımına devam ettiği, kullandıkları ilaçların düzenli kullanımı açısından bakıldığında ise girişim grubunun %83.87'sinin yüksek uyum, kontrol grubunun ise %80.65'inin yüksek uyum gösterdiği saptanmıştır. İlaç kullanımı açısından girişim ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığı görülmüştür (Tablo 4.6).

Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği, kritik ve zor durumlarda bireylerin başetme ve uyum stratejilerinin tanımlanmasını sağlayan, çözüm bulma ve odaklanma, fiziksel ve karara

bağlama, dikkat süreci, sistematize etme süreci, öğrenme ve ilişki kurma gibi bilişsel sürece ilişkin kavramların yer aldığı bir ölçektir (Roy, 2011). Araştırmada girişim grubunun taburculuk öncesi verilen eğitim, telefon görüşmeleri ve danışmanlığın bu bilişsel süreçleri olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Bu doğrultuda yapılan telefon görüşmelerinin semptomların erken dönemde saptanıp kontrol altına alınması, hızlı, yararlı ve etkili çözümler sağlaması, bilgi alışverişi ve sağlık eğitiminde kaliteyi arttırması açısından önemli bir yöntem olduğu ve girişim grubu hastalarının başetme ve uyum süreçlerine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Miyokard enfarktüsü sonrası hastalar ciddi komplikasyonlarla karşılaşabilmekte, taburculuk öncesi planlı eğitimin yetersizliği ve hastaların bu bilgileri duymaya hazır olmaması nedeniyle yaşam tarzı değişikliğini başlatma ve sürdürme ile ilgili zorluk yaşamaktadır (Vlugt ve ark., 2000; Eshah and Bond, 2009; Yan ve ark., 2014; Timmins ve Kaliszer, 2003; Jensen ve Petersson, 2003; Irmak ve Fesli, 2005; Yan ve ark., 2014). Hastalık sonrası takip edilen hastaların ilaçlarını bırakmaya en yatkın oldukları dönemlerin özellikle taburculuk sonrası bir-üç ay olduğu belirtilmektedir (Peterson ve ark., 2012; Ho ve ark., 2012; Lee ve ark., 2008). Al-Ganmi ve arkadaşları tarafından (2016) kardivasküler ilaç uyumunun değerlendirildiği sistematik derlemede eğitim, telefon görüşmeleri, mesaj, motivasyonel görüşme, hemşire liderliğinde danışmanlık ve eğitim gibi pek çok yöntemin ilaç uyumunu arttırmada kullanıldığı gösterilmiştir. Yapılandırılmış telefon görüşmeleri ile ilaç uyumunu arttırmaya yönelik yapılan iki randomize kontrollü çalışmada uyumun kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiştir (Hacihasanoglu & Gözüm 2011, Rinfret ve ark., 2013). Bu çalışmaların aksine ilaç uyumunu sağlamada hemşire liderliğinde verilen eğitim ve danışmanlığın, küçük örneklem grupları ile çalışma, randomizasyon ile ilgili biaslar, araştırma tasarımı ile ilgili sorunlar nedeniyle etkili olmadığı belirtilmiştir (Schroeder ve ark. 2005, Jiang ve ark. 2007, Guirado ve ark., 2011, Beune ve ark., 2014). Taburculuk sonrası hastaların uyum süreçlerinin değerlendirildiği çalışmalarda ise Roy Uyum Modeli'nin baş etme ve uyum süreçlerine katkı sağladığı saptanmıştır (Florez-Torres ve ark. 2011; Kroemeke, 2016).

Bu bölümde Roy Uyum Modeli'nde yer alan ve miyokard enfarktüsünde etkili olan odak, olası, etkileyen uyaran ve dört psikososyal uyum alanı tartışılmıştır. Araştırmada modelin kavramları öncelikli olarak belirlenmiştir. Roy Uyum Modeli'ne göre "insan"

miyokard enfarktüsü geçiren birey; "çevre", odak, etkileyen ve olası uyarının oluşturduğu ve bireyi etkileyen ortam; "sağlık", bireyin dengesizlik durumundan denge durumuna ulaşması; "hemşirelik" hastaya verilen hemşirelik bakımı ile hastanın dört adaptif alandaki uyumunu destekleyen, davranışlarını, uyum yeteneklerini, etkileyen faktörleri değerlendiren ve çevresel etkileşimi artırma yolu ile sağlığa, yaşam kalitesine katkı sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır.

**Odak Uyarın:** Bu araştırmada bireyler için odak uyarın, miyokard enfarktüsü olarak tanımlanmaktadır. Araştırmaya dahil edilen tüm hastalara miyokard enfarktüsü sonrası koroner anjiyografi yapılmıştır. Odak uyarın sonrası girişim ve kontrol grubundaki hastaların yakınmaları değerlendirildiğinde hem girişim hem de kontrol grubunda ön test sonuçlarında en sık görülen yakınmanın yorgunluk, halsizlik (sırasıyla %25.81; %32.26) olduğu görülmektedir. Yorgunluk sebebinin hastaların miyokard enfarktüsü sonrası göğüs ağrısı yaşaması, koroner anjiyografi yapılması ve anjiyografi sonrası hareket kısıtlılığı yaşaması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Son test sonuçları değerlendirildiğinde girişim grubunda yorgunluk yaşayan hastaların sayısında (%6.45) kontrol grubuna göre (%19.35) azalma olduğu görülmektedir. Son testte her iki grupta da hastaların en sık yaşadığı semptomun göğüs ağrısı olduğu görülmektedir. Son testte girişim grubu hastalarının %19.35'inde kontrol grubundaki hastaların %29.03'ünde göğüs ağrısının devam ettiği belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grupları arasında miyokard enfarktüsü sonrası yaşanan yakınmalar açısından bir azalma sağlanmasına rağmen, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırma bulguları literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Gwaltney ve arkadaşları (2017) miyokard enfarktüsü sonrası ilk yılda ortaya çıkan fonksiyonel kısıtlamalara yönelik yapmış oldukları niteliksel çalışmada en sık yorgunlukla ilişkili sıkıntıları dile getirmişlerdir. Hastalar yorgunluk kategorisinde genel yorgunluk, fiziksel enerji, zihinsel enerji ve/veya motivasyon kaybı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Göğüs ağrısı ve rahatsızlığı, uyku bozukluğu ve nefes darlığı da sık bildirilen semptomlar arasında yer almaktadır. Araştırmaya paralel olarak Fredriksson-Larsson ve ark. (2015)'nın miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda yorgunluk üzerine yaptığı çalışmasında, yorgunluğunun, miyokard enfarktüsü sonrası ikinci ayda en düşük olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca yorgunluğun nefes darlığı ve stres gibi eş zamanlı yaşanan semptomlar ve baş etme stratejileriyle ilişkili olduğunu göstermişlerdir.

**Olası Uyarın:** Olası uyarınlar geçmişten kaynaklanmakta ve tedaviye cevabı etkilediği belirtilmektedir (Roy, 2008). Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastalara odak uyarının ortaya çıkmasıyla ilgili inançları sorulduğunda girişim grubunun %51.61'inin, kontrol grubunun %58.06'sının "stres", her iki grubun da %19.35'inin "sigara içme" olduğunu ifade ettiği görülmektedir.

**Etkileyen/Durumsal Uyarın:** Etkileyen uyarınlar odak uyarınların etkisine katkıda bulunan hastalık risk faktörleridir. Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastaların HDL, LDL, Triglicerid, AKS, HbA1c ve kilo gibi fiziksel parametrelerine ilişkin puan ortalamaları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.9, Tablo 4.10). Fiziksel parametrelerden bel çevresi puan ortalamaları her iki grupta da azalma göstermekte, bu azalmanın girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak fark oluşturduğu görülmektedir. Bunun nedenleri arasında laboratuvar sonuçları bakılan hasta sayısının her grupta da eşit olmaması, bu parametrelerin değişiminin gerçekleşmesi için daha fazla süreye gereksinim duyulması ve kalıtsal, cinsiyet, sigara kullanımı, abdominal obezite gibi bir çok faktörle ilişkili olması ve bu parametrelerin değişiminin daha çok ilaç kullanımına bağlı olması yer almaktadır. Araştırmada n test sonuçlarına göre girişim grubundaki hastaların %51.61'inin, kontrol grubunda ise hastaların %45.16'sının sigara içtiği saptanmıştır. Son test verilerinde ise sigara içen hastaların %22.58'inin, kontrol grubunda ise hastaların %12.9'unun sigarayı bıraktığı görülmüştür (Tablo 4.5). Girişim grubunda Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin kontrol grubuna göre hastaları sigarayı bırakmaya teşvik ettiği fakat iki grup arasında anlamlı bir farkın oluşmadığı görülmüştür. Literatürde yaşam tarzı değişikliği sağlamak amacıyla telefonla izlem ve eğitim ve danışmanlık yapılan çalışmalar incelendiğinde yalnızca sigarayı bırakmaya yönelik yapılan randomize kontrollü çalışmalarda girişim grubu ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır (Dornelas ve ark., 2000; Berndt ve ark., 2014; Berndt ve ark., 2017). Miyokard enfarktüsü sonrası sigarayı bırakmaya yönelik çok sayıda primer ve sekonder sonuçların değerlendirildiği çalışmalarda ise girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar olmadığı görülmektedir (Hanssen ve ark., 2007; Jiang ve ark., 2007; Holmes-Rovner, 2008).

**Psikososyal Uyum Alanları:** Miyokard enfarktüsü bireyin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarını etkileyerek uyumu zorlaştırmaktadır. Hemşirenin bu süreçte amacı etkisiz uyum davranışlarının etkili davranışlara

dönüştürülmesi, var olan etkili uyum davranışlarının sürdürülmesi veya geliştirilmesidir. Roy uyum Modeli bu dört uyum alanına göre miyokard enfarktüsü geçiren hastaların karşılaştıkları durumları sistematik bir biçimde değerlendirmeye olanak sağlamaktadır.

**1. Fizyolojik Alan:** Psikososyal uyum alanlarından olan fizyolojik alan kapsamında hastalığın komplikasyonları, ilaçların yan etkileri, günlük yaşam aktiviteleri, yorgunluk, uykusuzluk, beslenme, aktivite - dinlenme durumları yer almaktadır. Araştırmada ön testte girişim grubunun %64.52'sinin "hastalığıyla ilgili yemesi gerekenleri bilmediği" görülmüş, son testte ise girişim grubunun tamamı "hastalığıyla ilgili yemesi gerekenleri bildiğini" ifade etmiştir. Bu oranın son testte kontrol grubunda %45.16 olduğu görülmüştür. Girişim grubunun son testte %93.55'inin beslenmesine dikkat ettiği, kontrol grubunun ise %61.29'unun beslenmesine dikkat ettiği saptanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5). Araştırmada son test sonuçlarına göre girişim grubunun %87.10'unun egzersiz yaptığı, kontrol grubunun %74.19'unun egzersiz yapmadığını görülmektedir. Girişim grubunun %64.52'si hareketli yaşamının olduğunu belirtirken kontrol grubunun %54.84'i hareketli yaşamının olmadığını belirtmiştir. Hem girişim (%90.32) hem de kontrol grubunun (%74.19) kendilerine dinlenme zamanları ayırdıkları belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grupları arasında egzersiz yapma ve hareketli yaşam biçimini benimseme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Literatürde eğitim ve telefonla izlemin kullanıldığı randomize kontrollü çalışmalar incelendiğinde, beslenme ve fiziksel aktivite üzerinde olumlu yönde etkilerinin olduğu gösterilmiştir (Jiang ve ark., 2006; Craigie ve ark., 2011; Mok ve ark., 2013; Maddison ve ark., 2015). Bu alan ayrıca MIDAS ölçeği ve Morisky İlaç Uyum ölçeği ile değerlendirilmiş ve bulguları 5.1 ve 5.3 bölümlerinde tartışılmıştır.

**2. Benlik Alanı:** Kendini kötü hissetme, gelecek konusunda belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk duyguları gibi psikososyal sorunları benlik kavramı alanı ile ilişkilidir. Araştırmada sağlığı algılama durumu göz önüne alındığında girişim grubunun kendini iyi hissetme durumunun %51.6'dan %74.19'a çıktığı, kontrol grubunda ise bu oranın %35.48'den %32.26'ya düştüğü görülmektedir (Tablo 4.5). İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu alan ayrıca MIDAS ölçeği ve Genel

Öz Yeterlik Ölçeği ile değerlendirilmiş, 5.1 ve 5.2 bölümlerinde ölçek bulguları tartışılmıştır.

**3.Rol fonksiyon alanı:** Cinsiyet rolünün sürdürülmesi, ev ve iş yaşamının etkilenmesi rol fonksiyon alanını ile ilişkilendirilmektedir. Araştırmada girişim grubunun % 19.35'i, kontrol grubunun %32.26'sı rol fonksiyon alanında değişiklik olduğunu belirtmiş fakat her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu alan ayrıca MIDAS ölçeği ve Genel Öz Yeterlik Ölçeği ile değerlendirilmiş, 5.1 ve 5.2 bölümlerinde ölçek bulguları tartışılmıştır.

**4.Karşılıklı bağlılık alanı:** Miyokard enfarktüsü sonrası hastalığın ve sonraki uyum süreçlerinin sosyal ilişkilerde bozulmayı etkilemesi nedeniyle karşılıklı bağlılık alanı etkilenebilmektedir. Araştırmada girişim ve kontrol gruplarında karşılıklı bağlılık alanlarında etkilenmenin girişimle değişmediği, her iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Literatürde kardiyovasküler hastalıklarda Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır. Farklı hasta popülasyonlarında Roy Uyum Modeli'nin kullanıldığı araştırmalarda eğitimin uyum alanlarını etkileme düzeyleri incelenmiştir. Hemodiyaliz hastalarının uyumunu artırmada Roy'un Adaptasyon Modeline dayalı kuram temelli hasta eğitiminin psikososyal uyum alanları üzerindeki etkinliğinin incelendiği iki çalışmada, kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastaların fizyolojik ve benlik alanlarında uyumunun arttığı fiziksel, psikolojik ve sosyal uyumun sağlandığı gösterilmiştir (Afrasiabifar, 2013; Vicdan ve Karabacak, 2016). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalara Roy Uyum Modeli'ne dayalı verilen hasta eğitiminin fiziksel ve psikososyal uyumuna etkilerinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada, girişim grubuna verilen eğitimin üç modda (fizyolojik, benlik kavramı ve rol-işlev modu) hastalığa uyumu artırdığı belirtilmektedir. Buna ek olarak, Roy Uyum Modeli'nin karşılıklı bağımlılık modunda anlamlı bir artış görülmemiştir. (Akyil ve Ergüney, 2013). Roy Uyum Modeli'ne temellendirilmiş eğitimin kalp yetmezliği olan bireylerde uyumunu inceleyen randomize kontrollü bir diğer çalışmada, kontrol grubuna göre hastaların yaşam kalitesinde artma, fonksiyonel kapasitelerinde artma ve sosyal destek alma durumlarında artma saptanmıştır (Bakan ve Akyol, 2008).

#### **5.4. Yaşam Kalitesi, Öz Yeterlik ve Uyum Arasındaki İlişki**

Yaşam kalitesi, öz-yeterlik, baş etme ve uyum süreci ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 4.11'de yer almaktadır. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ile Genel Öz Yeterlik Ölçeği arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon, yaşam kalitesi ölçeği ile arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon ilişkisi olduğunu göstermekte olup, hastaların baş etme ve uyum süreci arttıkça, genel öz yeterlik ve yaşam kalitesinin de arttığını göstermektedir (Tablo 4.11). Ayrıca Yaşam Kalitesi Ölçeği, Öz-Yeterlik ve Baş Etme ve Uyum Süreci Ölçekleri arasında yapılan regresyon sonuçları Tablo 4.12 ve Şekil 4.4'te verilmiştir. Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği ile Genel Öz Yeterlik arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğu ve öz yeterlik kavramını büyük ölçüde başetme ve uyum sürecinin etkilediği saptanmıştır (Tablo 4.12).

Bu çalışma ile miyokard enfarktüsü geçiren hastaların uyum düzeyleri, yaşam kaliteleri ve öz yeterlik düzeylerini artırmak amacıyla taburculuk öncesi verilen planlı taburculuk eğitimi ve hazırlanan protokol doğrultusunda yapılan telefon görüşmelerinin sonuçları paylaşılmıştır. Bu çalışmada miyokard enfarktüsü sonrası yaşam kalitesi ve öz yeterlik düzeylerini artırma, yaşam tarzı değişikliğine uyumun sağlanması amaçlanmıştır. Hemşirelik girişimleri ve hazırlanan eğitim kitapçığı Roy'un Uyum Modeli'ne temellendirilerek planlanmış, ayrıca veri toplama araçlarının seçiminde de modele uygun ölçüm araçları tercih edilmiştir. Planlama aşamasında girişimin etkinliğini artırmak amacıyla modelin ve seçilen kavramların birbiriyle ilişkili olmasına dikkat edilmiştir. Böylece verilerin bütüncül bir yaklaşım ile değerlendirilmesi, uygulamaların planlanması ve analiz edilmesi hedeflenmiştir. Araştırmanın sonuçları göz önüne alındığında kuramcının hasta popülasyonu ile uyumlu olduğu, seçilen kavramların birbirleri arasında ilişki olduğu görülmüştür. Literatürde öz yeterliği artırmanın uyumu artırmada etkili olduğu (Sol ve ark.2011; Beswick ve ark., 2005), uyumun artmasının da hastaların yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda olmalarına olanak sağladığı, dolayısıyla yaşam kalitelerinde artma olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir (Kep ve ark., 2013; Karmali ve ark., 2014). Sonuç olarak, bu çalışma Roy Uyum Modeli'ne dayalı eğitim ve telefonla izlemin hastaların taburculuk sonrası yaşam kalitesi ve öz yeterlik düzeylerini artırarak yaşam tarzı değişikliğine uyumu sağlamada etkili olduğunu göstermektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde Roy Uyum Modeline temellendirilen eğitim ve telefonla izlem girişiminin uygulandığı araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır. Araştırmanın özgün yönü miyokard enfarktüsü geçiren bireylere Roy Uyum Modeli eğitim ve telefonla destek temelli sunulan hemşirelik bakımının etkinliğinin değerlendirilmesidir. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefon izlemin öz yeterlik, yaşam kalitesi ve uyum düzeyleri üzerinde etkilerinin saptanması amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla destek temelli sunulan hemşirelik bakımının miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde uygulanabilir olduğu saptanmıştır.
- Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefon izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların öz yeterlik algılarını arttırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.
- Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefon izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların başatme ve uyum sürecini arttırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.
- Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefon izlemin miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesi düzeylerini arttırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.

Araştırma süreci ve elde edilen sonuçlara dayanarak uygulamaya ve araştırmacılara aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

### Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Miyokard enfarktüsü sonrası hastaların yaşam kalitesi ve öz yeterlik düzeyinde artma ve yaşam tarzı değişikliğine uyumunun sağlanması konusunda Roy Uyum Modeline temellendirilen eğitim ve telefonla izlemin yapılması,
- Araştırma kapsamında oluşturulan eğitim kitapçığının klinikte taburculuk öncesi hasta eğitiminde kullanılması ve hastalara eğitim kitapçığının verilmesi,
- Uygulama alanlarında “hastalık sonrası sürecin yönetilebilmesine yönelik” taburculuk sonrası tele izlem sistemi oluşturulması önerilmektedir.



### **Araştırmacılara Yönelik Öneriler**

- İzlem süresinin daha uzun olduğu Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim ve telefonla izlemin yaşam kalitesi, öz yeterlik ve uyum üzerine etkisini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların egzersiz, diyet ve ilaç uyum süreçlerini artırmaya yönelik tele izlem çalışmalarının yapılması,
- Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların uyumunu değerlendiren ve uygulamada yararlı olduğu gösterilen ölçeklerin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması önerilmektedir.



## KAYNAKLAR

Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's adaptation model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013; 15(7): 566-572.

