

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI
DR-2025-0021

**MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE
TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ
AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN
HASTALARIN KALP YAŞAM KALİTESİNE VE UYUMA
ETKİSİ**

**SERDAR ZENGİN
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMANLAR
Prof. Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL
Prof. Dr. Güleğün TÜRK**

AYDIN-2025

KABUL VE ONAY

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca gerek ders dönemlerinde gerekse tez çalışmamın her aşamasında beni daima destekleyen, bilgisini ve zamanını esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yolumu aydınlatan gerek akademik gerekse kişisel olarak gelişimime katkı sağlayan, bir eğitimci ve bir insan olarak daima örnek alacağım çok sevdiğim, değerli hocam, danışmanım Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL'a sonsuz teşekkür ederim.

Değerli görüş ve önerileri ile tezime katkı sağlayan, ikinci danışmanım olarak desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Güleğün TÜRK'e teşekkür ederim.

Doktora eğitimim süresince desteklerini ve birikimlerini benimle paylaşan, yol gösteren, ufkumu açan hocam ana bilim dalı başkanımız Prof. Dr. Sakine BOYRAZ'a ve değerli ana bilim dalı hocalarıma teşekkür ederim.

Tez savunma sınavımda yer alarak değerli görüş ve önerileri ile tezime katkı sağlayan sayın Prof. Dr. Güleğün TÜRK, Prof. Dr. Fisun ŞENUZUN, Prof. Dr. Hatice MERT, Prof. Dr. Filiz ADANA, Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL ve Dr. Öğr. Üyesi Neşe Erdem hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın kavramsal çerçevesini oluştururken kuramsal açıdan destek aldığım nezakatiyle beni büyüleyen ve onure eden değerli hocam Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e, hasta grubumun kuram ile uyuşan yanlarıyla ilgili düşüncelerini benimle paylaşan ve destek sunan değerli hocam Prof. Dr. Behice ERCİ'ye teşekkür ederim.

Tezimin eğitim materyalinin içeriğinin oluşturulmasında uzman görüşlerini sunan değerli hocalarıma, çalışmamın her adımında benden desteklerini esirgemeyen kardiyoloji servisinin değerli hemşire ve hekimlerine teşekkür ederim.

Dayanışma yaşatır felsefesi ile her zaman birbirmize destek olduğumuz, kaygılarımızı, sevinçlerimizi, başarılarımızı paylaştığımız değerli hümanist ana bilim dali dönem arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Ve yürüdüğüm bu yolda tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve hayatımın her evresinde bana destek olan, katlanan, en büyük dayanağım, değerlim, eşim Özlem ZENGİN'e sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı ve Sınıflandırılması	5
2.2. Miyokard İnfarktüsü Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri ve Yönetimi	6
2.4. Miyokard İnfarktüsü Belirti ve Bulguları	9
2.5. Miyokard İnfarktüsü Tanısı	10
2.6. Miyokard İnfarktüsünde Medikal Tedavi	12
2.7. Miyokard İnfarktüsünde Yaşam Tarzı Değişikliği ve Psikososyal Uyum	14
2.8. Miyokard İnfarktüsünde Yaşam Kalitesi	16
2.9. Geçiş Kuramı	18
2.9.1. Meleis'in Geçiş Kuramına Genel Bakış	18
2.9.2. Geçiş Kuramının Gelişmesinde Etkili Faktörler ve Kuramın Gelişim Süreci.....	19

2.9.3. Geçiş Kuramının Varsayımları.....	20
2.9.4. Geçiş Kuramının Kavramları.....	21
2.10. Geçiş Kuramının Hemşirelik İçin Önemi	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	36
3.1. Araştırmanın Tipi.....	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	36
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	36
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	37
3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	37
3.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri	38
3.7. Veri Toplama Formları.....	38
3.8. Araştırmanın Uygulama Süreci.....	40
3.8.1. Müdahale Grubu Uygulama Süreci	42
3.8.2. Kontrol Grubu Uygulama Süreci.....	43
3.9. Meleis'in Geçiş Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı.....	43
3.9.1. Meleis'in Geçiş Teorisine Temellendirilmiş Eğitim İçeriğinin Oluşturulması.....	46
3.9.2. Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Değerlendirme Sonuçları	47
3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	47
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	48
3.12. İstatistiksel Yöntemler	48
3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları	49
3.14. Araştırmanın Güçlü Yanları	49
4. BULGULAR.....	50
5. TARTIŞMA.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
6.1. Sonuçlar	79
6.2.Öneriler	80

KAYNAKLAR	81
EKLER	97
Ek 1. Etik Kurul Onay İzni (Aydın Adana Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).....	97
Ek 2. Kurum İzni (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü)	98
Ek 3. Veri Toplama Formu ve Ölçekler	99
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)	114
Ek 5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu).....	116
Ek 6. Ölçek Kullanım İzni	118
Ek 7. Meleis'in Geçiş Kuramına Temellendirilmiş Eğitim Materyali	119
Ek 8. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Temellendirilmiş Eğitim Planı	120
Ek 9. Telefon Görüşmeleri ve Danışmanlıkla İlgili Hasta Yönlendirme Protokolü	124
Ek 10. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Temellendirilmiş Bireysel Eğitim ve Telefonla İzlem Planı	125
BİLİMSEL ETİK BEYANI	126
ÖZ GEÇMİŞ	127

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACC	: American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji koleji)
AHA	: American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği-AKB)
AKS	: Akut Koroner Sendromlar
AMI	: Akut Miyokard İnfarktüsü
AP	: Anjina Pektoris
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CK	: Kreatinin Kinaz
CK-MB	: Creatinin Kinase-myocardial band (Kreatin Kinaz-MB)
EKG	: Elektrokardiyografi
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology)
HDL	: High Density Lipoprotein (Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein)
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
LDL	: Low Density Lipoprotein (Düşük Yoğunluklu Lipoprotein)
MI	: Miyokard İnfarktüsü
NSTEMİ	: ST Segment Yüksekliği Olmayan Miyokard İnfarktüsü
PAIS-SR	: Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği
PKG	: Perkütan Koroner Girişim
PTKA	: Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti
SB	: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı
STEMİ	: ST Segment Yüksekliği Olan Akut Miyokard İnfarktüsü Taraması
TEKHARF	: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Meleis'in geçiş kuramı kavramları	21
Şekil 2. Consort (2010) akış planı.	41
Şekil 3. Meleis'in Geçiş Teorisine Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların; Geçiş süreci Kavramsal- Teorik ve Deneysel Şeması	45
Şekil 4. Eğitim materyali oluşturma basamakları.....	47

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Kan Lipid düzeylerinin sınıflandırılması.....	8
Tablo 2. BKİ sınıflandırılması.....	9
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	50
Tablo 4. Kalp krizi sonrası yaşam deneyimleri ve sağlık davranışlarının karşılaştırılması	52
Tablo 5. Kalp krizi sonrası yaşam deneyimleri ve sağlık davranışları karşılaştırılması	56
Tablo 6. Katılımcıların klinik bulgularının karşılaştırılması	59
Tablo 7. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği alt boyutlarının müdahale ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi	61
Tablo 8. Macnew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi'nin müdahale ve kontrol gruplarında zamana göre değişimi	64

ÖZET

MELEİS'İN GEÇİŞ TEORİSİNE GÖRE TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK YAKLAŞIMININ, AKUT MİYOKARD ENFARKTÜSÜ GEÇİREN HASTALARIN; KALP YAŞAM KALİTESİNE VE UYUMA ETKİSİ.

Zengin S. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Programı, Doktora Tezi, Aydın, 2025.

Amaç: Bu araştırmada Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, AMI geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesine ve uyuma etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Deneysel basit randomize kontrollü bu çalışma Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde Akut Miyokard Enfarktüsü tanısı ile koroner anjiyo yapılan örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan (53 müdahale, 53 kontrol) toplam 106 hasta ile Aralık 2023-Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında Meleis'in geçiş teorisine göre oluşturulmuş Tanıtıcı Bilgi Formu ile Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) ve MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki hastalarla ilk temas hastanede kurulmuştur. Yasal bilgilendirmeler yapıp ve izinler aldıktan sonra Müdahale grubundaki hastalar taburculuktan sonraki 15. günde evlerinde ziyaret edilmiş. Tanıtıcı form ve ölçekler uygulandıktan sonra Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş eğitim kitapçığı ile eğitim verilmiştir. Hasta ile 1. hastane Kontrollünden sonra 15'er gün arayla üç telefon görüşmesi daha yapılmış süreç değerlendirilmiştir. Taburcu olduktan sonraki üçüncü ayda hasta poliklinik kontrolüne çağırılarak; rutin kan takipleri ile boy kilo ölçümü yapılmış ve ölçekler ile tanıtıcı bilgi formu uygulanarak süreç tamamlanmıştır. Kontrol grubu ile hastane taburculuğu sonrası 15.günde ev ziyareti yapılarak ilgili formlar ve ölçekler doldurulmuş,1. ve 3. ay kontrolünde hastaneye gelen hastanın rutin kan takipleri ile kilo ölçümü yapılmıştır. 3. Ay kontrolünde hastaya ilgili formlar ve ölçekler hastanede uygulanmış ve eğitim uygulanarak süreç bitirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler, normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda Student t test, Paired Samples test, pearson Ki-kare testi; normal dağılım dışı karşılaştırmalarda Mann

Whitney U, Wilcoxon testleri kullanılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli olan etik kurul izni, kurum izni, ölçek kullanım izni ve katılımcı yazılı onayları alınmıştır.

Bulgular: Müdahale ve kontrol grupları arasında Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)'nin geniş aile ilişkileri ($p<0,001$), psikolojik distres ($p=0,004$), ve MacNew ölçeğinin duygusal, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar ($p<0,001$) alt boyutlarında müdahale grubunun skorları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Zaman ana etkisi, sosyal çevre alt boyutu ($p=0,625$) dışında tüm boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, Müdahale grubunda zamanla belirgin bir iyileşme görülmüştür. Grup \times Zaman etkileşimi, sağlık bakımına oryantasyon ($p=0,003$), geniş aile ilişkileri ($p<0,001$), psikolojik distres ($p=0,002$) ve MacNew duygusal, fiziksel ve sosyal fonksiyonel boyutlarında ($p<0,001$) anlamlıdır ve Müdahale grubunda son-test skorlarında daha fazla artış gözlemlenmiştir. HDL, LDL ve trigliserit düzeylerinde zaman içinde genel olarak olumlu değişimler görülmüş ve bu değişimler özellikle müdahale grubunda daha belirgin olmuştur. Kilo ve BKI değişimlerinde zamanın etkisi kontrol grubunda azdır, müdahale grubunda ise kilo ve BKI seviyelerinde anlamlı azalmalar gözlenmiştir.

Sonuç: Meleis'in geçiş teorisine temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, AMI geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesini ve psikososyal uyumunu artırdığı sonucuna ulaşıldı. Yaşam tarzı değişikliğinin sağlanarak değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılmasında ve sağlıklı davranışlar sergilenmesinin desteklenmesinde tekrarlı yatışların azaltılmasında Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Geçiş Teorisi, Hemşirelik, Meleis, Mıyokard Enfarktüsü,

ABSTRACT

THE EFFECT OF NURSING APPROACH BASED ON MELEIS' TRANSITION THEORY ON THE CARDIAC QUALITY OF LIFE AND ADAPTATION OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCT.

Zengin S. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Internal Medicine Nursing, PhD Program, PhD Thesis, Aydın, 2025.

Objective: In this study, the nursing approach based on Meleis's transition theory was used in patients suffering from acute myocardial infarction; It was aimed to determine its effect on cardiac quality of life and adaptation.

Material and Methods: This experimental randomized controlled study was conducted between December 2023 and December 2024 with a total of 106 patients, 53 intervention and 53 control groups, who underwent coronary angiography and treatment with the diagnosis of Acute Myocardial Infarction at the Aydın State Hospital Cardiology Clinic, and who met the inclusion criteria in the sample. The Personal Information Form based on Meleis's transition theory, the Psychosocial Adjustment Self-Report Scale (PAIS-SR), and the MacNew Heart Disease Health-Related Quality of Life Questionnaire were used to collect data. The first contact with the patients in the experimental and control groups was established in the hospital. After legal information was provided and permissions were obtained, the patients in the experimental group were visited at their homes on the 15th day after discharge. After the personal form and scales were applied, education was provided with the education booklet based on Meleis's transition theory. Three more telephone interviews were made with the patient at 15-day intervals after the 1st Hospital Control and the process was evaluated. In the third month after discharge, the patient was called for a polyclinic check-up; routine blood tests and height and weight measurements were performed, and the process was completed by applying scales and a personal information form in a suitable quiet room in the hospital. In the control group, forms and scales related to the home visit were recorded on the 15th day after hospital discharge, and the patients' height and weight values were arranged with routine blood follow-ups at the 1st and 3rd months. At the 3rd month control, relevant forms and scales were applied and the process

was finalized by training. In evaluating the data; descriptive statistical analyses, Student's t test, Paired Samples test, Pearson Chi-square test for normally distributed comparisons; Mann Whitney U and Wilcoxon tests were used for non-normal distribution comparisons. Ethics committee permission, institutional permission, scale use permission and participant written consents required to conduct the research were obtained.

Results: Between the experimental and control groups, the scores of the extended family relationships ($p<0.001$), psychological distress ($p=0.041$) sub-dimensions of the Psychosocial Adjustment Self-Report Scale (PAIS-SR) and the emotional, physical and social functions ($p<0.001$) sub-dimensions of the MacNew scale were found to be statistically significantly higher in the experimental group. The main effect of time was found to be statistically significant in all dimensions except the social environment sub-dimension ($p=0.625$), and a significant improvement was observed in the experimental group over time. The Group \times Time interaction was significant in orientation to health care ($p=0.036$), extended family relationships ($p<0.001$), psychological distress ($p=0.002$) and the MacNew emotional, physical and social functional dimensions ($p<0.001$), and greater increases were observed in the post-test scores of the experimental group. Generally positive changes were observed in HDL, LDL and triglyceride levels over time, and these changes were especially more pronounced in the experimental group. The effect of time on weight and BMI changes was relatively small in the control group, while significant decreases in weight and BMI levels were observed in the experimental group.

Conclusion: It has been concluded that the nursing approach based on Meleis's transition theory increases the cardiac quality of life and psychosocial adaptation of patients who have had an AMI. It is recommended to use the nursing approach based on Meleis's transition theory in reducing modifiable risk factors by providing lifestyle changes and supporting healthy behaviors, and reducing re-hospitalizations and mortality rates.