Akyil RÇ, Ergüney S. Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 69(5): 1063–1075.

Al-Ganmi A, Perry L, Gholizadeh L, Alotaibi A. Cardiovascular medication adherence among patients with cardiac disease: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2016; 72(12):3001-3014.

American Heart Association (AHA) (2014a). Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ, Dai S. et al. Heart disease and stroke statistics 2014 update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2014; 129(3):28-292.

American Heart Association (AHA) (2014b). Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DG. et al. AHA/ACC Guideline for the management of patients with non–st-elevation acute coronary syndromes a report of the American college of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. *Circulation*. 2014; 130:344-426.

American Heart Association (AHA) (2015). Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M, de Ferranti S, et al. Heart disease and stroke statistics—2015 update a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131(4):29-322.

Anderson L, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews (Review), *The Cochrane Library*. 2014; 12: 1-50.

Aypay A. Genel öz yeterlik ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 11(2): 113–131.

Bahar G, Savaş HA, Ünal A, Savaş E, Kaya H, Bahar A. Morisky tedavi uyum ölçeğinin iki uçlu duygudurum bozukluğu için geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2014; 15: 141-149.

Bakan G, Akyol AD. Theory-guided interventions for adaptation to heart failure. J Adv Nurs. 2008; 61(6):596-608.

Bakan G. Kalp yetmezliği olan hastaların hastalığa uyumuna roy adaptasyon modelinin etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2005. İzmir (Danışman: Yard.Doç.Dr. Asiye Durmaz Akyol).

Bandura A. self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84(2): 191-215.

Bandura A. Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.). Encyclopedia of human Behavior. 1994; 4:71-81. New York, Academic Press.

Berndt N, Bolman C, Froelicher ES, Mudde A, Candel M, de Vries H. Effectiveness of a telephone delivered and a face-to-face delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease: a 6-month follow-up. J Behav Med. 2014; 37(4):709-724.

Berndt N, Lechner L, Mudde A, De Vries H, Bolman C. Feasibility and acceptability of a telephone- and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in Dutch patients with coronary heart disease. Research In Nursing & Health. 2017;40(5):444-58.

Beswick AD, Rees K, West RR. Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. Journal of Advanced Nursing. 2005; 49(5): 538–555.

Beune EJAJ, Moll van Charante E.P, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G. & Haafkens JA. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: clusterrandomized trial. PLoS ONE 2014; 9(3): 90-103.

Black JT, Romano PS, Sadeghi B, Auerbach AD, Ganiats TG ve ark. A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. BiomedCentral. 2014; 15 (124): 1-11.

Boğa NM. Cerrahi menopozdaki kadınlara roy adaptasyon modeline göre evde verilen eğitimin semptom kontrolü, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesine etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2013. Erzurum (Danışman: Doç. Dr. D. Kılıç).

Braunwald E. Braunwald temel kalp hastalıkları atlası (Ö. Kozan, Çev.). Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri. 2009; p:113-146.

Buğra Z. Obezite ve Hipertansiyon, Türk Kardiyoloji Seminerleri. 2006; 6(4):403-415.

Carroll DL, Rankin SH. Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006; 5(1), 83–89.

Cepeda B, Cheong AP, Lee A, Yan BP. Measuring health related quality of life in coronary heart disease: The importance of feeling well. Int J Cardiol. 2011; 149:4-9.

Chan DSK, Chau, JPC, Chang AM. Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. Journal of Advanced Nursing. 2004; 49(6): 591–599.

Charnock D. DISCERN Handbook quality criteria for consumer health information on treatment choices, Radcliffe Medical Press. Oxon. 1998; 1-55.

Cody WK. Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice. Jones & Bartlett Learning. USA. 2013.

Craigie AM, Barton KL, Macleod M, Williams B, van Teijlingen E, Belch JJ, Anderson AS. A feasibility study of a personalised lifestyle programme (HealthForce) for individuals who have participated in cardiovascular risk screening. *Prev Med.* 2011; 52(5): 387-389.

Çatal E, Dicle A. Koroner arter bypass greftli hastalarda erken dönem hemşirelik bakımının Roy'un uyum modeline göre analizi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2011; 2: 68-80.

Çatal E, Dicle A. A validity and reliability study of the coping and adaptation processing scale in Turkey. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care Abstract Supplement* 2015; 1 (S1): 44.

Çınar Fİ. Diyabetes mellituslu hastaların takibinde telefonla izlem hemşireliğinin etkinliğinin incelenmesi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2005. (Prof.Dr. N. Akbayrak).

Davies P, Taylor F, Beswick A et al. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (7):CD007131.

Demir Ş, Özer Z. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji;* 2014. 21(3): 182-191.

Dolansky MA, Zullo MD, Boxer RS. Moore SM. Initial efficacy of a cardiac rehabilitation transition program. *Journal of Gerontological Nursing.* 2011; 37(12): 36-44.

Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Prev Med.* 2000;30(4):261-268.

Dougherty CM, Thompson EA, Lewis FM. Long-term outcomes of a telephone intervention after an ICD. *PACE*. 2005; 28: 1157-1167.

Dörtlemez H. Ateroskleroz ve tedavisi, Kardiyovasküler sistemin kliniği ve farmakolojisinden moleküler biyoloji ve genem projesine, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı. 2001.

Du HY, Everett B, Newton PJ, Salamonson Y, Davidson PM. Self-efficacy: a useful construct to promote physical activity in people with stable chronic heart failure. *J Clin Nurs*. 2011; 21:301–310.

Duru E. Uyum zorluklarını yordamada yalnızlık, sosyal destek ve sosyal bağlılık arasındaki ilişkilerin analizi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2008; 8 (3): 833-856.

ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2017; 39(2):119–177.

Eshah NF, Bond E. Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*. 2009; 15(3): 131–139.

European Society of Cardiology (ESC). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Türk Kardiyol Dern Ars*. 2012; 40(3): 1-76.

European Society of Cardiology (ESC). Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu: özet. *European Heart Journal*. 2007; 28: 2375–2414.

European Society of Cardiology (ESC) (2013a). ST-segment yükselmeli akut miyokard enfarktüsü ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2013; 3: 1-51.

European Society of Cardiology (ESC) (2013b). Üçüncü evrensel miyokard enfarktüsü tanımı. Türk Kardiyol Dern Arş. 2013; 3: 1-17.

Fallowfield L. What is quality of life? Health economics. Second edition 2009; 1-8.

Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Fa Davis comp. USA. 2006.

Fertelli TK, Tel H. Miyokard enfarktüsü sonrası bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2007; 11(2): 57-61.

Figen PS, Mete S. Uyum modeli ve sosyal bilissel öğrenme kuramının doğum öncesi eğitimde kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009; 1 (1): 57-68.

Florez-Torres E, Herrera-Alarcon I, Carpio-Jimenez E et al. Coping and Adaptation in Patients Discharged from Intensive Care Units. 2011; 11(1): 23-39.

Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E. The cardiac self-efficacy scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2014; 1-8.

Fredriksson-Larsson U, Alsén P, Karlson, BW, Brink E. Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies. Journal Of Clinical Nursing. 2015; 24(15/16): 2192-2200.

Fuster V, Alexander W, O'Rourke RA. Hurst's The Heart, McGraw-Hill Medical Publishing Division. 2002.

Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Aarnink J. et al. Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression. Behavioral Medicine. 2009; 35:79-86.

Genç F. Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda görülen semptomlar ve başa çıkma tarzları, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2005. Erzurum (Danışman: Y.Doç.Dr. M. Tan)

Gökdoğan F. Etkili bir hasta iletişimi için araç geliştirme: yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi (DISCERN). Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni. 2003; 16-17: 8-16.

Guirado EA, Ribera EP, Huergo VP, Borrás JM., ADIEHTA Group. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. Gaceta Sanitaria. 2011; 25(1): 62–67.

Güneş N, Sevim ME, Özden SY. Akut miyokard enfarktüsü sonrası depresyon ve anksiyete sıklığı. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 2002; 6(2): 69-72.

Gürel DK. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi balcalı hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Adana. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Öztunç)

Gwaltney C, Reaney M, Krohe M, Martin M, Falvey H, Mollon P. Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infarction: A Qualitative Study. Patient. 2017; 10(2): 225-235.

Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. Taf Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(2): 167-172.

Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. Journal of Clinical Nursing. 2011; 20 (5/6): 692–705.



Hanssen TA, Nordrehaug JE, Hanestad BR. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005; 4: 37– 44.

Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Improving outcomes after myocardial infarction: a randomized controlled trial evaluating effects of a telephone follow-up intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention*. 2007; 14: 429-437.

Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18: 1334–1345.

Harkness K, Smith KM, Taraba L, Mackenzie CL, Gunn E., Arthur HM. Effect of a postoperative telephone intervention on attendance at intake for cardiac rehabilitation after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 2005;34:179–186.

Hawkes AL, Patrao TA, Atherton J. et al. Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (proactive heart) on quality of life and health behaviours: primary outcomes of a randomised controlled trial. *International Society of Behavioral Medicine*. 2013; 1-12.

Herber OR, Jones MC, Smith K, Johnston DV. Assessing acute coronary syndrome patients' cardiac-related beliefs, motivation and mood over time to predict non-attendance at cardiac rehabilitation, *Journal of Advanced Nursing*. 2012; 68(12): 2778–2788.

Herkner H, Arrich J, Havel C, Müllner M. Bed rest for acute uncomplicated myocardial infarction (Review). *The Cochrane Library*. 2007; 2: 1-26.

Hindistan, S, Çilingir D. Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: telefon kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012; 9 (1): 30-35.

Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, ve ark. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 2006; 166: 1842–1847.

Holmes-Rovner M, Stommel M, Corser WD, Olomu A, Holtrop JS, Siddiqi A, et al. does outpatient telephone coaching add to hospital quality improvement following hospitalization for acute coronary syndrome? *Journal of general internal medicine* 2008; 23(9):1464-1470.

Ilić S, Apostolović S. Psychological aspects of cardiovascular diseases. *Medicine and Biology.* 2002; 9(2): 138-141.

Irmak Z. Fesli H. Sekonder koruma eğitim programının miyokard enfarktüsü geçiren hastaların bilgi düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2005; 14–25.

İşbir GG. Roy adaptasyon modeline dayalı danışmanlığın gebelikte bulantı kusmaya etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi.* 2011, İzmir, (Danışman Doç.Dr.S. Mete).

Jackson D. How personal trainers can use self-efficacy theory to enhance exercise behavior in beginning exercisers. *Strength and Conditioning Journal.* 2010; 32(3): 67-71.

Jaworski C. Inpatient education: Are patients perceived learning needs met following first MI?. *Medical College of Ohio, ProQuest.* 2005, UMI Dissertations Publishing.

Jensen BO, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling.* 2003; 51: 123–131.

Jiang X, Sit JW, Wong TKS. A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(10):1886–1897.

Jones RPA. Nursing leadership and management theories. Processes and Practice. F.A. Davis Company, Philadelphia. 2007.

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):CD007131.

Katch, H., Mead, H. The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: a review of effective programs. Patient Intelligence. 2010; 2: 33–44.

Kaya C. Gebelerde ebeveyn uyum desteği programının ebeveyn öz yeterlik algıları üzerine etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. 2013.

Keeling AW, Dennison PD. Nurse-initiated telephone follow-up after acute myocardial infarction: a pilot study. Heart Lung. 1995; 24(1): 45-49.

Kep AS, Kritpracha NC, Thaniwattananon P. Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review,. Nurse Media Journal of Nursing. 2013; 3(1): 541-556.

Kılıç S. Etki Büyüklüğü. Journal of Mood Disorders 2014;4(1):44-46

Kolcu Z, Şan M. Dislipidemi ve Hipertansiyon, Türk Kardiyoloji Seminerleri. 2006; 6(4): 392-399.

Kroemeke A. Changes in well-being after myocardial infarction: Does coping matter?. Quality Of Life Research. 2016; 25(10): 2593-2601.

Kurbanoğlu S. Öz-yeterlik inancı ve bilgi profesyonelleri için önemi. Bilgi Dünyası.2004; 5(2): 137-152.

Kurçer MA, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2011; 1: 107-120.

Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2011; 27(3): 149-153.

Larsen KK. Depression following myocardial infarction. Danish Medical Journal. 2013; 60(7): 1-18.

Lau-Walker M. Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. Journal Of Advanced Nursing. 2007; 60(2):187-198.

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York, Springer.1984.

Lee HY, Cooke CE and Robertson TA. Use of secondary prevention drug therapy in patients with acute coronary syndrome after hospital discharge. J Manag Care Pharm 2008; 14: 271–280.

Leemrijse CJ, Dijk L, Jørstad HT et al. The effects of hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. BMC Cardiovascular Disorders.2012; 12(47):1-7.

Lök N. Roy'un adaptasyon modeline temellendirilmiş bilişsel uyarım terapisinin demansı olan bireylerin bilişsel işlevler, başetme-uyum ve yaşam kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016. Antalya (Danışman: Prof. Dr.K. Buldukoğlu)

Maddison R, Pfaeffli L, Whittaker R, Stewart R, Kerr A, Jiang Y, ve ark. A mobile phone intervention increases physical activity in people with cardiovascular disease: results from the HEART randomized controlled trial. European journal of preventive cardiology [Internet]. 2015; 22(6): 701-709.

Maghsoudi, Esmail; Pak, Masoomeh Hemmati Maslak; Zareei, Ferzad; et al. The Effect of Care Plan Application Based On Roy Adaptation Model on the Self-Efficacy in Elderly People in Urmia Nursing Homes, Journal of Pharmaceutical Biological And Chemical Sciences. 2015; 6(1): 793-799.

Marks R, Allegrante JP, Lorig KA. A review and synthesis of research evidence for self-efficacyenhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract.* 2005; 6:148–156.

Mendis S, Abegunde D, Yusuf S, Ebrahim S, Shaper G, Ghanme H, Shengelia B. WHO study on prevention of recurrence of myocardial infarction and stroke (WHO-PREMISE), *Bulletin of the World Health Organization.* 2005; 83(11): 820-831.

Mierzyńska A, Kowalska M, Stepnowska M, Piotrowicz R. Psychological support for patients following myocardial infarction, *Cardiology Journal.* 2010; 17(3): 319–324.

Mills M, Loney P, Jamieson E, Gafni A, Browne G, Bell B, Duncan S. A primary care cardiovascular risk reduction clinic in Canada was more effective and no more expensive than usual on-demand primary care--a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community.* 2010; 18(1): 30-40.

Mok VKF, Si JWH, Tsang AS, Chair, SY, Cheng TL, Chiang C. Controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy dietary pattern among patients after myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing.* 2013; 28(3): 256–266.

Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24: 67-74.

Naga BB, Atiyyat NM. Relationship between pain experience and roy adaptation model: application of theoretical framework. *Middle East Journal of Nursing.* 2013; 7(6): 18-23.

Nordin M, Andersson L, Nordin S. Coping strategies, social support and responsibility in chemical intolerance. *Journal of Clinical Nursing.* 2010; 19 (15-16): 2162–2173.

O’Neil, A, Berk M, Davis J, Stafford L. Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health.*2013; 5; 6-14.

Onat A. Can G. [Prevalence of Heart Disease, New Coronary Events and Cardiac Death Frequency], Onat A. editör. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük, İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017.s. 20-55.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017), Average length of stay in hospitals, in health at a glance 2011. “Average length of stay in hospitals”, in Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Özkan A A. Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 2013; 3: 41 Suppl 1,1-3.

Öztürk S, Öztürk S. Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak Dislipidemilere Yaklaşım. Abant Medical Journal. 2012; 1(2):89-93.

Peterson GM, Thompson A, Pulver LK, ve ark. Management of acute coronary syndromes at hospital discharge: Do targeted educational interventions improve practice quality? J Healthc Qual 2012; 34: 26–34.

Phillips P. Telephone follow-up for patients eligible for cardiac rehab: A systematic review, British Journal of Cardiac Nursing. 2014; 9(4): 186-197.

Rančić NK, Branislav D. Petrović, Apostolović S.R, Kocić BN, Ilić MV. Health-related quality of life in patients after the acute myocardial infarction. Central European Journal of Medicine 2013; 8 (2): 66-272.

Riegel B, Carlson B, Kopp Z, LePetri B, Glaser D, Unger A, Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. Archives of Internal Medicine. 2002; 162, 705–712.

Rinfret S, Rodes Cabau J, Bagur R, Dery J.-P, Dorais M, Larose E, Barbeau G, Gleton O, Nguyen CM, Noel B, Proulx G, Roy L, Taillon I, De Larochelliere R, Bertrand OF & Investigators EI. Telephone contact to improve adherence to dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation. Heart. 2013; 99(8): 562–569.

Roy SC. Adapting to Diabetes Mellitus: A Theory Synthesis. *Nursing Science Quarterly*. 2002; 15(4): 311-317.

Roy SR. *The Roy adaptation model* (3rd Edition). Appleton and Lange. Stamford. 2008.

Roy SR. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nursing Science Quarterly*. 2011; 24(4): 312– 320.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2010). Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı Yayını.

Sarkar U, Alı S, Whooley MA. Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*. 2007; 69: 306–312.

Schroeder K, Fahey T, Hollinghurst S., Peters TJ. Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial. *Family Practice*, 2005; 22(2): 144–151.

Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs UK*, 1995; p. 35-37.

Schweikert B, Hunger M, Meisinger C, et al. Quality of life several years after myocardial infarction: comparing the MONICA/KORA registry to the general population. *European Heart Journal*. 2009; 30: 436–443.

Snyder CR, Crowson JJ. Hope and coping with cancer by collage women. *Journal of Personality*. 1998; 66(2), 195-214.

Sol GM, Graaf Y, Petersen R, Visseren F. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 10: 180–186.

Storm V, Dörenkämper J, Reinwand DA, Wienert J, Vries HD, Lippke S, Lippke S. Effectiveness of a Web-Based Computer-Tailored Multiple-Lifestyle Intervention for People Interested in Reducing their Cardiovascular Risk: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Medical Internet Research*. 2016; 18(4):1.

Süzen B. Evre 2 diyastolik fonksiyon bozukluğu olan medikal tedavi alan hastalarda diyet tedavisinin etkinliğinin araştırılması, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Ve Diyetetik Bölümü, Yüksek lisans tezi, 2010, Ankara (Danışman: Doç. Dr. E. Karabudak).

Şimşek AB, Dicle A. Primer beyin tümörlü hastaların Roy uyum modeli'ne göre uyum durumlarının incelenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. *Journal of Neurological Sciences*. 2013; 30(1): 34, 088-107.

Şişman FN. Yaşlı bireylerin bilişsel durumunu geliştirmede Roy Adaptasyon Modeline temellenen hemşirelik bakımının etkinliği, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2011.

Taylor RS, Dalal H, Jolly K, Moxham T, Zawada A. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation (Review). *The Cochrane Library*. 2010; 1: 1-46.

Thompson DR, Jenkinson C, Roebuck A, Lewin RJP, Chandola T. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: The myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Quality of Life Research*. 2002; 11: 535–543.

Timmins F, Kaliszer M.. Information needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2003; 2: 57–65.

Tomey MA, Alligood RM. *Nursing theory: utilization & application*. USA. Mosby.2006.



Tuomaala S, Kurki A, Rekiaro M, Paavilainen E. Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction—a grounded theory approach. *Nursing Research and Practice* 2012; 1-10.

Türkmen SN, Çam MO. Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012; 3(3):105-115.

Uysal H, Özcan Ş, Enç N. Miyokard enfarktüsü boyutsal değerlendirme ölçeği'nin türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.* 2009; 37(8): 543-550.

Uysal H, Özcan Ş. The effect of individual training and counselling programme for patients with myocardial infarction over patients' quality of life. *International Journal of Nursing Practice*. 2012; 18, 445–453.

Uzun M. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2007; 7: 298-304.

Vicdan AK, Karabacak BG. Effect of Treatment Education Based on the Roy Adaptation Model on Adjustment of Hemodialysis Patients, *Clinical Nurse Specialist*. 2016; 30(4):E1-E13

Vlugt MJ, Boersma H, Leenders CM, Pop GAM, Veerhoek MJ, Simoons ML, Deckers JW. Prospective study of early discharge after acute myocardial infarction (SHORT). *European Heart Journal*. 2000; 21: 992–999.