Keywords: Meleis, Acute Myocardial Infarction, Transition Theory, Nursing

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Koroner arter hastalığı (KAH) hem dünya genelinde hem de ülkemizde yüksek morbidite ve mortalite oranları ile dikkat çeken önemli bir halk sağlığı problemidir (Storm, 2016; Sağlık Bakanlığı [SB], 2023). Küresel çapta her yıl 10 milyondan fazla kişi KAH nedeniyle hayatını yitirmektedir (World Health Organization [WHO], 2021). Amerikan Kalp Birliği'nin (AHA) 2023 yılı verilerine göre 40-59 yaş arası bireylerde Akut Miyokard enfarktüsü (AMI) görülme oranı %6,8'dir. AMI bağlı ölüm oranı, toplam ölüm oranlarının %14,8'ini oluşturmaktadır (WHO, 2022). Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı Araştırmasına göre Türkiye'de KAH prevalansının ve buna bağlı ölüm oranlarının Avrupa ülkelerine kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (TEKHARF, 2017).

AMI uzun süreli iskemi sonucunda ortaya çıkan, miyokard dokusunda meydana gelen nekrozu biyokimyasal belirteçler ve görüntüleme yöntemleriyle tespit edilebilen, elektrokardiyografik bulgularla tanımlanan bir koroner arter hastalığıdır (ESC, 2017). Dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler içerisinde ise %39,7'lik oranla AMI en yaygın neden olarak öne çıkmaktadır (TÜİK, 2020; SB, 2022) TEK HARF çalışmasına göre, Avrupa ülkelerinde 45-74 yaş aralığındaki bireylerde KAH'a bağlı yıllık ölüm oranları binde 10 iken Türkiye'de bu oran binde 11,4 olarak bildirilmiştir (TEKHARF, 2017).

AMI genellikle üretken yaş grubunda ortaya çıkması, akut dönem sonrasında ritim bozuklukları, kalp yetmezliği, yeniden AMI geçirme, iskemi, ventriküler fibrilasyon ve post-infarktüs anjina gibi ciddi sorunlara yol açması nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Bunun yanı sıra, iş gücü kayıplarına, ekonomik yükün artmasına ve yaşam kalitesinde ciddi düşümlere neden olması, bu hastalığı yönetilmesi zor bir durum haline getirmektedir (ESC, 2013; AHA, 2015; SB, 2018).

AMI sonrasında bireylerin sosyal, psikolojik ve fiziksel kısıtlılıklar yaşaması, yaşam kalitesini ve öz yeterlik düzeylerini olumsuz etkileyerek hastalıkla başa çıkmayı zorlaştırmaktadır (Katch ve Mead, 2010; Rancic ve diğerleri, 2013; Larsen, 2013; Yan ve diğerleri, 2014). Araştırmalar, AMI geçiren hastaların yaşam tarzı değişikliklerini uygulamakta zorluk yaşadığını ve bunun da enfarktüsün tekrarlama riskini artırdığını

göstermektedir (Tuomaala ve diğerleri, 2012; Larsen, 2013; Yan ve diğerleri, 2014; AHA, 2014). Yapılan çalışmalarda hastaların büyük bir kısmının kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini, semptomlarını ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerini yeterince bilmedikleri, AMI sonrası hastaların önemli bir bölümünde ilaç tedavisine uyumun bir yıl içinde bozulduğu tespit edilmiştir (Ens, 2019; Bayram, 2019)

AMI tedavisinin temel hedefi, kardiyak olayların tekrarını ve komplikasyonların gelişimini önlemenin yanı sıra, hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamalarını desteklemektir. Sigara, alkol, obezite, hiperlipidemi, hipertansiyon, diyabet, fiziksel aktivite eksikliği, kilo kontrolü ve beslenme alışkanlıkları gibi MI risk faktörlerinin yönetiminde yaşam tarzı değişikliklerinin önemli olduğu vurgulanmaktadır (ESC, 2013 a-b; AHA, 2014 a-b; ESC, 2017; SB, 2022; TKD, 2024).

AMI sonrasında yaşam tarzında yapılan değişikliklerin, enfarktüs riskini ve ölüm oranını önemli ölçüde azalttığı bildirilmektedir (ESC, 2012). Uluslararası kılavuzlara göre, AMI sonrası uygulanan egzersiz programları ölüm oranını %20, sigarayı bırakmak yeni enfarktüs riskini %50, diyet değişiklikleri ve lipid düşürücü ilaç kullanımı ise yeni enfarktüs riskini %34 ve toplam ölüm oranını %30 oranında azaltmaktadır (ESC, 2013b; AHA, 2014 a; AHA, 2014b; ESC, 2017). Hastaların AMI sonrası aktif bir yaşama dönmeleri ve sağlıklarını sürdürebilmeleri için uyum sağlamalarının kritik bir öneme sahip olduğu bildirilmektedir (Kep, 2013; Karmali, 2014). Yapılan araştırmalar AMI sonrası hastaların sosyal uyum ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla motivasyonel görüşmeler, hane ziyaretleri, tele takip, öz yönetim becerilerinin desteklenmesi, eğitim ve danışmanlık gibi çeşitli yöntemlerin kullanıldığını bildirmektedir (Beswick, 2005; Davies, 2010; Karmali, 2014). Kullanılan yöntemler arasında özellikle eğitim girişimlerinin; bireylerin farkındalığını ve sorumluluk duygusunu artırarak yaşam tarzı değişikliklerini desteklemede etkili olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca, telefonla yapılan izlemin yaşam kalitesini ve öz yeterlik düzeyini artırdığı, stresi azalttığı ve hastaların hastaneye tekrar yatışını önlemede önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (ESC, 2019; Harkness, 2005; Beswick, 2005; Eshah, 2009; Taylor, 2010; Leemrijse, 2012; Hawkes, 2013; Anderson ve Taylor, 2014; Black, 2014)

Kuram temelli girişimlerin Hemşirelik müdahalelerinin etkinliğini artırmada etkili olduğu pek çok çalışmada bulunmuştur (Naga ve Atiyyat, 2013; Dicle, 2011). Bu kuramlardan biri de Meleis'in temellendirdiği geçişler kuramıdır. Meleis; Geçişleri yaşamın içinde, sağlıkta, hastalıkta, kişisel ve toplumsal ilişkilerde değişim sonucu

meydana gelen yeni durumlar olarak tanımlamaktadır (Meleis ve diğçerleri, 2020). Bir hastalık tanısı almak, anne olmak, yeni bir görev üstlenmek, meslek değiştirmek, hastaneye yatmak ya da taburcu olmak birer geçiş iiren durumdur. Değişim ve gelişim hemşirelik için son derece önemli olup geçişler bu iki kavram ile her zaman ilişkili olmaktadır (Chick, 2019).

Hemşirelik sıklıkla, danışanlarını ve ailelerini çeşitli geçiş türlerine dahil eder ve geçişlerin danışanların ve ailelerinin yaşamlarında oluşturduğu değişiklikleri ve hemşirelik bakımı gereksinimlerini belirleyip gerekli girişimleri planlayıp uygular. Bu nedenle, geçişler teorisi genellikle geçişlerle ilgili hemşirelik girişimlerinin sistematik ve kapsamlı bir şekilde görünlenebildiği bir kuram olarak karşımıza çıkmaktadır (Im ve diğçerleri, 2011, Meleis, 2015). Geçişler, sağlık ya da hastalıkla ilişkili olduklarında veya geçişe verilen yanıtlar sağlıkla ilişkili davranışlarla ilgili olduğunda bu geçişler hemşirelik alanına girmektedir (Chick, 2019). Hemşireler, danışanlarını yaklaşan geçişlere hazırlayan ve danışanlarının sağlık hastalık deneyimleriyle ilgili yeni becerileri öğrenme süreçlerini kolaylaştıran baş etme mekanizmalarını öğreten bakım vericiler olma eğilimindedir (Meleis, 2015). Geçiş kuramında, hasta ve ailesiyle çalışan hemşirelerin tecrübelerinden yararlanarak gelişimsel, durumsal, sağlık-hastalık ve kurumsal olmak üzere dört çeşit geçiş tipi tanımlanmıştır.

Sağlık-hastalık geçişleri iyilik durumundan hastalık durumuna, hastalık durumundan sağlık durumuna, ani veya aşamalı bir şekilde geçişe sebep olan ani değişimleri içermektedir (Meleis, 2010). Sağlığı kolaylaştıran veya savunmasızlığı artıran geçişlerdeki süreç göstergelerinin erken değerlendirilmesi sağlıklı sonuçları kolaylaştıran müdahalelerin geliştirilmesi için gereklidir (McE ve diğçerleri, 2012). Ülkemizde geçiş kuramının kullanıldığı yeni diyabet tanılı bireylerde yapılan bir çalışma da; hastaların öz yönetiminde ve hastalığa uyumunda artış olduğu saptanmıştır (Gül, 2021). Menopoz da yaşam kalitesini artırmak amacıyla geçiş teorisine temellendirilerek yapılmış bir başka çalışmada yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir (Eyimaya, 2019). Geçiş kuramıyla yapılan başka bir çalışmada, taburculuk sürecindeki bakımın kalitesinin yükseldiği, geri yatışların azalması ile sağlık bakım masraflarının düştüğü saptanmıştır (Naylor, 2004). Bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireylerde yapılan bir başka çalışmada, Geçiş Bakım Modelinin maliyetinin az olduğu belirlenmiştir (Paul ve diğçerleri, 2018).

Literatürde AMI geçiren hastaların yaşam kalitesi ve uyumu sağlama da Meleis'in geçiş kuramına temellendirilmiş randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmada; Meleis'in Geçiş Teorisi'ne dayandırılarak geliştirilen yaklaşımın, hastalardaki; hastalık-sağlık geçiş sürecini kolaylaştırıcı, hastaların sağlıklı davranış kazanımlarını artırıcı, bakım kalitesini yükseltici ve hemşirelik literatürüne katkıda bulunabileceği düşüncesi ile planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma da Meleis'in geçiş teorisine temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesine ve uyuma etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H0 hipotezleri:

H0 (a): Meleis'in geçiş kuramına temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H0 (b): Meleis'in geçiş kuramına temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların uyumları üzerine etkisi yoktur.

H1 hipotezleri:

H1 (a): Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.

H1 (b): Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların uyumları üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Miyokard İnfarktüsünün Tanımı ve Sınıflandırılması

MI; koroner arterlerin tıkanması veya daralması sonucu kan akımının azalması ve miyokardın bir bölümünde geri dönüşümsüz kalp kası nekrozu olarak tanımlanmaktadır (AHA, 2018; ESC,2018; ACC, 2018; WHF, 2018). MI' nın acil tedavisinde, reperfüzyon tedavisi en erken şekilde uygulanmalıdır (ESC, 2013). MI hastalarının yaşadığı kardiyak atak EKG bulgularına göre sınıflandırılmaktadır.

EKG bulgularına göre sınıflandırma şunlara dayanır:

- **ST Yükselmeli Miyokard İnfarktüsü (STEMI):** EKG'de iki komşu derivasyonda ST yükselmesi görülen hastalar.
- **ST Yükselmeyen Miyokard İnfarktüsü (NSTEMI):** EKG'de ST yükselmesi görülmeyen hastalar.
- **Q Dalgalı Miyokard İnfarktüsü:** EKG'de Q dalgası gelişen hastalar.
- **Q Dalgasız Miyokard İnfarktüsü:** EKG'de Q dalgası gelişmeyen hastalar.
- **Kararsız Anjina:** Kardiyak biyokimyasal biyobelirteç değerleri yüksek olmayan hastalar.

Bu sınıflamalar, tanı ve tedavi sürecinde önemli bir rehberlik sağlar (Thygesen, 2013; Türen ve Efil, 2014).

2.2. Miyokard İnfarktüsü Epidemiyolojisi

Koroner arter hastalığı (KAH), hem dünyada hem de ülkemizde yüksek morbidite ve mortaliteye yol açan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünya genelinde her yıl 17 milyondan fazla kişi KAH nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bu oran, tüm ölümlerinin %14.8'ini oluşturmaktadır (WHO, 2022). Türkiye'de KAH kaynaklı ölüm oranları Avrupa'ya göre daha yüksektir. TEKHARF çalışmasına göre 45-74 yaş erkeklerde ölüm oranı binde 7.6, kadınlarda binde 3.8'dir. TÜİK'e göre dolaşım sistemi hastalıkları tüm ölümlerin %38,4'ünü oluşturmaktadır (2022). Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de MI (miyokard infarktüsü) insidansı yüz binde 356.300'dür.

Refah düzeyi orta ve ileri seviyenin üstünde olan ülkelerde ölüm ve “Disability Adjusted Life Years (DALY) Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı”nın belirlenmesin de KAH ve komplikasyonları önemli bir yer tutar (ACC, 2020). KAH’a bağlı DALY sayısı 1990'dan itibaren artarak 2019 da 182 milyon kişiye ulaşmıştır. 1990'dan 2019'a kadar DALY oranı 182 milyona ulaşmış, erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. DALY oranları Doğu Avrupa, Orta Asya ve Orta Doğu'da en yüksek, Japonya ve Fransa'da en düşüktür (GBD, 2019).

2.3. Miyokard İnfarktüsünde Risk Faktörleri ve Yönetimi

MI dünyada; KAH'a bağlı gelişen bir numaralı ölüm nedenidir (ACA,2021). Yüksek mortaliteye sahip küresel bir halk sağlığı olan KAH'a zemin hazırlayan değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri tanımlanmıştır (ESC, 2015; WHO, 2021).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Yaş

Erkeklerde ≥ 45 yaş, kadınlarda ise ≥ 55 yaş veya **erken menopoz**, risk artışına işaret eder (WHO, 2019). TEKHARF çalışmasında, her yaşın diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak KAH olasılığını; erkeklerde **%3,9**, kadınlarda **%3,6** oranında artırdığı gösterilmiştir (TEKHARF, 2017).

Cinsiyet

Erkeklerde KAH riski daha yüksek olmakla birlikte, kadınlarda hastalık erkeklere kıyasla 7-10 yıl daha geç gelişmektedir. Menopoz öncesi kadınlarda, aynı yaştaki erkeklere göre KVH riski daha düşüktür. Menopoz sonrası kadınlarda ise KVH mortalite oranları erkeklerle eşit veya daha yüksek seviyelere ulaşabilmektedir (AHA, 2019; ESC, 2021)

Aile Öyküsü

Aile öyküsü, KAH'ın değiştirilemeyen risk faktörleri arasında yer alır. Özellikle, birinci derece akrabalarda erkeklerde 55 yaşından önce, kadınlarda ise 65 yaşından önce KAH bulunması, kişinin hastalık riskini önemli ölçüde artırmaktadır. (AHA, 2019; ESC, 2013).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) Koroner kalp hastalıkları kaynaklı ölümlerin yüzde ellisinin değiştirilebilir risk faktörlerinin önlenmesi ile engellenebileceğini belirtmiştir (ESC, 2019; TKD, 2023). MI sonrası yaşam tarzı değişikliği ile değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol alınması sağlanarak yeni bir enfarktüs riski ve mortalite oranı düşürülebilir (ESC, 2019).