White S, Bissell P, Anderson C. Patients' perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: implications for service development. *J Health Serv Res Policy*. 2010; 15(2): 47-53.

Woodgate J, Brawley LR. Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation review and recommendations. *Journal of Health Psychology*. 2008; 13(3): 366–387.

Yan J, You L, Yang Q. et al. Translation and validation of a Chinese version of the 8-item Morisky medication adherence scale in myocardial infarction patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2014; 20(4): 311–317.

Yıldırım F, İlhan Ö Genel özyeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2010; 1-8.

Yılmaz E, Eser E, Şekuri C, Kültürsay, H. Miyokard enfarktüsü boyutsal değerlendirme ölçeği (MİDAS) türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*. 2011; 11, 386-401.

Zhang W. Older adults making end of life decisions: an application of Roy's adaptation model. *Journal of Aging Research*. 2013; 1- 9.

Zotti AM, Balestroni G, Cerutti Ferrario SR, Angelino E, Miglioretti M. Application of the general perceived self-efficacy scale in cardiovascular rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2007; 68: 178-183.

## ARAŞTIRMA ZAMAN ÇİZELGESİ

ARAŞTIRMA TAKVİMİ																						
İş Planı (Aylar)	1*	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-24	25-28	29	30	31-32	33	34	35-38**
Literatür taraması																						
Araştırma probleminin belirlenmesi																						
Veri toplama araçlarının geliştirilmesi																						
İzleme planı geliştirme																						
Eğitim planı geliştirme																						
Tez komitesi toplanması																						
Etik kurul izni																						
Kurum izni																						
Ön Uygulamanın yapılması																						
Örneklem seçimi																						
Veri toplama ve uygulama süreci																						
Eğitim verilmesi ve hastayla ortak hedef belirleme																						
Telefonla izlemin yapılması																						
İzlem sonrası ölççeklerin uygulanması																						
Araştırmanın sonlandırılması																						
Verilerin analizi																						
Çalışmanın rapor edilmesi																						
Tez sunumu																						

\*Nisan 2015- \*\*Haziran 2018

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**  
**(GİRİŞİM GRUBU)**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma planlı eğitim ve telefonla izlemin kalp krizi geçirmiş hastaların yaşam kaliteleri, öz yeterlik algıları ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumu incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamında size araştırmacı tarafından hastalığınızla ilgili eğitim verilecek ve telefonla izleminiz yapılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz Başhekimliği'nden izin alınmıştır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiç bir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Teşekkür ederim.

Ar. Gör. Selma TURAN KAVRADIM  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adınız- Soyadınız- İmzanız:  
Adres, (telefon numarası):

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**  
**(KONTROL GRUBU)**

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma hastaların yaşam kaliteleri, öz yeterlik algıları ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumu incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma kapsamında sizden hastalığınızla ilgili bilgiler istenecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için hastanemiz Başhekimliği'nden izin alınmıştır. Bu araştırma size ve bağlı olduğunuz sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiç bir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır.

Teşekkür ederim.

Ar. Gör. Selma TURAN KAVRADIM  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

Yukarıdaki bilgileri okudum, bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Adınız- Soyadınız- İmzanız:  
Adres, (telefon numarası):

**(Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Ön Test Veri Toplama Formu)****ODAK UYARAN****Dosya No:****Görüşme Yapılan Tarih:** ..... **Yatış Tarihi:**.....**Tel1:**..... **Tel2:** .....

1. Miyokard enfarktüsü (ME) türü:

2. ME geçirdikten sonra yapılan işlemler:

a. Koroner Anjiyografi b. Koroner Anjiyografi ve stent c. Trombolitik tedavi

3. Miyokard enfarktüsü sonrası yaşanan yakınmalar:

a. Yorgunluk b. Halsizlik c. Nefes darlığı d. Göğüs ağrısı e. Diğer.....

**DURUMSAL UYARAN**

4. Cinsiyetiniz? a. Kadın b. Erkek 5. Yaşınız? ...

6. Eğitim durumunuz nedir?

a. İlköğretim b. Lise c. Yüksek okul\ fakülte d. Lisansüstü

7. Nerede yaşıyorsunuz?

a. Köy/ Kasaba b. İlçe merkezi c. İl merkezi

8. Sosyal güvenceniz nedir ?

a. Ücretli b. Bağ-kur c. SSK d. Emekli sandığı

9. Gelir/ Gider durumunuz nedir ?

a. Gelir gidere eşit ( ) b. Gelir giderden az ( ) c. Gelir giderden fazla ( )

10. Eşlik Eden Hastalığınız: a. Var ( ) b. Yok ( ) (yoksa 11. soruya geçiniz)

11. Eşlik eden hastalığınız

a. HT ( ) b. DM ( ) c. Kapak Hastalığı ( ) e. Diğer ( )

12. Ailede kalple ilgili hastalık varlığı:

a. Yok ( ) (yoksa 14. soruya geçiniz) b. Var ( ) var ise yakınlık derecesi?

13. a. Birinci derecede yakınım

b. İkinci derece yakınım

14. HDL: ..... 15. LDL: ..... 16. Triglicerid: ..... 17. AKŞ:.....

18. Beden kitle indeksi: ..... a. Normal b. Kilolu c. Obez (30 ve üzeri)

19. Bel çevresi: .....cm a. Normal b. Artmış risk

20. Sigara kullanıyor musunuz ?

a. Evet b. Hayır c. Bıraktım

21. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır c. Bıraktım

**I. FİZYOLOJİK ALAN****22. Oksijenlenme**

Nabız..... Kan basıncı..... Solunum hızı.....

**Beslenme**

23. Beslenme durumunuzla ilgili aşağıdakilerden size uygun olanları işaretleyiniz.

- Hastalığımla ilgili neler yemem gerektiğini biliyorum
- Hastalığımla ilgili neler yemem gerektiğini bilmiyorum
- Öğün planlarımı uygulayamıyorum
- Diğer (belirtiniz).....

24. Kalp sağlığını korumak için nasıl besleniyorsunuz?

- a. Beslenmeme dikkat ediyorum.
- b. Beslenmeme dikkat etmiyorum.
- c. Beslenmeme çok fazla dikkat etmiyorum.
- d. Beslenmeme hiç dikkat etmiyorum.

25. Nasıl beslenirsiniz?

- a. Yağ türü, miktarı, .....
- b. Karbonhidrat türü, miktarı.....
- c. Protein türü, miktarı.....
- d. Tuzlu olarak aldığı besinler, yemeklerin tuz içeriği.....
- e. Sebze ve meyve.....
- f. Lif:.....

### Boşaltım

26. İdrar yapmayla ilgili değişiklik a) Var ..... b) Yok
27. Gastrointestinal sistemle ilgili değişiklik a) Var ..... b) Yok

### Aktivite ve Dinlenme

28. Denge ve koordinasyonla ilgili problem yaşıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

29. Düzenli olarak herhangi bir spor aktivitesi yapıyor musunuz?

- a) Evet Hangisi: ne kadar sıklıkla ..... b) Hayır (neden)

30. Yeterli ve düzenli egzersiz yapmanızı hangi nedenler engelliyor?

- a. Yeterince zaman bulamıyorum
- b. Çok fazla efor harcayamıyorum
- c. Faydalı olduğuna inanmıyorum
- d. Kendimi sürekli yorgun hissediyorum
- e. Tekrar kalp rahatsızlığı yaşamaktan korkuyorum
- f. Diğer (belirtiniz).....

31. Hareketli bir yaşam biçiminiz var mıdır? a) Evet b) Kısmen b) Hayır

32. Gün içinde dinlenme zamanlarınız var mıdır? a) Evet b) Kısmen b) Hayır

33. Hastalığınızın cinselliğinizi etkileyeceğini düşünüyor musunuz?

- a) Evet..... b) Hayır

### Korunma

34. Hangi sıklıkta kalp sağlığı kontrolü için sağlık kuruluşuna gidiyorsunuz?

- a. Rahatsızlandığımda b. .... ay c. ....yıl d. Hiç gitmedim

35. Şu anki sağlık durumunuzdan yaşam tarzınızla ilgili etkenlerden hangilerinin etkisinin daha fazla olduğuna inanıyorsunuz?

- 46. Hareketsiz yaşam b) Sigara c) Alkol d) Beslenme e) Obezite f)

Diğer:.....

36. Yaşam tarzınızla ilgili neleri değiştirmeyi planlıyorsunuz?

- a) Hareketsiz yaşam b) Sigara c) Alkol d) Beslenme e) Obezite f)

Diğer:.....

37. Kullanılan ilaçları işaretleyiniz?

- a) Antikoagülan-Antitrombotik b) Statin c) Ace d) Diüretik e) Beta Bloker
- f) Diğer .....

\*Bu alanın değerlendirilmesi Ek 5'teki Morisky Uyum Ölçeği ile tamamlanacaktır.

## Duyular

38. Duyuma ve görmeyle ilgili sorun yaşıyor musunuz? a)Evet ..... b) Hayır

## Sıvı elektrolit ve asit baz dengesi

39. Anormal serum elektrolitleri: a. Var ..... b. Yok

## Nörolojik fonksiyon

40. Duyu ve motor fonksiyonlarında bozulma: a. Var ..... b. Yok

## Endokrin fonksiyon

41. Endokrin fonksiyonlarında problem yaşama: a. Var ..... b. Yok

## II. BENLİK ALANI

42. Sağlığını algılama durumu: İyi  Orta  Kötü

43. Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi: Kontrol kaybı  İnkâr  Öfke  Pazarlık

Depresyon  Kabullenme  Kayıp  Ölüm korkusu  Anksiyete

Korku  Acı çekme  Ümitsizlik  Diğer:.....

\*Bu alanın değerlendirilmesi Ek 6'daki Genel Öz yeterlik Ölçeği ile tamamlanacaktır.

## III. ROL FONKSİYON ALANI

44. Medeni durumunuz?

a. Evli b. Bekar

45. Mesleğiniz nedir ?

a. İşçi b. Memur c. Ev hanımı d. Serbest meslek e. Diğer.....

46. Çalışma durumunuz nedir?

a. Çalışıyor ( ) b. Çalışmıyor ( )

47. Birlikte yaşadığınız bireyler: a. Yalnız ( ) b. Aile Bireyleriyle Birlikte ( )

48. Bir arkadaş grubunuz var mı?

a) Evet (belirtiniz) b) Hayır..... (neden)

## IV. KARŞILIKLI BAĞLILIK ALANI

49. Arkadaşlarınızla ve akrabalarınızla hastalığınızı paylaştınız mı?

a) Evet b) Hayır

50. Arkadaşlarınızın ve yakınlarınızın size yeteri kadar destek olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Kısmen b) Hayır



**Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Son Test Veri Toplama Formu**

1. Miyokart enfarktüsü sonrası yaşanan yakınmalar:

a. Yorgunluk b. Halsizlik c. Nefes darlığı d. Göğüs ağrısı e. Diğer.....

2. Acil servise başvurma durumu: a. Evet b. Hayır

3. HDL: ..... 4. LDL: ..... 5. Trigliserid: ..... 6. AKŞ:.....

7. Beden kitle indeksi: ..... a. Normal b. Kilolu c. Obez (30 ve üzeri)

8. Bel çevresi: .....cm a. Normal b. Artmış risk

9. Sigara kullanıyor musunuz ?

a. Evet b. Hayır c. Bıraktım

10. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır c. Bıraktım

11. Beslenme durumunuzla ilgili aşağıdakilerden size uygun olanları işaretleyiniz.

Hastalığımla ilgili neler yemem gerektiğini biliyorum

Hastalığımla ilgili neler yemem gerektiğini bilmiyorum

Öğün planlarımı uygulayamıyorum

Diğer (belirtiniz).....

12. Kalp sağlığınıza korumak için nasıl besleniyorsunuz?

- a. Beslenmeme dikkat ediyorum.  
b. Beslenmeme dikkat etmiyorum.  
c. Beslenmeme çok fazla dikkat etmiyorum.  
d. Beslenmeme hiç dikkat etmiyorum.

13. Nasıl beslenirsiniz?

- a. Yağ türü, miktarı, .....  
b. Karbonhidrat türü, miktarı.....  
c. Protein türü, miktarı.....  
d. Tuzlu olarak aldığı besinler, yemeklerin tuz içeriği.....  
e. Sebze ve meyve.....  
f. Lif:.....

14. Düzenli olarak herhangi bir spor aktivitesi yapıyor musunuz?

a) Evet Hangisi: ..... ne kadar sıklıkla ..... b) Hayır (neden).....

15. Hareketli bir yaşam biçiminiz var mıdır? a) Evet b) Kısmen b) Hayır

16. Gün içinde dinlenme zamanlarınız var mıdır? a) Evet b) Kısmen b) Hayır

17. Sağlığını algılama durumu: a. İyi  b. Orta  c. Kötü

18. Rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarında sorun yaşama: a. Evet b. Hayır

**MORİSKY UYUM ÖLÇEĞİ**

Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.		<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
<b>1</b>	İlaç almayı hiç unuttuğunuz oldu mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>2</b>	İlacınızı almayı hatırlamak konusunda sorun yaşıyor musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>3</b>	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı almayı kestiğiniz olur mu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>4</b>	Bazen ilacınızı aldığınızda kendinizi kötü hissederseniz, ilaç kullanmayı bırakır mısınız?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, bireylerin stresli yaşantılarla başa çıkabilme ve bunlara uyum sağlayabilme becerilerine yönelik algılarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda bazı düşünceleri içeren ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere katılma derecenizi “Tamamen yanlış”, “Çoğunlukla yanlış”, “Çoğunlukla doğru”, ”Tamamen doğru” seçeneklerinden size en uygun olanı işaretleyerek göstermeniz beklenmektedir. Lütfen her bir ifadeye belirtilen düşüncenin size ne kadar uyduğunu düşününüz. Her bir ifadeye katılma derecenizi kendinize en uygun gelen seçeneğin altındaki kutucuğu işaretleyerek gösteriniz. Lütfen hiçbir maddeyi yanıtsız bırakmayınız. Değerli katkılarınız için teşekkür ederim.

	Tamamen yanlış	Biraz Doğru	Orta Düzeyde doğru	Tamamen Doğru
1. Yeterince çaba harcarsam, zor sorunları çözmenin bir yolunu daima bulabilirim				
2. Bana karşı çıkıldığında, istediğimi elde etmemi sağlayacak bir yol ve yöntem bulabilirim				
3. Amaçlarıma bağlı kalmak ve bunları gerçekleştirmek benim için kolaydır				
4. Beklenmedik olaylarla etkili bir biçimde başa çıkabileceğime inanıyorum				
5. Yeteneklerim sayesinde beklenmedik durumlarla nasıl baş edebileceğimi biliyorum				
6. Gerekli çabayı gösterirsem, birçok sorunu çözebilirim				
7. Baş etme gücüme güvendiğim için zorluklarla karşılaştığımda soğukkanlılığımı koruyabilirim				
8. Bir sorunla karşılaştığımda, genellikle birkaç çözüm yolu bulabilirim				
9. Başım dertte olduğunda, genellikle bir çözüm düşünebilirim				
10. Önüme çıkan zorluk ne olursa olsun, üstesinden gelebilirim				

## BAŞETME VE UYUM SÜRECİ ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** İnsanlar bazen hayatlarında çok zor olaylar ya da kriz durumları yaşarlar. Aşağıda insanların bu gibi durumlarda verdikleri tepkilerin sıralandığı bir liste var. Listedeki her bir madde için sizin kişisel olarak vereceğiniz tepkiye en yakın cevabı daire içine alın.

1=HIÇBİR ZAMAN      2=ARADA SIRADA      3= SIKLIKLA      4=HER ZAMAN

<i>“Bir kriz durumu ya da çok zor bir olay yaşadığımda; Ben.....”</i>	1 Hiçbir zaman	2 Arada sırada	3 Sıklıkla	4 Her zaman
1. Bir kriz durumunda bile, birçok talimatı aynı anda sürdürebilirim.				
2. Yeni soruna genellikle yeni bir çözüm getirebilirim.				
3. Sorunun ne olduğunu tanımlar ve sorunu bütünüyle görmeye çalışırım.				
4. Seçeneklerimi arttırmak için mümkün olduğunca daha fazla bilgi toplarım.				
5. Sıkıntılı olduğumda yapmam gerekenleri bitirmede zorluk çekerim.				
6. Geçmişte işe yarayan çözümleri hatırlamaya çalışırım.				
7. Genellikle her türlü şeyi benim için en yararlı olacak şekilde yapmaya çalışırım.				
8. Beni rahatsız eden şeyin dışında başka bir şey düşünemem.				
9. Sorunu elimden gelen en iyi şekilde ele alabilirsem kendimi iyi hissederim.				
10. Durumun nasıl sonlanmasını istediğimi belirlerim ve sonra hedefe nasıl ulaşacağıma bakarım.				
11. Stresli olduğumda verimim azalır.				
12. Bir durumla karşılaştığımda kendime biraz zaman veririm ve durumu tam kavrayana kadar harekete geçmem.				
13. Bir kriz durumunu baş edebileceğimden çok daha fazla karmaşık bulurum.				
14. Problemi adım adım düşünerek karar veririm.				
15. Ortada hiçbir sebep yokken yavaşlamaya başladığımı hissederim.				
16. Duygularımı yeniden olumlu şekle sokmak için çok çalışırım.				
17. Kriz boyunca gün içinde kendimi sürekli tetikte ve aktif hissederim.				
18. Duygularımı bir kenara bırakır ve olup bitenlerle ilgili son derece tarafsız olurum.				
19. Olayla ilgili her şey için gözümü kulağımı açık tutarım.				
20. İlk başta aşırı tepki vermeye meyilliyim.				
21. Başka durumlarda işe yarayan şeyleri hatırlarım.				
22. Olayları olduğu gibi görerek, sorunu doğru açıdan değerlendiririm.				
23. En azından bir süre için donup kalırım ve kafam karışır.				
24. Problemin ne olduğunu söylemek aslında benim için çok güçtür.				
25. Çok boyutlu problemleri ele alma konusunda iyiyimdir.				
26. Sorunla başa çıkmak için daha fazla destek/kaynak bulmaya çalışırım.				
27. Bilmediğim yerlere gitmek zorunda kaldığımda pek çok kişiye göre yolumu daha iyi bulabilirim.				
28. Durumu ele alırken mizahı kullanırım.				
29. Krizi atlatmak için yapacağım köklü değişikliklerle hayatımı altüst etmem olasıdır.				
30. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivite ve dinlenme zamanımı dengelemeye çalışırım.				
31. Stresli olduğumda verimim artar.				

32. Olup biten her şeyi geçmiş deneyimlerimle ya da gelecek planlarımla ilişkilendirebilirim.				
33. Yaşadığım güçlükler ne olursa olsun kendimi suçlamaya meyilliyim.				
34. Yaratıcı olmaya ve yeni bir çözüm bulmaya çalışırım.				
35. Bazı nedenlerle tecrübelerimden yeterince yararlanamıyorum.				
36. Başkalarının işine yarayan çözümlerden yararlanırım.				
37. Olaya bir fırsat ya da aşılması gereken zorluk gibi görürüm ve olumlu yönden bakarım.				
38. Daha fazla çözüm üretebilmek için, tüm seçenekler üzerinde düşünürüm.				
39. (Egzersiz gibi) fiziksel aktivitelerimde değişiklikler yaşarım.				
40. Olay meydana gelir gelmez detayları öğrenerek, olayın kontrolünü ele alırım.				
41. Herhangi bir şey yapmadan önce olabilecek her tür belirsizliği açıklamaya çalışırım.				
42. Krize, büyük ihtimalle doğrudan müdahale ederim.				
43. Hasta olacağımı hissederim.				
44. Yaşadığım zorluğu çözebilen yeni bir beceriyi oldukça çabuk öğrenir ve kullanırım.				
45. Çok sık olarak yaptığım işten kolayca vazgeçerim.				
46. Olayla başa çıkmak için bir dizi aktiviteyi içeren bir plan geliştiririm.				
47. Birçok şeyin nasıl sonuçlanacağı hakkında iyi niyetli/olumlu düşünürüm.				

## MİYOKARD İNFARKTÜSÜ BOYUTSAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Lütfen her soru için yalnız bir seçenek işaretleyiniz. Kalp krizi geçirdiğinizden beri, geçen hafta boyunca aşağıdakilerden her birini ne sıklıkta yaşadınız.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1. Bedensel faaliyet yapmadan önce iyice düşünüyor musunuz? (Örn. Ev işi yapma ya da alışverişe gitme)					
2. Göğüs ağrısı ile ilgili bulgularınız oluyor mu? (Örn. Göğüste ağrı/sıkışma)					
3. Yaşamınızı etkileyen göğüs ağrınız oluyor mu? Göğüste ağrı/sıkışma)					
4. Hareketlerinizde yavaşlama oluyor mu?					
5. Kendinizi güçsüz hissediyor musunuz?					
6. Nefes almada zorluk çekiyor musunuz?					
7. Bedensel faaliyet yaptığımızda göğsünüzde ağrı/sıkışma oluyor mu?					
8. Hareketlerinizin kısıtlanması nedeniyle sinirleriniz bozuluyor mu?					
9. Daha fazla dinlenmeye ihtiyaç duyuyor musunuz?					
10. Sosyal yaşantınızda azalma hissediyor musunuz?					
11. Sorumlu olduğunuz ev işlerini yapmakta zorlandığınızı hissediyor musunuz?					
12. Hava şartlarının göğüs ağrınızı daha da artıracığını düşünüyor musunuz?					
13. Yeni bir kalp krizi geçireceğinizden korkuyor musunuz?					
14. Kendinizi soyutlanmış hissediyor musunuz?					
15. Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?					
16. Seyahat etmek sizi tedirgin ediyor mu?					
17. Kendinizi kolay incinir ve korunmasız hissediyor musunuz?					
18. Kendinizi güvensiz hissediyor musunuz?					
19. Öz güveninizin etkilendiğini düşünüyor musunuz?					
20. Ölüm hakkında endişe duydunuz mu?					
21. Gelecek ile ilgili endişe ya da tedirginlik hissediyor musunuz?					
22. Kendinizi huzursuz hissediyor musunuz?					
23. Kendinizi kederli ya da çökkün hissediyor musunuz?					
24. Kendinizi aksi bir insan olarak hissediyor musunuz?					
25. Kendinizi stresli hissediyor musunuz?					
26. Aile ya da arkadaşlarınızın size aşırı düzeyde koruyucu davrandıklarını hissediyor musunuz?					
27. Bağımsızlığınızı (özgürlüğünüzü) kaybettiğinizi hissediyor musunuz?					
28. Başkalarına güvenmek zorunda olduğunuzu hissediyor musunuz?					
29. Diyetiniz hakkında endişe duyuyor musunuz?					
30. Kolesterol seviyeniz hakkında endişe duyuyor musunuz?					
31. Kilonuz için kaygılanıyor musunuz?					
32. İlaç kullanıyor olmak sizi kaygılandırıyor mu?					
33. Kullandığımız ilaçların yan etkilerinin olmasından kaygılanıyor musunuz?					
34. Eskiye göre daha mı çok üşüyorsunuz?					
35. Kullandığımız ilaçların yan etkileri oluyor mu (el ve ayaklarda soğukluk/gece tuvalete gitme)					

**TELEFONLA İZLEM VE GÖRÜŞME İÇERİĞİ****Telefonla Görüşme İlkeleri**

1. Öğrenmeye hazır oluşluğu değerlendirme
2. Açık uçlu sorular sorma
3. Emosyonel destek sağlama
4. Problemleri tanımlama
5. Hastanın yaşadığı engeller ve kolaylıkların tartışılması
6. Hasta gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunulması
7. Hasta ile ortak hedef belirleme
8. Gerçekçi hedefler belirleme
9. Hedefe ulaşma durumunun değerlendirilmesi
10. İyi işleyen stratejiler için pozitif geri bildirimlerin verilmesi
11. Uygun olmayan başatma stratejileri yerine alternatif başatma stratejileri geliştirme
12. Yeni hedeflerle ilgili planlamaların yapılması
13. Hasta eğitiminde hastanın anladıklarını geri anlatma metodunu kullanma
14. Özetleme
15. Yaşam tarzı değişikliği için cesaretlendirme
16. Bireyin sorularının cevaplanması
17. Bir sonraki görüşmenin planlanması

**Telefon Görüşmesi İçeriği**

- Hastanın gerekli görülen konularda eğitiminin yapılması
- Hastada belirsizliklerin ortadan kaldırılması ve mevcut endişelerin paylaşılması
- Emosyonel destek sağlama
- Rol değişimi ile ilgili hislerin paylaşımı (evde bulunmaktan sıkılma, aile üyelerinin aşırı koruyucu olması)

**Eğitim Verilecek ve Hastanın Destekleneceği Konular**

- Sağlık durumundaki değişikliğin kabulündeki zorlukların tartışılması
  - Fiziksel rahatsızlıklar (Göğüs ağrısı, yorgunluk, uykusuz) ve yönetimi
  - Kardiyak risk faktörlerinin azaltılması ile ilgili hatırlatma yapılması
- (Keeling and Dennison, 1995; Daugherty ve ark., 2005; Hanssen ve ark., 2009; Leemrijse ve ark., 2012; Hawkes, 2013; Black ve ark., 2014).

## TELEFONLA İZLEM VE GÖRÜŞME BASAMAKLARI

<p><b>Değerlendirme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Merhaba, görüşme yapmak için uygun musunuz?</li> <li>Taburcu olduktan sonra/en son yaptığımız telefon görüşmesinden sonra kendinizi nasıl hissediyorsunuz?</li> </ul>
<p><b>Problemleri Tanımlama</b></p> <p><b>Fiziksel Sorun Yaşama</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Göğüs ağrısı veya herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissediyor musunuz?(<i>güçsüzlük, yorgunluk, uyku hali, nefes almada zorlanma, çarpıntı</i>)</li> <li>Evde/ iş yerinde yaptığınız işleri yapmada zorlanıyor musunuz?</li> </ul> <p><b>Diyete Uyum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Beslenme değişikliğiniz hakkında neler düşünüyorsunuz?</li> <li>Beslenmenize dikkat ediyor musunuz?</li> </ul> <p><b>İlaç Kullanımına Uyum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>İlaçlarınızı reçete edildiği gibi alıyor musunuz? (<i>İlaç Uyum Ölçeği uygulaması</i>)</li> <li>Kullandığımız ilaçları alırken herhangi bir sorun/yan etkisini yaşıyor musunuz?</li> </ul> <p><b>Aktif Yaşam ve Egzersiz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fiziksel aktivite yapıyor musunuz?</li> <li>Fiziksel aktivite yapmanızı/yapmamanızın nedeni/gerekçeleri size göre nelerdir?</li> <li>Ne kadar süredir yapıyorsunuz? Herhangi bir sorun yaşıyor musunuz?</li> </ul> <p><b>Duygusal Sorun Yaşama ve Başetme Durumu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Duygusal olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (<i>kendini kötü-stresli hissetme, kalp krizi geçirme korkusu, yalnız hissetme, her şeyden uzak kalmış hissetme, kendinize olan güveninizde azalma</i>)</li> <li>Herhangi bir şey (sağlığınız vb.) hakkında endişeli misiniz?</li> <li>Başetmede zorlandığımız, sizi üzen durumlar var mı?</li> <li>Bu durumları nasıl aşabileceğinizi düşünüyorsunuz?</li> </ul> <p><b>Rol Fonksiyon Alanı ve Karşılıklı Bağlılık Alanı</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aile yaşamı/iş yaşamı rol ve sorumluluklarınızda değişiklik oldu mu?</li> <li>* Bu hafta çevrenizdekiler ile ilişkiniz nasıldı?</li> <li>Bağımsızlığınızı kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?</li> <li>Başkalarına güvenmek zorunda olduğunuzu hissediyor musunuz?</li> </ul> <p><b>Sigaranın bırakılması</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sigaranın bırakılmasına yönelik girişimlerde bulundunuz mu? (gerekli görülen hastalarda)</li> </ul>
<p><b>Eğitim konuları ve Hatırlatmalar</b> (Hastanın gerekli görülen konularda eğitiminin yapılması)</p>
<p><b>Sağlık kontrolleri</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontrole ne zaman geleceksiniz-randevu aldınız mı?</li> </ul>
<p><b>Hastanın Anladıklarını Geri Anlatma Metodunu Kullanma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bugün konuştuğumuz konularla ilgili neler yapmanız gerektiğini özetleyebilir misiniz?</li> </ul>
<p><b>Ortak hedefler belirleme</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Bir sonraki telefon görüşmemize kadar ..... yapabilir misiniz?</li> <li>Yapmanızı kolaylaştıracak/engelleyecek durumlar sizce nelerdir?</li> </ol>
<p><b>Güçlendirme-Cesaretlendirme-Öz yeterliği Artırma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bu konularla ilgili sormak istediğiniz herhangi bir şey var mı? (<i>Olumlu kişisel deneyimlerin paylaşılması, başkalarının yaşadığı deneyimlerin kullanılması, davranışla ilgili olumlu geribildirim verme, fizyolojik ve duygusal durumu yetenekleri doğrultusunda değerlendirme</i>)</li> </ul>
<p><b>Sonlandırma ve Planlama</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bugün ..... konularda konuştuk. Sizin sormak/konuşmak istediğiniz herhangi bir konu var mı? Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim. Sizi tekrar ..... tarihinde ..... saatinde arayacağım.</li> </ul>



## TELEFON GÖRÜŞMESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Hasta Adı:

Görüşme Tarihi:

Kaçınıcı görüşme:

Kontrol Geleceği Tarih:

GÖRÜŞME İÇERİĞİ	DEĞERLENDİRME	PLANLAMA
<b>Fiziksel Sorun Yaşama</b> ▪ Göğüs ağrısı, güçsüzlük, yorgunluk, uyku hali, nefes almada zorlanma, çarpıntı ▪ Diğer: .....	1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır	
<b>Diyete Uyum</b>	1. Uyum göstermiyor 2. Kısmen uyum gösteriyor 3. Uyum gösteriyor	
<b>İlaçlarına Uyum</b>	1. Uyum göstermiyor 2. Kısmen uyum gösteriyor 3. Uyum gösteriyor	
<b>Aktif Yaşam ve Egzersize Uyum</b>	1. Uyum göstermiyor 2. Kısmen uyum gösteriyor 3. Uyum gösteriyor	
<b>Duygusal Sorun Yaşama ve Baş Etme Durumu</b> .....	1. Uyum göstermiyor 2. Kısmen uyum gösteriyor 3. Uyum gösteriyor	
<b>Rol Fonksiyon Alanı ve Karşılıklı Bağlılık Alanında Sorun Yaşama</b> .....	1. Evet 2. Kısmen 3. Hayır	
<b>Acil Servise Başvurma Durumu</b>	1. Başvurmadı 2. Başvurdu.....	
<b>Telefon Görüşmelerinden Memnuniyet Durumu</b>	1. Memnun 2. Kısmen memnun 3. Memnun değil	

## DISCERN KILAVUZU

EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ-  
DISCERN**BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?****1. Amacı açık mıdır?** ( 1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor ( ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

**2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşılıp ulaşılamayacağını düşünün.

**3. Konu ile ilgili mi?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

**4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir ?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

**Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.**

**5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir ?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

**6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanınmasının olması Dikkatli olunmalı eğer;
- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

**7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu ?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

**8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

**BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?**

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

**9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

**10. Bu kitapçıktaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

**11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

**12. Bu kitapçıktaki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

**13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

**14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

**15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?**

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

### BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5



**SISTER CALISTRA ROY'UN UZMAN GÖRÜŞÜ**

Kimden: Sr Callista Roy [callista.roy@bc.edu]  
Gönderildi: 18 Ocak 2016 Pazartesi 00:06  
Kime: Selma Turan  
Bilgi: alyssa.hopper@bc.edu  
Konu: Re: Assesment for Roy Adaptation Model

Dear Ms. Turan,

I have reviewed your: abstract, CTE Structure; Educational Plan and the translated Educational Booklet for your dissertation research.

You have done very good work. I find your work reflects well the Roy Adaptation Model as especially seen in the CTE Structure. Your Educational Booklet is well done; good information and attractively presented. I noted one small error on page 28 and it may only be in the English version, but I want to mention for you to check. In the third box down you are talking about LDL and on the first line you typed HDL.

I do not know when I we discussed use of the CAPS research tool. The Short Form (15 items) is now available. The publication is in review. The person in Turkey who has already translated and tested the long form (49 items) is: Catal, E. (2012). Evaluation of the language validity, content validity and conceptual compilation of the items of CAPS: Turkish version. Izmir, Turkey: Dokuz Eylul University, Institute of Health Sciences. If you want information on this form I can send it later this week along with all the publication in progress and permission to use it.

I wish you well with your study; I regret it took be so long to respond to your work.

Peace,

Callista Roy

On Thu, Dec 10, 2015 at 9:47 AM, Selma Turan

<selmaturan@akdeniz.edu.tr<mailto:selmaturan@akdeniz.edu.tr>> wrote:

## ROY UYUM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ EĞİTİM ve TELEFONLA İZLEM PLANI

<b>Konu</b>	Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitim		
<b>Eğitimci</b>	Arş.Gör.Selma TURAN KAVRADIM Danışman: Prof.Dr. Zeynep ÖZER		
<b>Hedef Grup</b>	Girişim Grubu (Örnekleme Dahil Olma Kriterlerine Uyan)		
<b>Tarih</b>	Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastanın kardiyoloji kliniğinde yatışının 3-4. günü		
<b>Kullanılacak Yöntemler</b>	Klasik anlatım, Soru cevap		
<b>Kullanılacak Araç-Gereçler</b>	Eğitim kitapçığı ve telefon		
<b>Görüşme Yeri</b>	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği Hasta Odası		
<b>Hazır Oluşluk ve Öğrenim Gereksiniminin Değerlendirilmesi</b>	Bireyin davranış ve uyarılarının belirlenmesi (ağrı-uyanıklık düzeyi) Eğitim öncesi davranışların (dört uyum alanındaki davranışlar) ve uyarıların ölçeklerle değerlendirilmesi * Öğrenim gereksiniminin belirlenmesi (ölçek sonuçlarına göre)		
<b>Görüşme Süresi: 30-45 dk</b>	<b>Konular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kalbiniz</li> <li>▪ İlaç kullanımı</li> <li>▪ Sağlıklı beslenme</li> <li>▪ Aktif yaşam ve egzersiz</li> <li>▪ Cinsel yaşam</li> <li>▪ Sigara ve alkol kullanımı</li> <li>▪ Duygularınız ve baş etme</li> <li>▪ Kardiyolojide kullanılan tetkikler</li> </ul>	
<b>İZLEM</b>	Miyokard Enfarktüsü Sonrası Telefonla ve Yüz yüze Görüşme İzlem Planı ve Uygulanacak Ölçekler		
<b>TELEFONLA GÖRÜŞME</b>  <b>1, 3, 8. haftalar</b>	<b>TELEFONLA İZLEM İÇERİĞİ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Değerlendirme ve problemleri tanımlama</li> <li>▪ Eğitim konuları ve Hatırlatmalar</li> <li>▪ Güçlendirme-Cesaretlendirme</li> <li>▪ Ortak hedefler belirleme</li> <li>▪ Planlama ve Sonlandırma</li> </ul> <b>KULLANILACAK FORMLAR</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Telefonla izlem ve görüşme basamakları formu</li> <li>▪ Telefon görüşmelerini değerlendirme formu</li> </ul>	<b>YÜZ YÜZE GÖRÜŞME</b>  1. ve 3. ay kontrol muayenesi sırasında görüşme	<b>KULLANILACAK FORMLAR *</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Kişisel Bilgi Formu</li> <li>▪ Morisky İlaç Uyum Ölçeği</li> <li>▪ Genel Öz Yeterlik Ölçeği</li> <li>▪ Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği</li> <li>▪ Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği</li> </ul>

AMAÇ	Miyokard enfarktüsü geçiren hastaların yaşam kalitesi, öz-yeterlik ve uyum düzeylerini artırmak	
HEDEFLER	İÇERİK/KAPSAM	ROY UYUM MODELİYLE İLİŞKİSİ
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Taburcu olduktan sonraki süreci bilmeli</li> <li>▪ Göğüs ağrısının nedenini bilmeli</li> <li>▪ Kalp krizi belirtilerinin farkında olabilmeli</li> <li>▪ Göğüs ağrısı sırasında yapması gerekenleri bilmeli</li> <li>▪ Hastalığı ile ilgili risk faktörlerinin farkında olabilmeli</li> <li>▪ Risk faktörlerini belirleyebilmeli</li> <li>▪ Sağlıklı seçimler konusunda istekli olabilmeli</li> <li>▪ Yaşam şekli değişikliğine karar verebilmeli</li> <li>▪ Taburculuk sonrası neler yapabileceğini bilmeli</li> <li>▪ Sağlıklı yaşam için hedefler belirleyebilmeli</li> </ul>	<p><b>Kalbiniz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sağlıklı yaşam için yapılması gerekenleri uygulamanın önemi</li> <li>▪ Sağlıklı seçimler</li> <li>▪ Kalp krizi ne demektir <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kalp krizi belirtileri</li> <li>✓ Göğüs ağrısı durumunda yapılması gerekenler</li> <li>✓ Kalp hastalığı ile ilgili risk faktörleri</li> </ul> </li> <li>✓ Yaşam şekli değişikliği</li> <li>✓ Taburculuk sonrası neler yapmalısınız</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Odak Uyarın:</b> Miyokard Enfarktüsü</li> <li>✓ <b>Durumsal Uyarın:</b> Hastalık ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olma Hastalıkla ilgili risk faktörleri Yaşam şekli değişikliği</li> <li>▪ <b>Düzenleyici alt sistem:</b> Miyokard enfarktüsü ve göğüs ağrısı sonrası başatme</li> <li>✓ <b>Fizyolojik alan:</b> Kalp krizi belirtileri</li> <li>✓ <b>Benlik kavramı alanı:</b> Duyguların, hissedilenlerin gerçek olması Tedaviye katılımın önemi Birey olarak yaşamdaki önemi Belirsizliği azaltma, karar verme Seçimlerin sürdürülmesi Nereden ve nasıl başlaması gerektiği Belirsizliği ortadan kaldırma Hedef belirleme</li> <li>✓ <b>Rol fonksiyon alanı:</b> Bireyin ailesi için önemi Hastalığın rollerine etkisi</li> <li>✓ <b>Karşılıklı bağıllık alanı:</b> Sağlık personeli ile işbirliği Hastalığın ilişkilerine etkisi Hastalık sonrası çevrenin desteğine ihtiyaç duyabileceği</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ İlaç kullanırken dikkat etmesi gerekenleri bilmeli</li> <li>▪ İlaçların kullanım nedenlerini bilmeli</li> </ul>	<b>İlaç Kullanımı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Durumsal Uyarın</b> İlaç kullanımı</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ İlaçların yan etkilerinin farkında olabilmeli</li> <li>▪ İlaçlarını kullanırken yaşadığı sıkıntıları iletebilmeli</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Fizyolojik alan:</b> İlaçların etkileri ve yan etkileri</li> <li>✓ <b>Benlik kavramı alanı:</b> İlaçları kullanırken yaşadığı sıkıntıları not alma</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tüketmesi gereken besinleri sayabilmeli</li> <li>▪ Tüketmekten kaçınması gereken besinleri sayabilmeli</li> <li>▪ Tüketmesi gereken doğru besinlere karar verebilmeli</li> <li>▪ Uygun şekilde beslenmeye istekli olabilmeli</li> <li>▪ Doğru besin grubunu tüketebilmeli</li> <li>▪ Sakıncalı besinleri diyetinden çıkarabilmeli</li> </ul>	<b>Sağlıklı Beslenme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sağlıklı beslenmenin önemi</li> <li>▪ Sağlıklı beslenmenin yolları</li> <li>▪ Beslenme ile ilgili özel bilgiler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Durumsal Uyarın</b> Sağlıklı beslenme Kilo, tansiyon, kolesterol, kan şekerinin sağlık üzerine etkisi</li> <li>✓ <b>Fizyolojik alan</b> Beslenmenin plak oluşumuna katkısı Beslenmenin kalp sağlığı üzerine etkisi</li> <li>✓ <b>Rol fonksiyon alanı:</b> ✓ Tüm aile üyeleri için sağlıklı beslenme önerileri</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktif yaşamın kalp hastalıkları açısından önemini bilmeli</li> <li>▪ Egzersize başlama zamanını bilmeli</li> <li>▪ Kendine uygun egzersiz türünü seçebilmeli</li> <li>▪ Aktif yaşamın önemini farkında olabilmeli</li> <li>▪ Aktif yaşamaya istekli olabilmeli</li> <li>▪ Egzersiz yaparken nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmeli</li> <li>▪ Egzersizi sonlandırma zamanına karar verebilmeli</li> </ul>	<b>Aktif Yaşam ve Egzersiz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Günlük işlerinize geri dönüş</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Durumsal Uyarın</b> Aktif yaşam ve egzersiz</li> <li>✓ <b>Fizyolojik alan</b> Egzersizin kalp sağlığı üzerine etkisi Egzersizin tansiyon, kilo, kolesterol, kan şekeri üzerine etkisi Egzersiz tipi ve süresinin etkisi</li> <li>✓ <b>Benlik kavramı alanı</b> Egzersizle stresin azalması</li> <li>✓ <b>Karşılıklı bağıllık alanı</b> Aile üyeleri veya sevdikleri ile egzersiz yapma önerisi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ne zaman başlayabileceğini bilmeli</li> <li>▪ Göğüs ağrısı yaşama durumunda ne yapacağını bilmeli</li> <li>▪ Hangi durumlarda erteleme gerektigine karar verebilmeli</li> </ul>	<b>Cinsel Yaşam</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Fizyolojik alan</b> Cinsel yaşamın kalp sağlığı üzerine etkisi Kalp sağlığının cinsel yaşam üzerine etkisi</li> <li>▪ <b>Benlik kavramı alanı</b> Cinsel yaşamın psikolojik etkisi</li> <li>▪ <b>Rol fonksiyon alanı</b> Partner olma durumu</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sigaranın kalp sağlığına etkisinin farkında olabilmeli</li> <li>▪ Alkolün kalp sağlığına etkisinin farkında olabilmeli</li> </ul>	<b>Sigara ve Alkol Kullanımı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Durumsal Uyarın</b> Sigara ve alkol kullanımı</li> <li>✓ <b>Fizyolojik alan</b> ✓ Sigara ve alkol kullanımının kalp sağlığı üzerine etkisi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hastalık sonrası yaşadığı duyguları ifade edebilmeli</li> <li>▪ Stresle etkili bir şekilde baş etmeye istekli olabilmeli</li> <li>▪ Stresin azaltılmasına yönelik etkili yöntemleri</li> </ul>	<b>Duyularınız ve Başetme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kalp krizi sonrası yaşanan duygular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Durumsal Uyarın</b> Stres</li> <li>✓ <b>Bilişsel-duygusal alt sistem</b></li> </ul>