Amerikan Kalp Derneği (AHA) verilerine göre, kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin büyük bir kısmı, bazı değiştirilebilir risk faktörleriyle ilişkilidir. Bu faktörler ve oranları sırasıyla; yüksek kan basıncı %40,6, sigara kullanımı; %13,7 kötü beslenme: %13,2 hareketsiz yaşam: %11,9 yüksek kan glikoz düzeyleri: %8,8. Bu veriler, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde, bu risk faktörlerinin yönetilmesinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (AHA, 2014b). Koroner arter hastalığı tedavisin de temel amaç, semptomları azaltmak ve hastalığın prognozunu iyileştirmektir. MI sonrası tedavi hedefleri ise: Kanıta dayalı farmakolojik tedavinin uygulanması, Risk faktörlerinin kontrolü ve risk faktörlerini azaltacak yaşam tarzı değişikliğine yönelik hasta eğitimidir. (AHA, 2014b ; ESC, 2017).

Hipertansiyon: Hipertansiyon, KAH gelişiminde en önemli risk faktörlerinden biridir. (kan basıncının $\geq 140/90$ mmHg olması veya antihipertansif tedavi kullanmak) KAH vakalarının yalnızca %20'sinde hipertansiyon tek başına görülürken, geri kalan %80'lik kısımda genellikle metabolik sendrom, insülin direnci, tiroid bozuklukları, büyüme hormonu eksikliği ve hiperlipidemi gibi metabolik hastalıklarla birlikte yer almaktadır (Kolcu ve Şan, 2006; ESC, 2013a; ESC, 2017). Dislipidemi, hipertansiyonun gelişiminde önemli bir faktördür, çünkü vücutta nitrik oksitin biyoyararlanımını azaltır ve vazokonstriktör maddelerin salınımını artırarak kan damarlarını daraltır, bu da kan basıncının yükselmesine yol açar (Tekin, 2015)

Diyabet: Diyabet, KAH için bağımsız bir risk faktörüdür. Yetişkin diyabetlilerde, diyabetli olmayan yaşlılarına kıyasla kadınlarda koroner kalp hastalığı riskini yedi kat, erkeklerde ise iki-üç kat artırmaktadır (ESC, 2013).

Sigara Kullanımı: Sigara, tüm dünyada her iki cinsiyet için de KAH'ın en güçlü ancak önlenbilir risk faktörlerinden başında gelmektedir.

Sigaranın bırakılması, koroner kalp hastalıkları ve diğer kardiyovasküler komplikasyonların önlenmesinde temel bir strateji olarak ön plana çıkmaktadır (WHO,105; SB, 2015,2020; ESC, 2017).

Alkol Kullanımı: Fazla miktarlarda alkol tüketimi arter düz kasları üzerinde ki olumsuz etkileri sonucu; damar sertliği ile birlikte hipertansiyona sebep olarak ateroskleroz oluşma riskini artırdığı bildirilmektedir (Kolcu ve Şan, 2006; ESC, 2013a; ESC, 2017)

Hiperlipidemi (Dislipidemi): KAH riskini artıran en önemli önlenbilir faktörlerden biri dislipidemi, yani kan yağlarının anormal seviyeleridir. Dislipidemi, ateroskleroz patogenezinde temel bir faktör olarak yer alır ve oldukça yaygın görülür. Avrupa ve Kuzey Amerika'da nüfusun yarısı dislipidemiden etkilenirken, Türkiye'de ise erişkin nüfusun yaklaşık %80'inde dislipidemi mevcuttur. (ESC, 2013a; ESC, 2017; SB, 2019).

Tablo 1. Kan Lipid düzeylerinin sınıflandırılması.

Lipit Türü	Düşük Risk (İdeal)	Yüksek Risk
Total Kolesterol (mg/dL)	< 200	≥ 240
LDL Kolesterol (mg/dL)	<100	≥ 160
HDL Kolesterol (mg/dL)	≥ 60	< 40
Trigliseridler (mg/dL)	<150	≥ 200

(Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019).

Fiziksel Aktivite: Düzenli fiziksel aktivite (haftada 3 gün en az yarım saat süren spor) sağlıklı bir yaşam için önemli ve KAH'nın önlenmesinde etkilidir. Uluslararası kılavuzlar tarafından haftada en az üç kez, 30 dakika süren, orta şiddetli, aerobik egzersiz, yürüyüş ya da hafif tempoda koşma önerilmektedir (ESC, 2013a; ESC, 2017; Sağlık Bakanlığı, 2019).

Kilo Yönetimi ve Obezite: Hem kilo fazlalığı hem de obezite, KAH'da ölüm riskini artırmaktadır (ESC, 2017). Obez ve aşırı kilolu bireylerde kilo vermenin, kan basıncı, dislipidemi ve glukoz metabolizması gibi kardiyometabolik risk faktörlerini azaltmaktadır. Kılavuzlar, beden kitle indeksinin (BKİ) **25 kg/m² altında olmasını** optimal bir hedef olarak belirtmektedir (Collaboration APCS, 2016; ESC, 2017; AHA, 2018)

Tablo 2. BKİ sınıflandırılması.

BKİ Değeri (kg/m ²)	Sınıflama
16- 16.9	Aşırı Zayıf
17- 18.4	Zayıf
18.5- 24.9	Normal Kilolu
25- 29.9	Kilolu
30- 34.9	Obez (Sınıf 1)
35- 39.9	Obez (Sınıf 2)
40 ve üzeri	Morbid Obez

(AHA, 2019)

Sağlıksız Beslenme Alışkanlıkları ve Diyet: Doymuş yağların, trans yağların ve tuzun fazla tüketilmesi, meyve, sebze ve balık tüketiminin yetersiz olması kalp ve damar hastalıkları riskini artırmaktadır (TURDEP, 2013).

KAH açısından kan lipit düzeylerini etkileyen yağ asitleri, mineraller, vitaminler ve lif diyet de önemli besinler olarak görülmektedir (TKD, 2012; ESC, 2017). Akdeniz diyeti **LDL kolesterol** düzeylerini düşürmek ve kalp sağlığını iyileştirmek amacıyla önerilen bir beslenme tarzıdır. Bu diyetle, diyetin enerjisinin %10 veya daha azının doymuş yağlardan gelmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca, **trans yağ asitlerinin** alımını sınırlamak da önemli bir hedefdir.

Akdeniz diyetinin temel özellikleri arasında meyve, sebze ve lif açısından zengin besinler, düşük sodyum alımı ve haftada bir veya iki kez balık tüketimi yer alır. Bunun yanı sıra, **günde 30 gram yağlı tohum** (örneğin ceviz, badem gibi) tüketilmesi önerilmektedir.

Obezite ve çoklu metabolik risk faktörü taşıyan bireyler için tedavi, kalori kısıtlaması ve artan enerji tüketimi ile başlar. Bu beslenme tarzı, kardiyovasküler hastalıklar riskini azaltarak genel sağlığı iyileştirmeyi amaçlar. (TKD, 2012; ESC, 2017).