kullanmaya karar verebilmeli	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stresle etkili baş etme yöntemleri</li> </ul>	Stresle baş etme ✓ <b>Fizyolojik alan</b> Stresin kalp sağlığı üzerine etkisi ✓ <b>Benlik kavramı alanı</b> ✓ Stresin azaltılması ile ilgili girişimler ✓ <b>Karşılıklı bağlılık alanı</b> Aile ve sevdiklerinin desteği
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hastalığı sonrası yapılabilecek testlerin öneminin farkında olabilmeli</li> <li>Hastalığı ile ilgili komplikasyon gördüğünde hastaneye başvurabilmeli</li> </ul>	<b>Kardiyolojide Kullanılan Tetkikler</b>	✓ <b>Durumsal Uyarın</b> Kontroller
	<b>HEMŞİRELİK SİSTEMİ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Davranışları Belirleme</li> <li>Uyaranları Belirleme</li> <li>Hedef Belirleme</li> </ul>	<b>Hemşirelik girişimleri</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eğitim</li> <li>Telefonla izlem</li> </ul>	<b>Değerlendirme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Yaşam kalitesi</li> <li>Öz-yeterlik</li> <li>Uyum düzeyleri</li> </ul>

### DEĞERLENDİRME KRİTERLERİ

- Sağlıklı yaşam için yapılması gerekenleri uygulamanın önemini biliyor mu?
- Kalbin nasıl çalıştığını biliyor mu?
- Nereden ve nasıl başlaması gerektiğini biliyor mu?
- İlaç kullanımının önemini biliyor mu?
- Sağlıklı beslenmenin önemini ve nasıl beslenmesi gerektiğini biliyor mu?
- Aktif yaşam ve egzersizin önemini biliyor mu?
- Ne zaman egzersize başlaması gerektiğini ve nelere dikkat etmesi gerektiğini biliyor mu?
- Cinsel yaşamında nelere dikkat etmesi gerektiğini ve ne zaman başlayabileceğini biliyor mu?
- Sigara ve alkolün kalp sağlığı üzerine etkilerini biliyor mu?
- Duygularıyla etkili baş etme yöntemlerini biliyor mu?
- Kontroller sırasında hangi işlemlerin yapılacağını ve işlem sırası, sonrasında nelere dikkat etmesi gerektiğini biliyor mu?
- Morisky İlaç Uyum Ölçeği , Genel Öz Yeterlik Ölçeği, Baş etme ve Uyum Süreci Ölçeği, Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği

## ÖN UYGULAMA PLANI

<b>Hastayı Değerlendirme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bireyin davranış ve uyaranlarının belirlenmesi (ağrı-uyanıklık düzeyi)</li> <li>▪ Yazılı onam alma</li> </ul>
<b>Araştırmaya Alınma Kriterleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Bilinci açık (Soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan ciddi mental rahatsızlığı olmayan) olan</li> <li>b. Sözel iletişim engeli olmayan</li> <li>c. Okuma yazma bilen</li> <li>d. ME tanısı alan</li> <li>e. Akut dönemi geçirmiş olan (tanıdan sonraki 4-5. günler arasında)</li> <li>f. Poliklinik kontrollerini Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde yaptırarak olan</li> <li>g. 30 yaş ve üzerinde olan</li> <li>h. Araştırmaya katılmayı kabul eden</li> </ul>
<b>Araştırmadan Dışlanma Kriterleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hasta dosyasından yararlanarak kronik böbrek yetersizliği, metastatik kanser, kalp yetersizliği tanısı, ciddi aort stenozu, ciddi pulmoner HT, sistemik veya pulmoner emboli, cerrahi planlanan ve organ transplantasyonu olanlar</li> <li>▪ Ciddi kognitif problemleri, psikiyatrik hastalıkları olanlar</li> <li>▪ Telefonu olmayan ve telefonla konuşurken duyma ve konuşma problemi yaşayanlar</li> <li>▪ Major komplikasyon nedeniyle hastanede kalma süresi 25 günden fazla olanlar</li> </ul>
<b>Ön Test Veri Toplama (Hasta Odasında)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Öğrenim gereksiniminin ve eğitim öncesi dört uyum alanındaki davranışlar ve uyaranların ölçeklerle değerlendirilmesi *</li> </ul> <p><b>Ölçekler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Roy Uyum Modeline İlişkin Veri Toplama Formu</li> <li>▪ Genel Öz Yeterlik Ölçeği,</li> <li>▪ Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği</li> <li>▪ Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği</li> </ul>
<b>Eğitim (Hasta Odasında)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hasta ve ailesine yatışın 4. ve 5. günlerinde kitapçıkla (her biri 20-25 dk), kitapçığı verme, kartını verme</li> </ul>
<b>İzlem (Telefonla)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Telefonla 1, 2, 3. haftalarda (Her biri 10-15 dk.)</li> </ul> <p><b>Ölçekler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Morisky Uyum Ölçeği</li> <li>▪ Telefonla İzlem Formu</li> <li>▪ Telefon görüşmelerini değerlendirme formu</li> </ul>
<b>İzlemden Çıkarılma Kriterleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ İzlem süresince araştırmaya devam edemeyenler</li> <li>▪ Araştırmadan ayrılmak isteyenler</li> </ul>
<b>İzlem Değerlendirme Veri Toplama (Poliklinik)</b>	<p><b>1. ay</b></p> <p><b>Ölçekler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Roy Uyum Modeline İlişkin Veri Toplama Formu</li> <li>▪ Genel Öz Yeterlik Ölçeği,</li> <li>▪ Başetme ve Uyum Süreci Ölçeği</li> <li>▪ Miyokard Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği</li> </ul>

## TELEFON GÖRÜŞMELERİ VE DANIŞMANLIKLA İLGİLİ HASTA YÖNLENDİRME PROTOKOLÜ

Danışmanlık Konuları	Yönlendirme
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 dakikadan fazla süren göğüs ağrısı, ağrının boyna, alt çeneye ya da sol kola yayılması</li> <li>▪ Ağrının nitrogliserine cevap vermemesi</li> <li>▪ Çarpıntı, şiddetli nefes darlığı, hipotansiyonla birlikte solgunluk, terleme, soğuk ekstremiteler, bilinç bozukluğu, senkop olması</li> </ul>	Acil servise yönlendirme
1. İlaçların yan etkileri	Polikliniğe yönlendirme
2. Kitapçıkta yer alan bilgilerin hasta tarafından sorulması	Araştırmacı tarafından tekrar anlatım ve tekrar kitapçığa yönlendirme
3. Kontroller ve ilaçların tekrar yazılmasına ilişkin bilgi sorulması	Araştırmacının rutin kontrol protokolünü paylaşması ve gerekli durumlarda Poliklinik sekreterliğine yönlendirme
4. Eğitim konuları dışında sorulan sorular	Kardiyoloji servisi doktorlarına sorularak hastaya geri dönülmesi

## HASTANE İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/05/2015-19273



T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Hastane)  
Hastane Başmüdürlüğü, Personel İşleri Birimi



Sayı : 26708535-900/1484  
Konu : Klinik Uygulama

22/05/2015

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi: 27/04/2015 tarih ve 36005147-100-37821 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği doktora programı Öğrencisi Selma TURAN KAVRADIM'ın "Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını Hastanemiz Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Murat BERHAN  
Başkan  
Dekan Yardımcısı

Dumlupınar Bulvarı, Kampüs 07059 Konyaaltı/ANTALYA Ayrıntılı bilgi için: Şef H.A.BARDAK  
Tel: (0 242) 249 62 90 Faks: (0 242) 249 60 40 <http://hastane.akdeniz.edu.tr> hastanepersonel@akdeniz.edu.tr

Form- 70 02 30 00 15

Rev.No:00

## ETİK KURUL İZİN YAZISI

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

13.05.2015

Sayı : 70904504/ 198  
Konu :

Sayın  
Prof.Dr.Zeynep ÖZER  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz. "Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlilik ve Uyum Düzeylerine Etkisi" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Arda TAŞATARGİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Eki: Etik Kurul Kararı

---

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA  
Tel : (242)249 69 54  
Faks : (242) 249 69 03  
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

T.C.  
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 70904504/  
Konu:

2015

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Zeynep ÖZER	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlem Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlilik ve Uyum Düzeylerine Etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 202	Tarih: 29.04.2015
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	
	Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL  
Başkan

Öğr. Gör. Dr. M. Levent ÖZGÖNÜL  
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Ali Arslan YAVUZ  
Üye

Prof. Dr. Oktay ERAY  
Üye (İzinli)

Prof. Dr. Bilge KARLI  
Üye

Prof. Dr. Can ÇEVİKOL  
Üye (İzinli)

Prof. Dr. Murat CANPOLAT  
Üye

Doç. Dr. Ebru Nur BARÇIN  
Üye

Doç. Dr. Yasin SAKOL  
Üye

Doç. Dr. Hasan MUTLU  
Üye (İzinli)

Av. Mustafa AÇIKEL  
Üye

Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN  
Üye (İzinli)

Doç. Dr. Gülşen ÖZGE BAYRAK  
Üye

Turgut ALTUN  
Üye

## ÖLÇEK İZİN YAZILARI MIDAS ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

### Yan: Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği

Emel Yılmaz [emilylmz@yahoo.com]

18.02.2015 16:07 tarihinde yanıtladınız.

**Gönderildi:** 18 Şubat 2015 Çarşamba 15:44

**Kime:** Selma Turan

Sayın Turan

Ölçeği online olarak gönderemiyorum. bilgisayarımda sorun oldu. makaledeki hali son şekli. alta alt boyutlarını ve puanlamasını gönderiyorum. kolay gelsin, iyi çalışmalar  
Doç. Dr. Emel YILMAZ

Miyokart Enfarktüsü Boyutsal Değerlendirme Ölçeği (MIDAS), Thompson ve ark.ları (10) tarafından geliştirilmiş 35 madde ve yedi alt boyuttan [fiziksel aktivite (12 madde), güvensizlik (dokuz madde), duygusal tepki (dört madde), bağımlılık (üç madde) beslenme şekli (üç madde), ilaç hakkında endişeler (iki madde) ve ilaç yan etkileri (iki madde)] oluşan bir ölçektir (Ek 1). Ölçek maddelerinin hangi boyutlara ait olduğu verilmiştir. Ölçek 5'li Likert tipindedir. 0:Hiçbir zaman, 4:Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekteki her alt boyutun toplam puanı 100'e dönüştürülmüştür [(Alt boyuttan alınan toplam puan /alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan) x100]. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100'dür. Puanlar artıkça algılanan yaşam kalitesi kötüleşmektedir (10).

#### **1. Physical activity (Fiziksel Aktivite)**

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

#### **2. Insecurity (Güvensizlik)**

13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

#### **3. Emotional reaction (Duygu durumu)**

22, 23, 24, 25

#### **4. Dependency (Bağımlılık)**

26, 27, 28

#### **5. Diet (Diyet)**

29, 30, 31

#### **6. Concerns over medication (İlaç Tedavisi)**

32, 33

#### **7. Side effects (Yan Etkiler)**

34, 35

**Kimden:** Selma Turan <selmaturan@akdeniz.edu.tr>

**Kime:** "emilylmz@yahoo.com" <emilylmz@yahoo.com>; "emel.yilmaz@cbu.edu.tr" <emel.yilmaz@cbu.edu.tr>

**Gönderildiği Tarih:** 18 Şubat 2015 15:19 Çarşamba



## MORISKY TEDAVİYE UYUM ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Yanıtla Tümünü Yanıtla İlet X Önemli Kapat

**RE: İLT: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği**  
Güven BAHAR [guvenbahar@hotmail.com]

13.02.2015 17:02 tarihinde yanıtladınız.

**Gönderildi:** 13 Şubat 2015 Cuma 16:19  
**Kime:** Selma Turan

Selamlar Hocam;  
Ölçeği ve puanlamasını ekte gönderiyorum.  
Çalışmalarınızda başarılar diliyorum.

Saygılarımla.

**Öğr. Gör. Güven BAHAR**  
**Ruh Sağlığı Destek ve Koruma Uzmanı**  
**Gaziantep Üniversitesi**

Instructor Güven BAHAR  
Mental Health Support and Protection Specialist

> From: selmaturan@akdeniz.edu.tr  
> To: guvenbahar@hotmail.com  
> Subject: İLT: Morisky Tedavi Uyum Ölçeği  
> Date: Fri, 13 Feb 2015 13:42:20 +0000  
>  
>  
>  
> Sayın Güven Bahar Hocam,  
> Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.  
> Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Morisky Tedavi Uyum Ölçeğini çalışmamızda referans göstererek kullanmayı planlamaktayız.  
> Rica etsem ölçeğinizi ve değerlendirme puanlarını gönderir misiniz?  
> Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim...  
> Saygılarımla.  
>  
>  
> Selma TURAN KAVRADIM  
> Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

## GENEL ÖZ YETERLİK ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

### RE: Genel Öz Yeterlik Ölçeği

Ayşe Aypay [ayseaypay@hotmail.com]

16.02.2015 12:19 tarihinde yanıtladınız.

Gönderildi: 16 Şubat 2015 Pazartesi 12:13

Kime: Selma Turan

Ekler:  GÖYÖ ölçek formu.doc (34 KB) [Web Sayfası Olarak Aç];  inönüde yayınlanmış makale.pdf (302 KB) [Web Sayfası Olarak Aç]

Merhaba,

Çalışmanızda kullanmak istediğiniz ölçek formu ektedir. Ekte ölçek makalesini de gönderiyorum. İlgili bilgileri orada bulabilirsiniz.

Doç. Dr. Ayşe AYPAY

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Eğitim Fakültesi

Meselik Kampusu 26480

Eskişehir, Türkiye

E-mail: [ayseaypay@hotmail.com](mailto:ayseaypay@hotmail.com)

Tel : + 90 (222) 239 3750/1654

Faks : + 90 (222) 229 3124

> From: selmaturan@akdeniz.edu.tr

> To: ayseaypay@hotmail.com

> Subject: Genel Öz Yeterlik Ölçeği

> Date: Fri, 13 Feb 2015 15:10:57 +0000

>

> Sayın Ayşe Aypay Hocam,

> Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde Araştırma görevlisi olarak çalışmaktayım.

> Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Genel Öz Yeterlik Ölçeğini çalışmamızda referans göstererek kullanmayı planlamaktayız.

> Rica etsem ölçeğinizi ve değerlendirme puanlarını gönderir misiniz?

> Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim...

> Saygılarımla.

>

## DISCERN KILAVUZU İZİN YAZISI

oturumu kapat Selma Turan

Birini Bul Seçenekler

Selma Turan Teşekkür ederim hocam iyi günler dilerim. Ar. Gör. Selma TURAN KAVRADIM Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 09:17 (Pzt)

Feray Gokdogan [fgokdogan@ciu.edu.tr] Eylemler

Kime: Selma Turan

Eklere: DISCERN ve Eğitim Kitapçığı-1.docx (67 KB) [Tarayıcıda Aç]

20 Mayıs 2018 Pazartesi 07:04

- 21.05.2018 09:16 tarihinde yanıtladınız.

Ar. Gör. Selma TURAN KAVRADIM  
Akdeniz Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

"Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitim ve Telefonla İzlemin Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisi" konulu tez çalışmanızda Discern kılavuzunu Roy Uyum Modeline temellendirilmiş eğitim kitapçığının uzman görüşünün değerlendirilmesinde geçerlilik güvenilirliği tarafından yapılan DISCERN kullanırken kaynak gösterdiğiniz (aşağıda belirtilmiştir) ve aşamaları konusunda geribildirimde bulunduğunuz takdirde, DISCERN çalışmanızda kullanmanız bilgisi paylaşma adına bir sakınca bulunmamaktadır. Ekteki dosyada ölçek ve değerlendirme kriterleri yer almaktadır. Sonrasında hasta eğitim kitapçığını ve citation ilişkin bilgiyi paylaşırsanız memnun olurum.

Ekte DISCERN Ölçeği ve değerlendirmesi gönderilmektedir.

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

İyi çalışmalar ve iyi günler

Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN  
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN

Gökdoğan F."Etkili Bir Hasta İletişimi İçin Araç Geliştirme: Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi (DISCERN), Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni, No:16-17 : 8-16 (2003).

## ROY ADAPTASYON MODELİ KULLANIMI İZİN YAZISI

### Re: Permission for Using Roy Adaptation Model

Alyssa Hopper [alyssa.hopper@bc.edu]

02.12.2015 11:19 tarihinde yanıtladınız.

Gönderildi: 20 Şubat 2015 Cuma 16:37

Kime: Selma Turan

Eklere: [Turan Permission 2-20-15.pdf \(176 KB\)](#) [Web Sayfası Olarak Aç]

Dear Ms. Turan,

Thank you for your email. Please find attached a letter of permission for your use of the RAM in your doctoral thesis.