2.4. Miyokard İnfarktüsü Belirti ve Bulguları

MI kalp kasındaki Oksijen ihtiyacı ile talebi arasında dengesizlik sonucu ortaya çıkar. Bu nedenle belirti ve bulgular bu iskemik durumla ilgilidir. MI saptanmasına hasta öyküsü, EKG bulguları, serum biyobelirteçlerinin yüksekliği yardım eder. Epigastrik bölgede başlayıp alt çeneye yayılan yanıcı, batıcı ağrı, sol üst kol ağrısı, hareketle gelen

dinlenirken hissedilen ve geçmeyen göğüs ağrısı miyokard iskemisine işaret eder. Miyokard tabakasındaki iskeminin diğer belirtileri arasında dispne ve yorgunluk yer alır (Thygesen, 2019). Retrosternal göğüs ağrısı sıkıştırıcı ve ezici tarzdadır. Ağrı, sol omuza, boyuna, kollara yayılır ve aralıklı ya da kalıcı olabilir. Ağrı dağınık olup lokalize değildir, pozisyon değişikliklerinden veya bölgenin aktif hareketinden etkilenmez ve 20 dakikadan uzun süreli olarak görülür (ESC, 2019). Ancak bu semptomlar miyokard iskemisi için spesifik değildir ve pulmoner, nörolojik, kas-iskelet veya gastrointestinal sistem şikayetleri gibi diğer durumlarda da gözlenebilir. Karın ağrısı, dispne, senkop, terleme ve bulantı gibi ek semptomlar da hastalarda mevcut olabilir (AHA, 2020)

AMI kardiyak arrest ya da aritmi gibi belirtilerle ya da hiç belirti vermeden de görülebilir. (Thygesen, 2019). Hasta da baş dönmesi, terleme, boğulma hissi, düzensiz kalp atış hızı, endişe hali, öksürük ve hırıltı sesleri, Ventriküler aritmi, taşikardi veya atriyal fibrilasyon diğer ilişkili bulgulardır. Fizik muayenede kalp ve akciğer seslerinin dinlenmesi, terleme dahil olmak üzere yaşam bulgularının ve bireyin görünümünün kaydedilmesi çok önemlidir. Kan basıncı genellikle yüksektir. Hasta şok tablosunda ise hipotansiyon, Hastanın Boyun damarlarında dolgunluk var ise sağ ventrikül yetmezliği, hastada hırıltı ve rallerin saptanması ise pulmoner ödeme işaret eder. Siyanoz veya ödem soğuk olan ekstremitelerde görülebilir (Mechanic, 2021). Terleme ve iki taraflı kola yayılan ağrının en çok erkeklerde MI ile ilişkili olduğunu bulmuştur (Mechanic, 2021; ESC, 2013; AHA, 2019).

2.5. Miyokard İnfarktüsü Tanısı

MI tanısında; gözlenen klinik belirti ve bulgular, EKG bulguları ve kardiyak biyobelirteçler kullanılmaktadır. İskemik olmayan miyokard hasarı, miyokardit gibi birçok kardiyak duruma ikincil olarak ortaya çıkabilir veya böbrek yetmezliği gibi kalp dışı durumlarla ilişkili olabilir. Uzman klinisyenler, cTn değerleri yüksek olan hastaların iskemik olmayan miyokard hasarı mı yoksa MI alt tiplerinden birini mi yaşadığını ayırt etmelidir. Miyokard iskemisinin varlığını destekleyecek başka kanıt yoksa, miyokard hasarı tanısı konmalıdır. Miyokard infarktüsü tanısı miyokard iskemisinin kanıtları ile birlikte akut miyokard hasarı olduğunu gösteren anormal kardiyak biyobelirteçlerin kanda yükselmesi ile konur. Miyokard infarktüsü, kalbin bir kısmına kan akışının azalması veya durmasından kaynaklanan, kalp kasının nekrozuna yol açan klinik bir durumdur. Epikardiyal arterde oluşan trombus kalp kasının beslenmesini engeller. Etiyolojik olarak

trombüs olmadan gelişen MI vakaları mevcuttur. Kalp kasına ulaşan kan miktarı, kalp kasının oksijen ihtiyacına eşit olmalıdır. Buna arz talep oranı denir. Kalp atımlarının çok hızlı olması (çok fazla talep) veya kan basıncında düşme (çok az arz) ile meydana gelebilecek arz talep dengesizliğinin (çok az arz veya çok fazla talep) herhangi bir trombüs varlığı olmadan miyokardiyal hasara yol açtığı bilinmektedir (Thygesen, 2023; TKD, 2024). Miyokard infarktüsü tanısı için; kan testinde kalp kası hasarı sonucu ortaya çıkan (troponin I veya troponin T) değerlerinde yükselme veya düşüşün (veya her ikisi) olması, En az bir değer üst referans sınırı olan 99. persantilin üzerinde olması, EKG’de patolojik Q dalgalarının gelişmesi, İskemi belirtileri, Anjiyografi veya otopside intrakoronar trombüs belirlenmesi, **Yeni ST-T değişikliklerinin** anlamlı olması, Canlı miyokard kaybının yeni olması, Yeni sol dal bloğu, Kalp kasındaki hareket bozukluğunun bölgesel görüntüleme yöntemleri ile yeni belirlenmesi bulgularından en az birinin varlığı yeterlidir. Anormal kardiyak biyobelirteçler tarafından saptanan akut miyokard hasarı, akut miyokard iskemisinin kanıtıdır (Thygesen , 2019).

Miyoglobin, troponin, kreatin kinaz (CK), kreatin kinaz miyokard bandı (CKMB), kardiyak biyokimyasal belirteçlerdir. Periferik kandan ölçümleri yapılabilen miyokard hasarını gösteren parametrelerdir. Miyokardiyal iske mi semptomlarıyla ilişkili olarak “Upper Reference Limit (URL) Üst Referans Sınırı”nın 99 persantilin üzerinde en az bir değere sahip cTn değerlerinin yükselen ve/veya düşen parametreleri, MI’ı gösterir. Kardiyak troponin değerlerinin 0. saat, 3. saat ve 6. saatlerdeki seri testi, miyokard hasarının şiddeti ve süresi hakkında daha iyi bir bakış açısı sağlar. Kreatin kinaz miyokard bandı, MI belirtileri başladıktan 10 ile 18 saat içinde pik yapar. Total CK ise 12 ile 24 saatte pik yapar.

Sonuç olarak Akut miyokard iskemisinin klinik kanıtı olan cTn değerleri 99. persantil üzerinde olmalı ve aşağıdaki ek semptomları içermelidir;

- Miyokard iskemisinin belirtileri
- EKG’de yeni iskemik değişiklikler
- Q dalgalarının patolojik gelişimi
- Etiyolojisinde iske mi bulunan yeni bölgesel duvar hareketi anormalliği veya yeni canlı miyokard kaybı görüntüleme kanıtı
- Ex halinde Otopsi veya anjiyografi ile koroner trombüsün tanımlanması (TKD, 2024)

2.6. Miyokard İnfarktüsünde Medikal Tedavi

AMİ tedavisindeki temel hedefler; göğüs ağrısının hafifletilmesi, miyokardiyal hasarın yayılmasının önlenmesi, kardiyovasküler stabilitenin sağlanması, kalbin iş yükünün azaltılması ve olası komplikasyonların önlenmesidir.