We wish you the best of luck with your studies and future contributions to nursing.

Kind regards,

Alyssa

---

Alyssa Hopper  
Director, Nurse Theorist's Projects  
Executive Director, Roy Adaptation Association  
Connell School of Nursing Boston College  
140 Commonwealth Ave.  
Chestnut Hill, MA 02467  
617-552-8862

## ROY ADAPTASYON MODELİ KULLANIMI İZİN YAZISI

Kimden: Alyssa Hopper

[alyssa.hopper@bc.edu<mailto:alyssa.hopper@bc.edu><mailto:alyssa.hopper@bc.edu<mailto:alyssa.hopper@bc.edu>><mailto:alyssa.hopper@bc.edu<mailto:alyssa.hopper@bc.edu>>>]

edu<mailto:alyssa.hopper@bc.edu>>>]

Gönderildi: 20 Şubat 2015 Cuma 16:37

Kime: Selma Turan

Konu: Re: Permission for Using Roy Adaptation Model

Dear Ms. Turan,

Thank you for your email. Please find attached a letter of permission for your use of the RAM in your doctoral thesis.

We wish you the best of luck with your studies and future contributions to nursing.

Kind regards,

Alyssa

---

Alyssa Hopper

Director, Nurse Theorist's Projects  
Executive Director, Roy Adaptation Association  
Connell School of Nursing Boston College  
140 Commonwealth Ave.  
Chestnut Hill, MA 02467

617-552-8862<tel:617-552-8862><tel:617-552-8862<tel:617-552-8862>><tel:617-552-8862<tel:617-552-8862>><tel:617-552-8862<tel:617-552-8862>>>



Boston College  
William F. Connell School of Nursing

February 20, 2015

To: Selma Turan

From: Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN

Re: Permission to use Roy Adaptation Model

Dear Ms. Turan,

This letter gives you permission to use the Roy Adaptation Model, figures and text, in your dissertation on "Effectiveness of after myocardial Infarction discharge education and telephone follow-up intervention for self-efficacy, quality of life and compliance level based on Roy Adaptation Model" and follow-up work. This permission extends to all educational, practice and research endeavors. It omits any permission for proprietary purposes.

I wish you well in your studies and continuing contributions to nursing.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Callista Roy".

Sr. Callista Roy, PhD, RN, FAAN  
Professor and Nurse Theorist

CUSHING HALL, 140 COMMONWEALTH AVENUE, CHESTNUT HILL, MASSACHUSETTS 02467-3812

TEL: 617-552-4250 FAX: 617-552-0745 WEB: [www.bc.edu/nursing](http://www.bc.edu/nursing)

# KALP KRİZİ (MİYOKARD ENFARKTÜSÜ) EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Selma TURAN KAVRADIM

Danışman: Prof. Dr. Zeynep ÖZER

**Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi**

Bu kitapçık “Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Roy Uyum Modeline Temellendirilmiş Eğitimin ve Telefonla İzlemin Yaşam Kalitesi, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisi” başlıklı tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.

### **Teşekkür**

*Bu kitapçığın hazırlanmasının her aşamasında yanımda ve bana destek olan çok değerli danışman hocam Prof. Dr. Zeynep ÖZER'ensuz teşekkür ederim. Ayrıca Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.*

## İÇİNDEKİLER

<i>Kalbiniz.....</i>	<i>5</i>
<i>İlaç Kullanımı.....</i>	<i>10</i>
<i>Sağlıklı Beslenme.....</i>	<i>13</i>
<i>Aktif Yaşam ve Egzersiz.....</i>	<i>18</i>
<i>Cinsel Yaşam.....</i>	<i>22</i>
<i>Sigara ve Alkol Kullanımı.....</i>	<i>23</i>
<i>Duygularınız ve Başetme.....</i>	<i>24</i>
<i>Kardiyolojide Kullanılan Tetkikler.....</i>	<i>26</i>





Kalp hastalıkları tıbbi tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri gerektiren önemli bir sağlık sorunudur. Kalp krizi sonrası yaşam biçiminizde çeşitli değişiklikler yapmanız önerilmektedir. Bu kitapçık kalp krizi sonrası sizlerin ihtiyacı olan temel bilgileri içerecek şekilde güncel ve kanıta dayalı bilgiler ışığında hazırlanmıştır. Hedefimiz kalp krizi sonrası tedavinize ve önerilen yaşam biçimine uyumunuzun artmasıdır. Tedaviye uyumunuzda sizin katılımızın çok önemli olduğunu unutmayınız.



*"Her nerede olursan ol, o her zaman için başlangıç noktasıdır. Hayat bu yüzden böylesine güzel, böylesine genç, böylesine tazedir."*

*Osho*

## TABURCULUK PLANI

### Akdeniz Üniversitesi Hastanesi

<b>Kardiyoloji Poliklinik Randevuları</b> Telefon: 0242 249 60 60-0242 249 68 00	<b>Özel Muayene Randevuları</b> Telefon: 0242 249 68 68
---	--

- Poliklinikten istenilen tarihe randevunuzu alınız.
- Taburculuk notu ve ilaçlarınızın isimlerini yanınızda getiriniz.

## SAĞLIKLI SEÇİMLER

♥ Siz, kendiniz ve aileniz için **önemlisiniz...**

♥ *Biraz harekete geçmeniz **gerekli...***

♥ *Artık **karar vermeniz** gerekiyor...*

♥ *Önce neler yapabileceğinizi **bilmelisiniz...***

♥ *Ailenizin-çevrenizin **desteğine ihtiyacınız** olacak...*

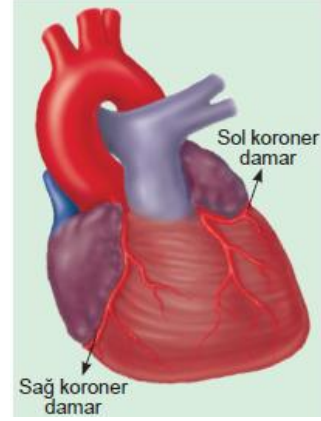
♥ *Sağlıklı **seçimler** yapmanız ve bunu sürdürmeniz gerekecek...*

- Hayat boyu süren alışkanlıkların değiştirilmesi **zaman alabilir.**
- Sağlıklı yaşam için yapılması gerekenleri bilmek ve uygulamak gerekir.
- Bilmediğiniz şeyle mücadele etme ve başa çıkmada zorlanabilirsiniz.
- Durumu öğrenmek için lütfen **çaba sarfedin.**
- Kalp krizi sonrası sadece bedeniniz değil; benliğiniz, rolleriniz ve ilişkileriniz de etkilenebilir.
- **Duyularınız, hissettikleriniz gerçek...**
- Sorunlarla mücadele etmenizde sağlık personeli **ekip** olarak sizlere yardımcı olmaya hazır...

- Düzenli İlaç Kullanımı
  - Fiziksel Egzersiz
  - Sağlıklı Beslenme
- Düzenli Kontrol kalp sağlığınız açısından önemlidir.

## Kalbiniz

Kalbiniz kaslardan oluşmuş güçlü bir pompadır. Her gün yaklaşık 1500 litre kanı vücudunuza pompalar. Kalp kasının görevini yerine getirebilmesi için, uygun miktarda kan alması gerekmektedir.



### Koroner Damar Hastalıkları

♥ Koroner damar hastalıkları günümüzde en sık görülen kalp hastalığıdır.

♥ Koroner damar hastalığı, kalp damarlarının ciddi daralması, bazen tıkanması sonucu şikayet oluşturur.

♥ Damarların daralması veya tıkanması durumunda, kalp yeteri kadar beslenemez, oksijensiz ve besinsiz kalır.

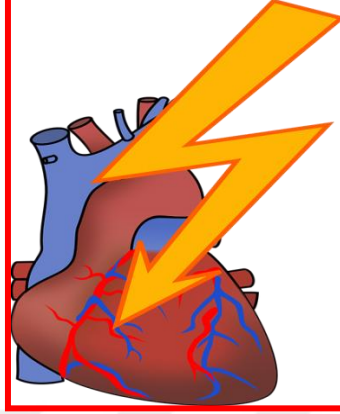
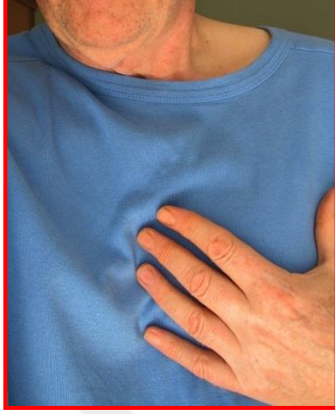
♥ Bu durumda göğüs ağrısı veya ani gelişen tam tıkanma kalp krizine neden olur.

### Kalp Krizi (Enfarktüs) Ne demektir?

♥ Kalp krizi, kalbi besleyen damarların genellikle bir pıhtı ile tıkanması sonucu oluşur.

♥ Erken dönemde tıkanan damar açılmazsa bu damarların beslediği kalp kası oksijensiz kalacağından zarar görebilir.

## Kalp Krizi (Enfarktüs) Tedavisi

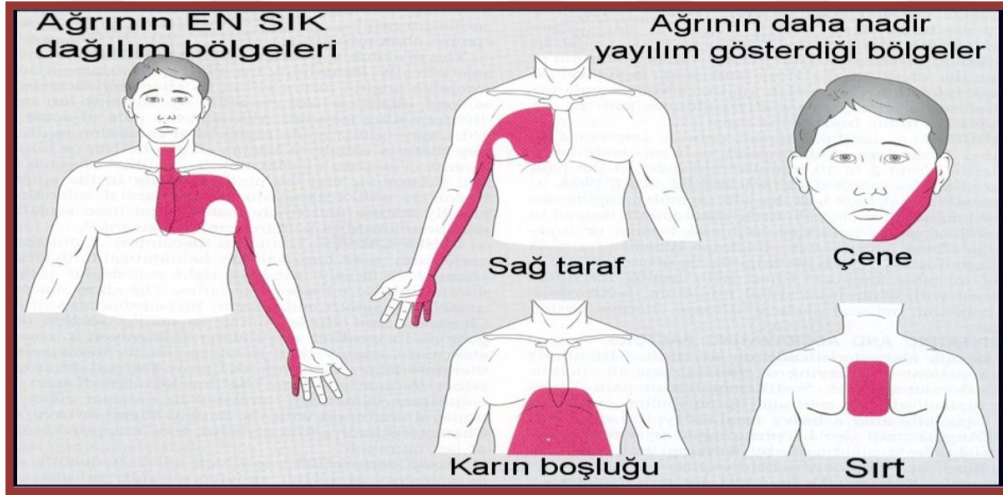


- ♥ Tıkanmış olan damarın erken zamanda yapılacak girişimlerle yeniden açılması halinde kalp krizleri, kalp kasına zarar vermeden atlatılabilir.
- ♥ Şikayetlerin başlangıcı ile tedavi arasındaki süre 12 saatten az olan ve ilacın kullanımı uygun görülen hastalarda “pıhtı çözücü” (fibrinolizis) tedavi başlatılabilir.
- ♥ Bir diğer tedavi yöntemi anjio laboratuvarında tıkalı olan kalp damarının stent yerleştirilerek açılmasıdır. Böylece kalp kasının zarar görmesi önlenir.
- ♥ Damarın stent ile açılması mümkün değilse, koroner bypass ameliyatı ile kalp kasında hasar oluşması önlenir.

## Kalp Krizi Belirtileri

- ♥ Göğüs ağrısı (10-20 dakika veya daha uzun süren)
- ♥ Göğüs ağrısı basıcı, sıkıştırıcı tarzda, kola ve boyuna yayılabilir
- ♥ Hazımsızlık, yanma hissi
- ♥ Bulantı, kusma ve terleme
- ♥ Özellikle yaşlılarda solunum sıkıntısı, bayılma, fenalık hissi

### AĞRININ YAYILDIĞI BÖLGELER



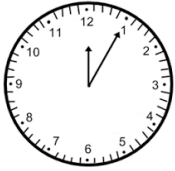
- ♥ Kalp krizindeki göğüs ağrısına, dil altı tablete (nitrogliserine) rağmen yanıt alınmaz.
- ♥ Tüm bireylerde belirtilerin farklı olabileceği, hafif, orta veya şiddetli olabileceği, yavaş ya da ani başlayabileceği unutulmamalıdır.
- ♥ Kadınlar, şeker hastalığı olanlar ve yaşlı hastalarda bu belirtiler daha az belirgin olabilir. Bu kişilerde tipik bir göğüs rahatsızlığı olmayabilir, nefes darlığına da çok yorgun hissetme görülebilir.

## Göğüs Ağrısı Durumunda Yapılması Gerekenler



- ♥ Ne yapıyorsanız bırakın, oturun veya uzanın, dinlenin.
- ♥ Göğüs ağrısı için doktorunuzun verdiği dil altı tabletiniz (İsordil 5 mg ) varsa kullanın.
- ♥ İlacı aldıktan sonra hafif baş ağrısı, tansiyonda ani düşme, deride kızarıklık ve terleme yaşayabilirsiniz.

### 5 DAKİKA BEKLEYİN



- ♥ Eğer göğüs ağrısı devam ediyorsa
- ♥ Tekrar bir dil altı tableti (İsordil 5 mg ) kullanın.

### 5 DAKİKA BEKLEYİN



- ♥ Eğer göğüs ağrısı devam ediyorsa veya artarak devam ediyorsa
- ♥ Tekrar bir dil altı (İsordil 5 mg ) tableti kullanın.

**Eğer göğüs ağrınız hala devam ediyorsa...**

**Hızlı davranmak önemli!!! Kalp krizinde her dakika öneme sahiptir**

- Kendiniz **araba kullanmayın**. Derhal 112'yi arayın  
ya da
- Bir yakınınızın sizi hastaneye götürmesini isteyin.

- ♥ Eğer elinizde **ASPIRİN** varsa 1  
tablet **çiğneyin**  
(300 mg)



## Risk Faktörlerinizi Belirleyin

- ♥ Kalp hastalığınız ile ilgili risk faktörleriniz neler?

### Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- ♥ **Aile Öyküsü:** Birinci dereceden akrabalarınızda (anne-baba, kardeş) görülen kalp hastalığı sizin için risk teşkil etmektedir. Siz de şu an 60 yaşın altında iseniz, sizin çocuklarınız da kalp hastalıkları açısından risk altındadır.
- ♥ **Cinsiyet:** Erkek cinsiyet kadınlara göre kalp hastalığı açısından daha risklidir. Kadınlarda menapozdan sonra kalp hastalığı gelişme riski fazladır.
- ♥ **Yaş:** Yaş ilerledikçe kalp hastalığı gelişme riski artar. 50 yaşın üzerinde olan erkekler ve 60 yaşın üzerinde olan kadınlarda risk artmaktadır.



### Değiştirebileceğiniz Risk Faktörleri

- ♥ Sigara içme
- ♥ Yüksek tansiyon (kan basıncının 140/90 mmHg' in üzerinde olması)
- ♥ Kan kolesterolü ve trigliseridlerin yüksekliği
- ♥ Şeker hastalığı (diyabet)
- ♥ Şişmanlık
- ♥ Stresle baş edememe
- ♥ Fazla alkol tüketimi
- ♥ Hareketsiz yaşam

**Harekete Geçme Zamanı !!!**

## İLAC KULLANIMI

Kalp krizinden sonra reçete edilen ilaçlar;

- ♥ Göğüs ağrınızda azalma
- ♥ Damarlarındaki plak ilerlemesini azaltma
- ♥ Kalbinizin oksijenlenmesini arttırma
- ♥ Yüksek kolesterolünüzü düşürme
- ♥ Tansiyonunuzu düşürme
- ♥ Damarlarınızda pıhtılaşmayı önleyen türde ilaçlar olacaktır.

### İlaç Kullanım İlkeleri

- Her ilacın ne amaçla alındığını, adını, dozunu öğrenin.
- İlaçların alınması için düzenli bir rutin belirleyin. (Yemek zamanı ya da yatma zamanı gibi)
- Doz atlamayın, unutursanız sonraki öğün çift doz **almayın.**
- Günlük ilaç alımı için bir hap kutusu kullanın.
- Yan etkiler oluşursa doktorunuza bildirin.
- İlaçlarınızı doktor önerisi olmadan **arttırmayın, azaltmayın, bırakmayın.**
- Kullandığınız tüm ilaçları ve bitkisel takviyeleri doktorunuzla paylaşın.
- İlaçlarınızla birlikte greyfurt almayın, ilaçlarınızın etkisini değiştirebilir.



## İLAÇ KULLANIRKEN DİKKAT ETMENİZ GEREKENLER

♥ **Beta-Blokerler:**Bu grup ilaçlar yüksek kanbasıncı ve kalp hızını azaltarak,kalbin yükünü azaltır. Kalbin daha etkili kan pompalamasını sağlar (Beloc, Lopresor, Problok, Saneloc, Meprolol).

### Dikkat Edilmesi Gerekenler

♥ Bitkinlik, kalp atışlarında azalma, tansiyonda düşme, kan şekerinin düşmesi gibi yan etkiler görülebilir.

♥ Haftada 2- 3 kez tansiyonun ölçülmesi yararlı olacaktır.

♥ Tansiyon çok düşmüşse, nabız dakikada60'ın altında ise doktora bildirilmesi gerekir.

♥ **Antitrombotikler-Antikoagülan-Antiagregan ilaçlar:**Damarlarınızda kan pıhtılarının oluşmasını engellemek için kullanılan kan inceltici ilaçlardır.Bu tür ilaçlar damarların açık tutulmasına yardımcı olur (Coraspin, Ecoprin, Plavix, Brilanta, Planor).

### Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Bu tür ilaçlar kanama riskini artırır.
- Diş tedavisi, ameliyat gibi girişimlerden önce mutlaka girişim yapan doktora bu tür ilaçların kullanıldığı söylenmelidir.
- Sert diş fırçası kullanılmamalı, düşme ve kesiklerden korunmalı, elektrikli tıraş makinesi kullanılmalıdır.

♥ **ACE inhibitörleri:**Bu ilaçlar vücutta üretilen ve damarların daralmasına neden olan maddenin üretimini sınırlar (Coversly, Delix, Enapril, İnhibace, Kaptoril, Monopril, Race, Rilace, Zaprotec).

### Dikkat Edilmesi Gerekenler

♥ Uzun süre ayakta durulmaması ve haftada 2-3 kez tansiyonun ölçülmesi yararlı olacaktır.

## İLAÇ KULLANIRKEN DİKKAT ETMENİZ GEREKENLER

- ♥ **Statinler:** Damarlarınızda kolesterolün yükselmesini engeller. Kötü kolesterolü (LDL) düşürmede etkilidir (Lipitor, Ator, Kolestor, Tarden, Zocor, Pravachol, Rosucor, Crestor, Colnar, Ultrox).



### Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Kas ağrısı veya güçsüzlük, eklem ağrısı gibi yan etkiler görülebilir.
- **Kalsiyum Kanal Blokerleri:** Damarların gevşemesini sağlar. Böylece kalbi besleyen damarların kan akımını arttırarak, göğüs ağrısının hafiflemesini sağlar (Adalat, Diltizem, İsoptin, Lercadip, Monovas, Nipidol, Norvasc, Vosocard).

### Dikkat Edilmesi Gerekenler

- ♥ Kalp atışlarında azalma, ritim bozukluğu, kabızlık gibi yan etkiler görülebilir.
- ♥ Haftada 2-3 kez tansiyonun ölçülmesi yararlı olacaktır.

- **Nitratlar:** Bu ilaçlar kan damarlarını genişletir. Kan basıncının düşmesini ve kalbin iş yükünün azalmasını sağlar. Göğüs ağrısını azaltarak veya durdurarak egzersiz toleransını arttırır (İsordil, Monoket, Monodur, Monolong).

\*\* Ne kadar sıklıkla göğüs ağrısı yaşadığınızı doktorunuzla paylaşın, ilaçlarınızda değişiklik yapılması gerekebilir.

### Dikkat Edilmesi Gerekenler

- ♥ Baş ağrısı, baş dönmesi, ateş basması, tansiyonda düşme, çarpıntı gibi yan etkiler görülebilir.