Morfin

Morfin, AMİ tedavisinde hastanın ağrısının hafifletilmesi ve rahatlatılması için kritik bir öneme sahiptir. Ağrının kontrolü, sempatik sinir sistemi aktivitesinde artışa bağlı gelişebilecek primer ventriküller fibrilasyon gibi komplikasyonların riskini azaltır ve aynı zamanda hastanın ölüm korkusunu gidermeye yardımcı olur.

AMİ tanısı konulduğunda, morfin sülfat 2-5 mg intravenöz (IV) yolla hemen uygulanmalıdır. Gerekli görüldüğünde, bu doz 5 dakikalık aralıklarla 20-25 mg'a kadar tekrarlanabilir. Bunun yanı sıra, hasta ile etkili bir iletişim kurmak, güven duygusu vermek ve rahatlama sağlamak tedavinin önemli bir parçasıdır (TKD, 2024).

Oksijen

AMİ geçiren hastalarda başvuru ilk tedavi yöntemlerinden biri oksijen desteğidir. AMİ tanısı konulan tüm hastalara, ortalama 4 litre/dakika hızında oksijen verilmesi, özellikle ilk 2-3 saatlik dönemde uygun bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (TKD, 2024).

Aspirin

Aspirin, tekrarlayan iskemik olayları ve koroner re-oklüzyonu önlemede oldukça etkili bir ilaçtır. AMİ tanısı alan hastalara, derhal 300 mg aspirin çiğnetilmesi ve ardından ömür boyu kullanılması önerilmektedir (TKD, 2024).

Trombolitik Tedavi

Trombolitik ajanlar, plazminojeni aktif enzim formu olan plazmine dönüştürerek etki gösterir. (Yardımcı, 2010; TKD, 2024).

Nitrogliserin

Nitratlar, damar düz kas hücrelerine etki ederek venlerde vazodilatasyona neden olur, bu da kalbin ön yükünü (preload) ve art yükünü (afterload) azaltarak miyokard iskemisini ve miyokardın oksijen ihtiyacını düşürür. Aynı zamanda, normal ve stenotik koroner

damarlarda vazodilatör etki göstererek koroner kan akımını artırır (TKD, 2024; Tekin, 2017; TKD, 2023).

Heparin

Heparin, AMİ geçiren hastalarda kan damarlarında trombüs oluşumunu engelleyerek antikoagülan etkisi sağlar. Tedavi sırasında aPTT düzeyinin başlangıç değerine göre 2-2,5 kat artırılması amaçlanır. (Çeneli, 2001; Tekin, 2015; ESC, 2015; TKD, 2024).

Beta Reseptör Blokerleri

Beta reseptör blokerleri, miyokardiyal kontraktiletiyi azaltarak miyokardın oksijen ihtiyacını düşürür. Aynı zamanda, kalp hızını yavaşlatıp diyastolik doluş süresini uzatarak infarktüs bölgesinin perfüzyonunu artırır (TKD, 2024; Bangalare, 2012). (Çeneli, 2001; Tekin, 2015; ESC, 2017; TKD, 2024).

ACE İnhibitörleri (Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Blokerleri)

ACE inhibitörleri, kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde vasküler koruyucu etkileri nedeniyle öncelikli olarak tercih edilen ilaçlar arasında yer alır (ESC, 2017; TKD, 2024).

Kalsiyum Kanal Blokerleri

Kalsiyum kanal blokerleri, koroner damarlarda vazodilatasyon yaparak iskemik miyokardın kanlanmasını artırır ve kalsiyuma bağlı çalışan myosin-ATPaz aktivitesini azaltarak kalbin oksijen ihtiyacını düşürür. Bu etkileriyle miyokard iskemisinin tedavisinde önemli bir yer tutarlar (Tekin, 2015; TKD, 2020; ESC, 2017).

Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA)

Koroner anjiyografi, AMI tedavisinde koroner damar yapısını ve tıkanıklıkların şeklini en iyi gösteren tanı aracıdır. Bu işlem sonrası koroner arterlerdeki daralmalar veya tıkanmalar tespit edildikçe, tedavi amacıyla perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA) ve/veya stent yerleştirilmesi yapılabilir. Bu işlemler, kardiyak kateterizasyon laboratuvarlarında, lokal anestezi altında gerçekleştirilir. İşlem sırasında, femoral arter veya ven yolu ile kontrast madde verilerek koroner anjiyografi yapılır. Bu anjiyografi ile damarlar arasındaki tıkanıklıklar belirlenir ve ardından kılavuz tel ve balon kullanılarak darlık olan bölgelere müdahale edilir. Balon tedavisi ile darlık açılmadığı takdirde, koroner stent uygulanır.

İşlem sonrasında hastalar, kanama, tekrarlayan göğüs ağrısı, bulantı, kusma, alerjik reaksiyon ve enfeksiyon gibi belirtiler açısından gözlemlenir. Ayrıca, nabız ve tansiyon kontrolü de yapılır (TKD, 2024).

2.7. Miyokard Enfarktüsünde Yaşam Tarzı Değişikliği ve Psikososyal Uyum

MI tedavisinin ana hedefi, kardiyak olayların yeniden yaşanmasını engellemek ve komplikasyonları önleyerek hastanın sağlığını iyileştirmektir. Ayrıca, yaşam tarzı değişikliklerinin benimsenmesi de büyük önem taşır. Bu değişikliklerin, özellikle miyokard enfarktüsüne neden olan risk faktörlerinin yönetilmesi açısından kritik rol oynadığı vurgulanmaktadır. Amerikan Kalp Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, yaşam tarzı değişikliklerini tedavi sürecinin önemli bir parçası olarak kabul etmektedir (ESC, 2017; AHA, 2014). Özellikle dislipidemi, hipertansiyon, obezite, hareketsiz yaşam tarzı, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve sigara kullanımı gibi koroner arter hastalığı (KAH) risk faktörlerinin arttığı gözlemlenmektedir. Bu faktörlerin tümü, bireylerin yaşam tarzı değişiklikleri ile yönetilebilecek unsurlar olup, bu risklerin önlenmesi ve kontrol edilmesi konusunda hala etkin müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bununla birlikte, bu alışkanlıkların değiştirilmesi zaman alabilen bir süreçtir (ESC, 2012; AHA, 2014; Jensen ve Petersson, 2003).

MI sonrası yaşam tarzı değişikliklerinin, hastaların enfarktüs riski ve ölüm oranlarında önemli ölçüde azalma sağladığı gözlemlenmiştir. Düzenli egzersiz programlarının ölüm oranlarını %20 oranında azalttığı, sigara içmenin bırakılmasının yeni enfarktüs riskini ve bir yıl içindeki ölüm oranlarını %50 oranında düşürdüğü; diyet değişiklikleri ve lipid düşürücü ilaçların kullanımı, yeni enfarktüs riskini %34, toplam ölüm oranını ise %30 oranında azalttığı bildirilmiştir (ESC, 2012; ESC, 2013b; AHA, 2014a; AHA, 2014b; ESC, 2017).