## SAĞLIKLI BESLENME



Fazla kilonun azaltılması



Tansiyonun



Kolesterol seviyesinin



Kan şekerinin

kontrol altına alınmasını sağlar.

### Fazla Kilonun Azaltılması ve Önlenmesi

- İdeal vücut kitle indeksi **18.5–24.9 kg/m<sup>2</sup>** aralığında olmalıdır.
- Obez ve kilolu kişilerde tansiyon ve kolesterolün düşürülmesi, kan şekerinin dengelenmesi amacıyla kilo verilmesi önerilir.
- Göbek çevresinde olan obezite, kalp damar hastalık riskini artırır.
- Bu yüzden bel çevresi **erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm'den fazla** olduğunda kilo verilmesi önerilir.

### Tansiyonun Kontrol Altına Alınması

- ♥ Kan basıncı yüksek olduğunda, kalp daha fazla çalışmak zorunda kalır ve kalp damarlara kan pompalamada zorlanır.
- ♥ Ayrıca yüksek kan basıncı, damarların yüzeyinde plak oluşturacak zemini hazırlayarak damarlara zarar verebilir.
- ♥ İlaçlarınızı kullanma, kilo verme, tuzdan kısıtlı yeme ve düzenli egzersiz yapma kan basıncının düşmesine yardımcı olur.
- ♥ ***Kan basıncınızı düzenli olarak haftada en az bir-iki kez kontrol ediniz.***

## Kolesterol Seviyesinin Kontrol Altına Alınması

- ♥ Kolesterol düzeyi, vücudun fazla kolesterol yapması veya çok fazla doymuş yağ ve transyağ alınması durumunda artmaktadır.
- ♥ Kolesterol damarlarda yağlı plakların artmasına ve damarların sertleşmesine neden olur. Bu plaklar damarları daraltarak kan akımını zorlaştırır.
- ♥ Kolesterolü düşürmede yeme alışkanlıklarınızı değiştirmeniz, kilo vermeniz ve önerilen ilaçları kullanmanız gerekir.

## Kolesterol Seviyesinin Kontrol Altına Alınması

<b>Trigliserid</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♥ Yüksek trigliserid düzeyi damarlarda plaklanmayı artırır.</li><li>♥ Trigliserid düzeyi <b>150 mg/dl'nin altında</b> olmalıdır.</li></ul>
<b>LDL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♥ Kötü kolesteroldür.</li><li>♥ Karaciğerde yapılır.</li><li>♥ Damarlarda plaklanmayı artırır.</li><li>♥ LDL düzeyi <b>70 mg/dl altında</b> olmalıdır.</li></ul>
<b>HDL</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>♥ İyi kolesteroldür.</li><li>♥ Damarlarda yağlı plakların gelişimini önler.</li><li>♥ Kandaki fazla kolesterolün karaciğere taşınmasını sağlar.</li><li>♥ Bayanlarda HDL düzeyi <b>45 mg/dl'nin üstünde</b>, erkeklerde <b>40 mg/dl'nin üstünde</b> olmalıdır.</li></ul>

## Kan Şekerinin Kontrol Altına Alınması

- ♥ Normal açlık kan şekerinin **100 mg/dL'dan daha az olması** gerekir.
- ♥ Eğer diyabet varsa, üç aylık kan şekeri düzeyi (**HbA1c**) **%6.5'un** altında olmalıdır.
- ♥ Eğer diyabet yeteri kadar kontrol edilemezse, damarlarda plak oluşmasına neden olabilir.
- ♥ Kan şekeri düzeyiniz iyi bir diyet, kilo verme, fiziksel egzersiz ve ilaç ile kontrol edilebilir.
- ♥ Diyabetiniz varsa kan şekeri düzeyinizi doktorunuzun önerdiği şekilde düzenli olarak izleyiniz.

## Tüm Aile Üyeleri İçin Sağlıklı Beslenme Önerileri

### İhtiyaç duyduğunuzda diyetisyenle işbirliği kurun.

- ♥ Akdeniz diyeti(yüksek meyve, sebze, balık ve zeytinyağı) ağırlıklı beslenin. Kalori alımını azaltın.
- ♥ **Pişirme Yöntemleri:** Uygun pişirme yöntemlerini seçin (buğulama-haşlama). Kızartmadan kaçının.
- ♥ **Yağ:** Beslenmenizde yağı azaltın. Kuzu, koyun eti yerine daha az yağlı dana eti ve tavuk eti tercih edin. Süt ve süt ürünlerinin (peynir, yoğurt) az yağlı veya yağsız olanlarını tercih edin. Hayvansal ve katı yağların yerine bitkisel sıvı yağları (zeytinyağı, kanola, soya, fındık yağı vb.) tercih edin.

## SAĞLIKLI BESLENME ÖNERİLERİ

- ♥ **Kolesterol:** Kolesterolü sınırlayın. Doymuş yağ içeren gıdalar "sosis ve yağlı et, süt ürünleri (tam yağlı süt, tereyağı, krema ve peynir), işlenmiş gıdalar (cips, pasta, börek vhamur işleri), hindistan cevizi ve palmiye yağı içeren gıdalar" kolesterolü arttırabilir.
- ♥ **Omega-3:** Omega 3, kan trigliserit düzeyini düşürmektedir. Soğuk sularda yaşayan uskumru, alabalık, sardalyevetaze ton balığı gibi balıklar omega 3 açısından zengindir. **Haftada en az iki kez balık** tüketin. Ayrıca omega-3 keten tohumu ve yağında, kanola yağında, soya yağında, ceviz ve fındıkta bulunur.
- ♥ **Posa-Lif Alımı:** Posa-lif tüketiminizi arttırın. Tam buğday ürünleri (kepekli-yulafli tahıllar), kuru baklagiller, meyve ve sebze tüketin.
- ♥ **Günlük Tuz Alımı:** Günlük tuz alımınızı sınırlayın. Günlük 2000 mg/gün sodyum önerilir.Yarım çay kaşığı tuz 1200 mg sodyuma eşdeğerdir. Salamura besinlerde (yaprak, konserve, zeytin, turşu, peynir gibi) tuz içeriği oldukça fazladır.
- ♥ **Şeker Alımı:** Şekerli yiyecek ve içecek alımı trigliserid düzeyini yükseltir. Düşük kalorili, şeker oranı az olan yiyecek ve içecekleri tercih edin. Bal, reçel, şekerli içecekler, pasta, kek, kurabiye alımını sınırlayın. Ağır hamur tatlıları yerine sütlü olanları tercih edin.
- ♥ **Meyve ve Sebze Tüketimi:**Vitamin ve mineral içeriği zengin olduğundan, daha fazla meyve ve sebze tüketin. Günlük 200 gr meyve (2-3 porsiyon) ve sebze (2-3 porsiyon) tüketin.
- ♥ **Kafein:** Kafein ritim bozuklukları, kan basıncının artması, kolesterolün yükselmesi ve koroner kalp hastalığı riskinizin artmasında etkilidir. Günde 1 fincandan fazla kahve içmeyiniz. Çay, çikolata, kola ve enerji içecekleri de kafein içermektedir. Günde 100-200 mg'dan fazla kafein almayınız.

## SAĞLIKLI BESLENME ÖNERİLERİ

### DİKKAT!!!

Bu besinleri tüketmekten kaçının

- ♥ Sakatatlar (karaciğer, beyin, böbrek, işkembe, dil vb)
- ♥ Kabuklu deniz hayvanları (karides, midye, kalamar vb)
- ♥ Tam yağlı etler, sucuk, salam, sosis, pastırma, tavuk ve hindi derisi
- ♥ Yağlı gıdalar (kaymak, krema, mayonez, çikolata ve yağlı soslar)
- ♥ Yağda kızartma ve kavurmalar
- ♥ İçeriği bilinmeyen hazır ve dondurulmuş gıdalar
- ♥ Alkollü içkiler, hazır meyve suları, meşrubatlar
- ♥ Tereyağı, kuyruk yağı, içyağı, margarin yağı
- ♥ Çorba ve diğer yemeklerinizde lezzet verici olarak kullandığınız et suyu veya tavuk suyu tabletleri.

- ♥ Özellikle hazır gıdalar ve kızartılmış gıdalarda bulunan trans yağlar damarlarda yağlı plak oluşumuna neden olmaktadır.

## AKTİF YAŞAM ve EGZERSİZ

**Egzersiz:** Kalbin daha verimli çalışmasına yardımcı olur, dayanıklılık ve esnekliği artırır.

### *Egzersiz;*

- ♥ Fazla kilonun azaltılması ve önlenmesi
- ♥ Tansiyonun azalması
- ♥ Kolesterol seviyesinin azalması
- ♥ Kan şekerinin kontrol altına alınması
- ♥ Stresin azalması açısından önemlidir.

Tekrarlayan kardiyak olaylar fiziksel olarak **en az aktif olunan zamanda** veya **önerilen egzersizden daha fazlası yapıldığında** görülmektedir.

- ♥ Yürümek en yaygın bilinen ve tercih edilen egzersizdir.
- ♥ Ayrıca yüzme ve bisiklete binme de tercih edilebilir.
- ♥ **Kalp sağlığınız için koşmayın, yürüyün.**

- ♥ Aile üyeleriniz ile birlikte egzersiz yapmak motivasyonuzu arttırabilir.
- ♥ Soğuk havalarda egzersizden kaçınmın. **Soğuk hava, damarlarınızı daraltarak göğüs ağrısını arttırabilir.** Kötü havalarda yürüme bandı tercih edilebilir.



## NE KADAR EGZERSİZ YAPILMALI

Hafta	En az Süre (dakika)	Hızı
1. hafta	5-10	Yavaş yavaş gezinmek
2. hafta	10-15	Rahatça gezinme
3. hafta	15-20	Rahatça gezinme
4. hafta	20-25	Rahat/Büyük adımlarla
5. hafta	25-30	Rahat/Büyük adımlarla
6. hafta	30	Rahat/Büyük adımlarla

♥ Her hafta %10-20 oranında birkaç dakika ya da uzunluk olarak yavaş yavaş süreyi arttırın.

♥ Düzenli olarak, haftada en az 3 gün,tercihen hergün

♥ **30 dakika**, orta yoğunlukta egzersiz yapın.

♥ 30 dakikayı ikiye bölerek günde iki kez 15'er dakika da tercih edilebilir.

Aktivite	Süre (her bireyin farklı olduğunu unutmayınız) !
Yüzme	3-4 hafta sonra kademeli
Araba kullanma	Doktor önerisiyle 2 hafta sonra
İşe başlama	Doktor önerisiyle ortalama 2-3 hafta sonra
Ağır kaldırma	İlk 2 hafta için 2 kilodan fazla olmamalı Yavaşça arttırılabilir.

## EGZERSİZLE İLGİLİ BASİT ÖNERİLER

### DİKKAT!!!

- ♥ Egzersiz yapmadan önce egzersiz kapasiteniz ve egzersizle ilişkili risklerinizin değerlendirilmesi gerekmektedir.
- ♥ Egzersiz ile ilgili sağlık personelinden danışmanlık alınız.

- ♥ Aniden durmak veya hızlı bir şekilde egzersize başlamak kalpte aşırı strese neden olabilir.

### *Sadece Yürüyüş Yeterli mi, Başka Neler Yapılabilir?*

- ♥ Uzaktan kumandadan kurtulun
- ♥ Asansör yerine merdiven kullanın
- ♥ Arabanızı uzağa park edin
- ♥ Otobüsten bir iki durak önce inin
- ♥ Çocuklarınızla, torunlarınızla oynayın
- ♥ Bahçe ve ev işleri ile ilgilenin
- ♥ Televizyon izlerken ev işi yapın
- ♥ Arabanızı kendiniz yıkayın.

### **Park alanı içerisinde bulunan spor aletlerini kullanırken; sakatlık ve yaralanmalardan korunmak için**

- ♥ Isınma hareketlerinin yapılması
- ♥ Uygun ayakkabı tercihi yapılması
- ♥ Spor aletlerinin hangi vücut bölgesini çalıştırdığına dair bilgi sahibi olunması gerekmektedir.

## EGZERSİZLE İLGİLİ ÖNERİLER

### Egzersiz yaparken şunları yaptığınızdan emin olun...

- ♥ Egzersiz öncesi rahat giysiler ve ayakkabılar giyin
- ♥ İnce kıyafetler tercih edin
- ♥ Duruşunuza dikkat edin. Rahat, doğal bir adım uzunluğunu seçin
- ♥ Rahat hissettiğiniz kısa mesafelerle başlayın (belki 5-10 dakika)
- ♥ Egzersizin ilkbirkaç dakikasında kolay bir tempoda yürüyün
- ♥ Derin nefes alın, yavaş yavaş hızınızı arttırın

### Egzersiz yaparken şunları yapmaktan kaçının...

- ♥ Yemeğin hemen ardından egzersiz yapmayın
- ♥ Kendinizi iyi hissetmiyorsanız egzersiz yapmayın
- ♥ Egzersiz yaparken çok hırslı-rekabetçi olmayın
- ♥ Egzersiz yaparken ağır şeyleri kaldırmayın veya itmeyin
- ♥ Trafikkazalarını önlemek için duymanızı zorlaştıracak kulaklıklardan kaçının

### DİKKAT!!!

- ♥ Egzersiz yaparken göğüs ağrısı
- ♥ Nefes almada zorlanma
- ♥ Düzensiz nabız yada rahatsızlık
- ♥ Sersemlik, baş dönmesi, soğuk terleme, bilinç bulanıklığı
- ♥ Egzersizden hemen sonra görülen bulantı ve kusma yaşarsanız

**Egzersizi Sonlandırın ve Acil Yardım Çağırın!!!**

## CİNSEL YAŞAM

- ♥ Cinsel aktivite kalp hızı ile tansiyonu yükseltebilir, göğüs ağrısını tetikleyebilir.
- ♥ Cinsel aktivite 2 kat merdiven inip çıkmakla eşdeğerdir.
- ♥ Eğer nefes darlığı veya göğüs ağrısı olmadan iki kat merdiveni inip çıkabiliyorsanız, cinsel aktivite uygundur.

- ♥ Hafif veya orta düzey egzersiz sırasında kardiyak sorunlar yaşamıyorsanız, komplike olmayan kalp krizinden 3-4 hafta sonra cinsel aktivite uygundur.
- ♥ Düzensiz göğüs ağrısı olanlar, durumları düzenle hale gelene kadar cinsel aktiviteyi ertelemelidir.
- ♥ Cinsel aktivite sırasında yaşanan göğüs ağrısı için doktor önerisine göre dil altı ilaç (nitrogliserin) kullanılabilir.

## SİGARA ve ALKOL KULLANIMI

♥ Sigara içmeniz durumunda kardiyak olayın tekrarlama riski %50'dir.

### Sigara;

- ♥ Koroner damarların daralmasına
- ♥ Kan basıncının yükselmesine
- ♥ Damar yüzeyinin zarar görmesine
- ♥ Kanın koyulaşmasına ve pıhtı oluşumunun artmasına
- ♥ HDL (iyi)kolesterolün düşmesine
- ♥ Anormal kalp ritimlerine neden olabilir.

♥ Sigarayı bırakmanız durumunda kalp damar hastalık riskiniz azalır.

- ♥ Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı

### Sigara Bırakma Poliklinikleri

- ♥ Akdeniz Üniversitesi Hastanesi: 0242 249 80 00
- ♥ Ketem: 0242 325 38 36
- ♥ Atatürk Devlet Hastanesi: 0242 335 09 66
- ♥ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 0242 249 44 00-3838

## ALKOL ALIMI

- ♥ Alkolkanda trigliserid düzeyini artırabilir.
- ♥ Tansiyonun yükselmesi
- ♥ Yüksek enerji alımı
- ♥ Obezite ve diyabete neden olabilir
- ♥ Tüketim erkeklerde **günlük 2 kadeh** (20 gr/gün alkol) ve gebe olmayan kadınlarda **günlük 1 kadeh** (10 gr/gün alkol) ile sınırlandırılmalıdır.

## DUYGULARINIZ VE BAŞETME

- ♥ Hastalığınız sonrası yalnızlık, korku, belirsizlik, stres gibi farklı duygular hissedebilirsiniz. Bu duyguların çoğunu kalp hastası olanlar yaygın olarak yaşamaktadır.
- ♥ Duygularınız, sizi olumlu veya olumsuz etkileyebilir. Duygularınız iyileşmenizde ve gelecek kardiyak olay riskinizde etkilidir.
- ♥ Sağlık durumunuzu nasıl yöneteceğinizi bilerseniz bu duygularınız zamanla azalacaktır...

*"Bir şeyler değiştirmek isteyen insan, önce kendinden başlamalıdır."*

*Sokrates*

**Her ortamda derin nefes alıp vererek rahatlayabilirsiniz.**

- ♥ Ayaklarınız yerde, elleriniz kucağınızda olacak biçimde rahat bir pozisyonda oturun veya uzanın. Gözlerinizi kapatın.
- ♥ Kendinizi huzurlu bir yerde düşünün. Kumsalda, dağda ya da bulutların üzerinde uçarmış gibi. Bu manzarayı aklınızda tutun.



- ♥ Önce derin bir nefes alın. İyi bir nefes ağır ve derin olmalıdır.

- ♥ Her gün en az 5-10 dakika derin nefes alma yada başka bir rahatlama egzersizini uygulamaya çaba gösterin.
- ♥ Rahatlamak için meditasyon, nefes alma, kas gevşeme teknikleri, hayal kurma, müzik dinleme, aromaterapi, grup görüşmeleri (akran desteği) gibi yöntemleri de kullanabilirsiniz.

### **Pozitif Kendi Kendine Konuşma:**

- ♥ Evde, arabada, işte ya da ne zaman negatif düşünceler hissederseniz pozitif kendi kendine konuşma pratiği yapın.
- ♥ “Bunu başarabilirim, daha iyi hissettiğimde bu durumla ilgilenebilirim, ihtiyaç duyarsam yardım alabilirim”

- ♥ Konuşmadan önce 10'a kadar sayın. 3-5 kez derin nefes alın
- ♥ Stresli durumdan uzaklaşın ve daha sonra ilgileneceğinizi söyleyin
- ♥ Yürüyüşe çıkın
- ♥ Hata yaparsanız özür dilemekten korkmayın
- ♥ Büyük problemleri bölerek çözün. Her şeyi bir anda çözmeye kalkmayın
- ♥ Trafikte sakın kalabilmek için yavaş şeritte araba sürün
- ♥ Çiçek koklayın, sevdiğiniz birini kucaklayın, hayvan sevin, insanlara gülümseyin

## KARDİYOLOJİDE KULLANILAN TETKİKLER



**ELEKTROKARDİYOĞRAFI (EKG)**



**EKOKARDİYOĞRAFI (EKO)**



**EFOR TESTİ**



**BT KORONER ANJİOGRAFI**



**KORONER ANJİYOĞRAFI**



**EKG**

**EKO**



**EFOR TESTİ**

**BT KORONER ANJİOGRAFI**



## ELEKTROKARDİYOĞRAFI (EKG)

- ♥ Kalbin işlevinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemlerden biridir.
- ♥ Doğrudan doğruya kalp kasının kasılma şeklini gösterir.
- ♥ EKG ile kalbin ritim ve iletim bozuklukları belirlenebilir.
- ♥ Test öncesi hazırlığa gerek yoktur.
- ♥ İşlem süresi yaklaşık 5 dakikadır.

## EKOKARDİYOĞRAFI (EKO)

- ♥ Ekokardiyografi, kalbin ses dalgaları yolu ile içyapısının ve işlevlerinin incelenmesidir.
- ♥ Hasta sol yan tarafa yatırılır.
- ♥ Jel sürülür ve göğüs duvarının değişik bölgelerinden inceleme yapılır.
- ♥ Kalp kapakçıkları, büyük damarların kesitleri ekranda görülür.
- ♥ Genellikle inceleme 15 dakikada tamamlanır.
- ♥ Ağrısız bir işlemdir ve yan etkisi yoktur.
- ♥ Sonuçlar, testi yapan doktor tarafından değerlendirilir.

## EFOR TESTİ

- ♥ Belli kriterlerde egzersiz yaptırılarak kalp iş yükünün arttırılması ve kalp kasının beslenmesinde bir sorunun varlığının araştırılmasıdır.

### Efor testi öncesi ne yapmanız gerekir?

- ♥ En az iki saat öncesinden itibaren hiçbir şey yenilmemeli
- ♥ Bu süre içerisinde sigara içilmemeli
- ♥ Sürekli kullandığınız ilaçları içip içmeyeceğiniz konusunda doktorunuza danışılmalı
- ♥ Mutlaka rahat kıyafetler giyilmeli. Test günü yanınızda eşofman veya şort ve spor ayakkabı getirilmeli

- ♥ Günlük kıyafetinizle efor testi gerekiyorsa, lastik tabanlı ve alçak topuklu bir ayakkabı ve rahat pantolon giyilmesi uygun olacaktır.

### **Efor testi sırasında ne yapmanız gerekir?**

- ♥ Egzersiz sırasında herhangi bir yakınmanız (göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi, çarpıntı, bacak ağrısı, yorgunluk vb.) ortaya çıkarsa ekibi bilgilendiriniz.
- ♥ Testin egzersiz bölümü hedef kalp hızına ulaşmanız, yorulmanız veya devam etmenizi önleyecek şikayetlerinizin ortaya çıkması halinde sonlandırılır.
- ♥ Bu dönemde asgari beş dakika süreyle ritim takibi, EKG ve kan basıncı kaydı yapılır ve işlem sonlandırılır.

## **BT KORONER ANJİOGRAFİ**

- ♥ Hasta uyanıkken yapılır. İşlem sırasında kol toplardamarına opak bir madde verilir ve bu ilaç kalbe ulaştığında birkaç saniyelik görüntü alınır.
- ♥ İşlem hızlı ve kolaydır.
- ♥ Stenti olan hastaların gerektiğinde kontrol tetkiki amacıyla da kullanılmaktadır.
- ♥ Sonrasında hastalar her hangi bir kısıtlama olmadan günlük hayata devam edebilirler.
- ♥ Ancak kontrast maddeyi bir an önce atabilmek için bol miktarda su ya da içecek tüketmeleri istenir.

## KORONER ANJİYOGRAFİ

- ♥ Koroner anjiyografi, kalp damarları (koroner arter) içine özel bir ilaç verilip röntgenışınları kullanılarak çoğunlukla sağ kasık atardamarından (bazen kol) katater ile girilerek görüntülerin alınması işlemidir.
- ♥ İşlem için hastanın uyutulmasına gerek yoktur. İşlem süresince hasta uyanıktır ve konuşabilir.
- ♥ İşlem ortalama 15-20 dakika sürer. İşlemden sonra kasiğa yerleştirilen plastik kılıf çıkarılır ve buradan kanama olmaması için 4-5 saat süreyle bu bölgeye bir ağırlık konur ya da basınçlı flaster yapıştırılır.
- ♥ Bu süre boyunca hasta yatakta yatar. Daha sonra gerekli kontroller yapıldıktan sonra hasta kalkabilir ve dolaşabilir.

### Anjio Sonrası Nelere Dikkat Etmelisiniz?

- ♥ 24 saat işlemin yapıldığı bölgeyi zorlamayınız.
- ♥ 24 saat sonra işlem yerindeki bandı çıkarabilir, banyo yapabilirsiniz.
- ♥ Çok sıcak ve soğuk su baş dönmesi ve göğüs ağrısına sebep olabilir.
- ♥ Girişim yerinde, bazen kanın deri altına sızması nedeniyle morluk ve sertlik olabilir. Morlukların tamamen geçmesi bir kaç hafta alabilir.
- ♥ Ancak işlem yerinde kanama, şiddetli ağrı, ani şişlik olursa hemen hastaneye gidilmelidir.
- ♥ Anjiodan sonra radyopak maddenin vücudunuzdan uzaklaşması için bol bol sıvı almalısınız.

## ÖZETLE

*Siz, kendiniz ve aileniz için önemlidir...*



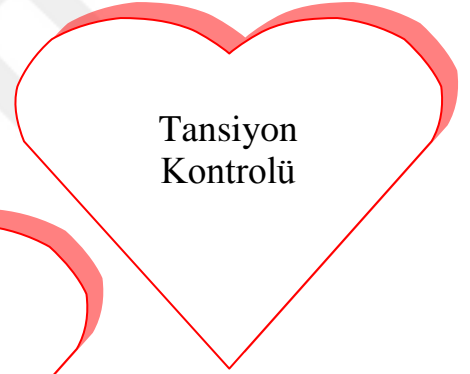
Stresle  
Başetme



Kan Şekeri  
Kontrolü



Sigara ve  
Alkolün  
Bırakılması



Tansiyon  
Kontrolü



Aktif Yaşam  
ve Egzersiz



Sağlıklı  
Beslenme

♥ Tüm bu yaklaşımlar semptomlarınızı azaltarak, yaşam kalitenizi artırmanıza yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

American College of Sports Medicine (ACSM) CurrentComment, Exercise for Persons with Cardiovascular Disease Erişim Tarihi 10 Eylül 2015, <https://www.acsm.org/.../exercise-for-persons>

American Heart Association (AHA) (2014b). AHA/ACC Guideline for the management of patients with non–st-elevation acute coronary syndromes a report of the American college of cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines. Erişim Tarihi 10 Şubat 2015, <http://www.heart.org/HEARTORG/>.

American Heart Assosication, Conditions, Erişim Tarihi 26.05.2015, <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack>,

American Heart Association (AHA), Erişim Tarihi 10 Eylül 2015, <http://www.heart.org/HEARTORG/>

Artinian, N.T., Fletcher, G.F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Horn, L.V., Lichtenstein, A.H. and ve ark. (2010). Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults, *Circulation*, 122, 406-441.

Ayaz, A. (2008). Tuz Tüketimi ve Sağlık, Hacettepe Üniversitesi - Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Brown, W. V., H. E. Bays, ve ark. (2015). "JCL Roundtable: Gender differences in risk reduction with lifestyle changes. *J Clin Lipidol* 9(4), 486-495.

European Society of Cardiology ESC (2013). Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu, Erişim Tarihi 10 Eylül 2015, <http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/esc-kilavuzlari/02%20scad.pdf>

European Society of Cardiology (ESC) (2013). ST-segment yükselmeli akut miyokard infarktüsü ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu, Erişim Tarihi 10 Ocak 2015, <http://tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/esc-kilavuzlari>

European Society of Cardiology (ESC) (2013b). Üçüncü evrensel miyokard infarktüsü tanımı. Erişim Tarihi 10 Ocak 2015, [http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/OtherDocuments/Turkey\\_MR\\_TKDA\\_2013\\_41\\_Suppl\\_3\\_129\\_145.pdf](http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/OtherDocuments/Turkey_MR_TKDA_2013_41_Suppl_3_129_145.pdf)

Exercise prescription, Doctors Handbook, Erişim Tarihi 10 Eylül 2015, [http://exerciserx.cheu.gov.hk/files/DoctorsHanbook\\_fullversion.pdf](http://exerciserx.cheu.gov.hk/files/DoctorsHanbook_fullversion.pdf)

Galdas, P. M., Oliffe, J. L., Wong, S. T., Ratner, P. A., Johnson, J. L., & Kelly, M. T. (2012). Canadian Punjabi Sikh men's experiences of lifestyle changes following myocardial infarction: cultural connections. *Ethn Health*, 17(3), 253-266.

Golay, A., E. Brock, ve ark. (2013). "Taking small steps towards targets - perspectives for clinical practice in diabetes, cardiometabolic disorders and beyond." *Int J Clin Pract* 67(4), 322-332.

Güçlü, M.B., Sağlam, M., İnce, D.İ., Arıkan, H., Savcı, S. (2012). *Kalp Damar Hastalıkları ve Egzersiz*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Güçlü, B.M., Sağlam, M., İnce, D.İ., Savcı, S., Arıkan, H. (2008). *Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Jensen, B.O., Petersson, K. (2003). The illness experiences of patient safter a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling* 51, 123–131.

Heart Foundation, Erişim Tarihi 10 Eylül 2015, <http://www.heart.org/HEARTORG/http://heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/CON-015.v3-PAafterHA-LR-secure.pdf>.

Managing Your Medicines, Erişim Tarihi 11 Mayıs 2015, [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/CardiacRehab/Managing-Your-Medicines\\_UCM\\_307069\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/CardiacRehab/Managing-Your-Medicines_UCM_307069_Article.jsp).

MI Tanı & Tedavi Algoritması, Erişim Tarihi 20 Ekim 2015, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/73b8aa96164446f29aa18a9ee4ad70c9.pdf>.

Nahrendorf, M. and F. K. Swirski (2015). "Lifestyle effects on hematopoiesis and atherosclerosis. *Circ Res* 116(5), 884-894.

Nordmann, A. J., K. Suter-Zimmermann, ve ark. (2011). "Meta-analysis comparing Mediterranean to low-fat diets for modification of cardiovascular risk factors." *Am J Med* 124(9), 841-851 e842.

Order American Heart Association Educational Brochures, Erişim Tarihi 11 Mayıs 2015, [http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/ToolsForYourHeartHealth/Order-American-Heart-Association-Educational-Brochures\\_UCM\\_312777\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/More/ToolsForYourHeartHealth/Order-American-Heart-Association-Educational-Brochures_UCM_312777_Article.jsp).

Özdemir, Ü. (2009). *Kalp Yetersizliği Hasta ve Aile Eğitimi*, *Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni* 1 (11), Erişim Tarihi 15 Ekim 2015, <http://old.tkd.org.tr/cg/007/KYBulteni/?makale=66>.

Physical activity in patients with cardiovascular disease: manage mental gorithm and information for general practice, <http://heartfoundation.org.au/images/uploads/publications/physical-activity-in-patients-with-cvd-management-algorithm.pdf>

Roy, S.R. (2008). *TheRoyadaptation model* (3rd Edition). AppletonandLange. Stampford.

Samur, G. (2008). *Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme*, *Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Staimetz, L. R., M. B. Weber, ve ark. (2014). "The role of lifestyle change for prevention of cardiovascular disease in diabetes. *Curr Atheroscler Rep* 16 (12), 460.

Şimşek, D., Katırcı, H., Akyıldız, M., Sevil, G. (2011). Açık Alan Egzersiz Parkları Ve Kullanıcılarına İlişkin Bir Araştırma, Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 9 (2), 41-48.

Türk Kardiyoloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu, Erişim Tarihi 10 Eylül 2015, <http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304>.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Fiziksel Aktivite Bilgi serisi <http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=31>.

Walking 101, Erişim Tarihi 11 Mayıs 2015, [http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/Walking/Walking-101\\_UCM\\_461766\\_Article.jsp](http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/Walking/Walking-101_UCM_461766_Article.jsp)



## TEŞEKKÜR

Bu kitapçığı hazırlamamda, her aşamada yanımda ve bana destek olan çok değerli danışman hocam Prof.Dr. Zeynep ÖZER'e; katkı ve desteklerinden ötürü Tez İzlem Komitesi'nde yer alan değerli hocalarım Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU ve Doç.Dr. Hicran BEKTAŞ'a teşekkür ederim.

Kitapçığın hazırlanması aşamasında değerli katkılarda bulunan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı'na; desteklerinden ötürü Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği çalışanlarına ve başta Kardiyoloji Sorumlu Hemşiresi Güldane AYZAZ'a teşekkür ederim.

Kardiyoloji hemşirelerinin hemşirelik bakımlarını planlarken bu kitapçığı yardımcı bir araç olarak kullanmaları dileğiyle...

Bu kitapçığı kullanarak destek görmesini amaçladığım tüm hastalarımın sevgilerimle...

## ÖZGEÇMİŞ

Selma TURAN KAVRADIM, 2008 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. Yüksek Lisansını Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği programında 2011 yılında tamamlamıştır. 2013 yılında Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlamıştır. Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği programında 2012 yılında doktora eğitimine başlamış ve devam etmektedir. Yazar, Kardiyoloji Hemşireliği ve hemşirelik bakımı alanında uzmanlaşmaktadır. Doktora tezi kapsamında "Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalar" için hemşirelik kuramına dayalı bakım programını yürütmektedir.



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Selma	Uyruğu	TC
Soyadı	TURAN KAVRADIM	Tel no	05412756848
Doğum tarihi	21.05.1986	e-posta	selmaturan@akdeniz.edu.tr

### Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Antalya Karatay Lisesi	2004
Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2008
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2011
Doktora	Akdeniz Üniversitesi	2018

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	2009-2013
Arş.Gör.	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2013-Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	ÜDS	71
İngilizce	YOKDİL	78

### Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Kardiyovasküler Hastalığı Olan Bireylerde Telefonla Destek ve Girişimsel Olmayan Teleizlemin Yaşam Tarzı Değişikliğine Uyum Üzerine Etkisinin İncelenmesi Randomize Kontrollü Çalışmaların Sistemik Derlemesi ve Metaanalizi	Bilimsel Araştırma Projesi	2018-Devam ediyor
Improving The Nursing Care With Best Complementary Therapies Based On European Union Standars (Bestcare)	Avrupa Birliği Projesi	2015-2017
Kanserli Hastalarda Başetme ve Uyum Düzeylerinin Belirlenmesi	Bilimsel Araştırma Projesi	2009-2011

## **Burslar-Ödüller:**

Turan Kavradim S, Ozer, Z., Boz, İ. Teskereci, G., Kavradim, S.T., "“Erasmus Plus Project ‘BestCARE’ to Improving The Nursing Care with Best Complementary Therapy Strategies- Sözel Bildiri Üçüncülük Ödülü, 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları, Kasım 2016

Turan Kavradim S, "Başarı Belgesi, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Aralık 2014

Turan Kavradim S, "Yüksek Onur Belgesi, Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü Birinciliği, Haziran 2008

## **Yayımlar**

Özer Z., Boz İ., Turan Kavradim S., Teskereci G. European Union Project ‘BestCARE’: Improving Nursing Care with Best Complementary Therapy Strategies, International Nursing Review, 2018.

Boz İ., Özer Z., Teskereci G., Turan Kavradim S., "Learning Experiences of Nurses as Part of a European Union Project on Complementary Therapies", Holistic Nursing Practice, vol.31, pp.42-49, 2017.

Turan Kavradim S., Özer Z., Bozcuk H.Ş., "Hope in Cancer Patient: A Multivariate Analysis ", Journal of Advanced Nursing, vol.69, pp.1183-1196, 2013.

Turan Kavradim S., Özer Z., "Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi, vol.10, pp.324-335, 2018

Turan Kavradim S., Özer Z., "Miyokard İnfarktüsü Sonrası Roy Uyum Modeline Dayalı Hemşirelik Yaklaşımı", Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, cilt.1, no.1, ss.1-1, 2016

Turan Kavradim S., Özer Z., "Güncel Kalp Yetersizliği Kilavuzlarından Hemşireliğe Yansıyanlar" Kalp Yetersizliği Elektronik Haber Bülteni, ss.1-4, 2015.

Turan Kavradim S., Özer Z., "Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Bireylerde Semptom Yönetimi", Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, cilt.4, ss.1-14, 2013

Turan Kavradim S., Özer Z., "Hope in People with Cancer", Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry, vol.6, pp.1-1, 2013

### **Bildiriler**

Ökten Ç., Turan Kavradim S., Özer Z., "Effect of psychosocial support on depressive symptoms in patients with heart failure", 31.Uluslararası Katılımlı Türk Kardiyoloji Kongresi, Antalya, Türkiye, vol.15, no.1, pp.88

Turan Kavradim S., "Effects of a comprehensive cardiac rehabilitation program and patients perspectives on cardiac rehabilitation ", Anadolu Kardiyoloji Dergisi-The Anatolian Journal Of Cardiology, vol.15, no.1, pp.88-88, 2015

Özer Z., Boz İ., Turan Kavradim S., "Developing Educational Curriculum Related Complementary Therapy In Nursing: In Scope Of Bestcare Project", International Black Sea Nursing Education Congress/ICOBNE , Samsun, Türkiye, 12-13 Ekim 2017, pp.1-1

Turan Kavradim S., Özer Z., "Changes In Developing World; Innovative Approaches In Nursing Education", IJAS Academic Conferences 2017, Vienna , AVUSTURYA, 25-29 Haziran 2017, pp.1-1

Özer Z., Boz İ., Teskereci G., Turan Kavradim S., "Erasmus Plus Project BestCARE to Improving The Nursing Care with BestComplementary Therapy Strategies", 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi, Antalya, Türkiye, 24-26 Kasım 2016, vol.1, no.1, pp.1-1

Ökten Ç., Turan Kavradim S., Özer Z., "Hemşirelik Eğitiminin Bakım Davranışlarına Etkisi", 15. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Erzurum, Türkiye, 10-12 Eylül 2015, ss.1-1

Turan Kavradim S., Özer Z., "Why the Concept of Cardiac Self-Efficacy is So Important Nowadays for Patients with Cardiovascular Disease? ", 1. Kardiyovasküler Akademi Kongresi , Girne, Kuzey Kıbrıs Türk Cum., 9-13 Eylül 2015, pp.1-1

Özer Z., Arslan İ., Teskereci G., Turan Kavradim S., "Tamamlayıcı Terapi Yöntemleri Ile Avrupa Birliği Standartlarına Dayalı Hemşirelik Bakımının Geliştirilmesi ", Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi (Kanıttan Uygulamaya), Kayseri, Türkiye, 27-29 Mayıs 2015, cilt.1, no.1, ss.1-1

Özer Z., Turan Kavradim S., "Nurses' Professional Development: Change Is Needed", 4 th International Conferance on Education , Rusya, vol.1, no.1, pp.1-1

Turan Kavradim S., Özer Z., "Kemoterapi Alan Hastalarda En Sık Görülen Semptomlara Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar", 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 14-18 Ekim 2015, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., "Onkoloji Hemşireliği Ve Bakım ", 3. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi, Antalya, Türkiye, 19-22 Kasım 2014, cilt.1, no.1, ss.294-295

Turan Kavradim S., Özer Z., "Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Telesahlik Uygulamaları", 16. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 15-19 Ekim 2014, cilt.1, no.1, ss.331-331

Turan Kavradim S., Özer Z., "Kanser Tanısı Alan Hastalarda Refleksoloji", Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Kongresi, Antalya, Türkiye, 24-26 Nisan 2014, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., "Kanser Tanısı Alan Bireylerde Psikososyal Bakım ", 3. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Antalya, Türkiye, 19-22 Kasım 2014, cilt.1, no.1, ss.241-242

Turan Kavradim S., Özer Z., "Güncel Bir Sorun: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi", 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-6 Ekim 2013, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., "Sağlık Turizmi Hemşireliği", Hemşirelik Uygulamalarında İnovatif Yaklaşımlar Sempozyumu, Antalya, Türkiye, 14-16 Kasım 2013, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., "Obezite Ile İlişkili Hastalıklarda İnteraktif Vaka Yönetimi", 35.Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi & Hipofiz Sempozyumu, Antalya, Türkiye, 15-19 Mayıs 2013, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., Özer Z., "İzolasyon Uygulamalarında Hastanın Psikososyal Durumu", 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye, 2-6 Ekim 2013, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., Ökten Ç., "Hemşirelikte Hemşirelikte Yeni Bir Kavram; Sağlık Turizmi Hemşireliği", 14. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, Türkiye, 25-27 Ekim 2013, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., "Kanser Tanısı Alan Hastalarda Başetme", 19.Ulusal Kanser Kongresi, Antalya, Türkiye, 20-24 Nisan 2011, cilt.1, no.1, ss.1-1

Turan Kavradim S., "Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut", 19.Ulusal Kanser Kongresi, Antalya, Türkiye, 20-24 Nisan 2011, cilt.1, no.1, ss.1-1

### **Kitap Bölümü**

Özer Z., Boz İ., Teskereci G., Turan Kavradim S., "Hemşirelik Bakımında Tamamlayıcı Terapiler", TMS Matbaacılık, Antalya, 2016