MI sonrası komplikasyonların önlenmesi, semptomların hafifletilmesi ve psikososyal iyilik halinin sürdürülmesi için uyum ve baş etme stratejilerinin önemi büyük bir rol oynamaktadır (Garnefski, 2009; Mierzyńska , 2010; Tuomaala , 2012). Uyum, bireyin çevresindeki taleplere karşı verdiği tepkilerle tanımlanabilir (Duru, 2008). MI tanısı sonrasında diyet değişiklikleri, egzersiz artışı, kilo verme ve farmakoterapi tedavisine devam etme gibi yaşam tarzı değişikliklerine uyum, hastaların hastalığa karşı gösterdiği uyumun göstergelerindedir (Beswick ve diğerleri, 2005; Uzun, 2007; Hacıhasanoğlu,

2009; Kep ve diğeri, 2013). Hastaların sağlıklı yaşam tarzını benimsemekte isteksiz olmaları ve bu değişiklikleri nasıl uygulayacakları konusunda kararsızlık yaşamaları, uzun süreli uyumu zorlaştıran faktörlerdendir (Hacıhasanoğlu, 2009; Duran, 2013).

Uyumun artırılması, MI sonrası hastaların aktif yaşamlarına geri dönmelerini, sağlıklı bir yaşam sürmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullara ulaşmalarını sağlar (Kep, 2013; Karmali, 2014). Kardiyak rehabilitasyon programları, hastaların uyumunu kolaylaştıran etkili bir girişim olarak belirlenmiştir (Beswick, 2005). Yapılandırılmış hemşire-hasta görüşmeleri, taburculuk sonrası erken görüşmeler, hasta eğitimleri, sağlık profesyonelleriyle iletişim gibi girişimler, uyumun artmasında etkili olabilmektedir (Davies, 2010; Karmali, 2014).

MI sonrası hastalar, fiziksel değişikliklerle birlikte psikososyal zorluklarla da karşılaşmaktadır (Beswick, 2005; Tuomaala, 2012; Larsen, 2013). Duygusal, ailevi, sosyal ve mesleki sorunlarla başa çıkma ve yaşam tarzı değişikliklerine uyum, hastaların psikososyal durumlarını önemli ölçüde etkileyen faktörlerdendir (Garnefski ve diğeri, 2009; Mierzyńska ve diğeri, 2010; Türkmen ve Çam, 2012; Tuomaala ve diğeri, 2012). Stresle başetme, kişilerin zorluklarla mücadele etme yollarını ifade eder (Lazarus ve Folkman, 1984). Bireyler stresli durumları 'tehdit' olarak görmek yerine 'değişiklik' olarak değerlendirebilir ve problem odaklı veya duygu odaklı başetme stratejilerini kullanabilirler (Lazarus ve Folkman, 1984; Snyder ve Crowson, 1998). Olumlu başetme deneyimleri, durumu kabul etme ve geleceğe odaklanma gibi davranışlarla belirgindir, olumsuz başetme ise durumun reddedilmesi, duygusal tükenme ve depresif davranışlarla kendini gösterebilir. (Tuomaala, 2012). Psikososyal faktörlerin kardiyovasküler hastalık riskini artıran mekanizmaları arasında sigara içme, sağlıksız beslenme ve düşük fiziksel aktivite gibi davranışlar yer almaktadır (Garnefski., 2009; Türkmen ve Çam, 2012). Ayrıca, düşük sosyo-ekonomik düzey, sosyal destek eksikliği ve depresyon gibi faktörler hastaların klinik seyrini olumsuz etkiler. (ESC, 2012).

2007 yılında değiştirilen "Hemşirelik Kanunu" ve 2010 yılında yayımlanan "Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği", hemşirelerin sağlığın korunması ve geliştirilmesindeki rollerini daha belirgin hale getirmiştir. Bu düzenlemelerle hemşirelerin eğitim, danışmanlık, araştırma, kalite iyileştirme ve yönetim gibi işlevleri tanımlanmış, özellikle eğitici rolleri ön plana çıkarılmıştır (Doğu Ö, 2015; Hemşirelik hizmetleri yönetmeliği, 2010; Hemşirelik Kanunu 2015). Profesyonel Hemşirelik hizmetleri, bireyi holistik yaklaşım ile ele alarak, kalp hastalığı riskini azaltmayı ve bireylerde sağlıklı yaşam

davranışları geliştirmeyi hedeflemektedir (Uzun, 2007). Aynı zaman da kalp hastalarına yönelik eğitim planlamalarının kan basıncının kontrol edilmesi, daha sağlıklı diyet alışkanlıkları kazanılması ve düzenli egzersiz yapılması gibi olumlu sonuçlar doğurduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca bu eğitimlerin mortalite oranlarını azaltarak sosyal uyumu artırdığı belirlenmiştir (Durna Z, 2014).

2.8. Miyokard Enfarktüsünde Yaşam Kalitesi

Tarihsel olarak Felsefeci Aristo ile başlayan ve yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk kavramları ile eş anlamlı olarak kullanılan yaşam kalitesi kavramı; öncelikle sosyoloji ve ekonomi alanlarında ele alınmış, daha sonra psikoloji ve tıp bilimlerine dahil edilmiştir. Hemşirelik mesleğinde bu kavramın kullanımı ise 1980'li yıllarda bütüncül hemşirelik yaklaşımının benimsenmesi ile başlamış ve kronik hastalığı olan bireylerin bakımında önem kazanmıştır. (Nguyen, 2010; Gürel, 2007)

Yaşam kalitesi, kapsamlı ve tanımlanması zor bir kavram olarak bireylerin yaşamlarına ilişkin subjektif doyumunu ifade etmektedir. Bu kavram, genel anlamda yaşam memnuniyeti ve doyumu ile özdeşleştirilmektedir. WHO tarafından yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamındaki pozisyonunu, yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde algılama biçimi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, bireyin amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile doğrudan ilişkili şekilde yaşamdan elde ettiği doyumu kapsar (WHO, 2021; Nguyen, 2010)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı ise, genellikle “bir hastalık veya tedavi nedeniyle etkilenen fiziksel, duygusal ve sosyal unsurları içeren çok boyutlu bir kavram” olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram, sadece fizyolojik fonksiyonların değerlendirilmesiyle sınırlı kalmaz, aynı zamanda hastalığın ve uygulanan tedavi yöntemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini, bireyin bu etkileri nasıl algıladığıyla da ilişkilidir (Boylu, 2015). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçümü, hastalıkların bireyin günlük yaşamı üzerindeki etkisini, bireylerin algılarını, bilgi durumlarını ve hastalık sürecinde sosyal, emosyonel ve fiziksel desteğe duydukları ihtiyacı belirlemeye yönelik kritik bilgiler sunar. Ayrıca, sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hemşirelik bakımında bütüncül yaklaşımı desteklerken, bakımın planlanması ve değerlendirilmesinde sağlık profesyonellerine yol gösterici bilgiler sağlamaktadır (Gürel, 2007; Uysal, 2009; Fallowfield, 2009)

Miyokard enfarktüsü, çoğunlukla üretken yaş grubunda daha sık görülür ve akut dönem sonrasında ritim bozuklukları, kalp yetmezliği ve post-enfarktüs anjina gibi ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır. Aynı zamanda, tekrarlama riski ve iş gücü kayıplarının yol açtığı ekonomik yük nedeniyle önemli bir sağlık problemi olarak değerlendirilmektedir. Bu durumlar, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde kötü bir şekilde etkilemektedir (Uysal, 2009; Chan, 2004; Mendis ,2005; 2009; Yılmaz ,2011; AHA, 2017; WHO, 2014; AHA, 2015; ESC, 2017). Yaşam kalitesini düşüren başlıca etmenler arasında göğüs ağrısı, anksiyete ve depresyon bulunmaktadır. MI geçiren hastalarda sırasıyla ilk birkaç günde anksiyete, sonraki günlerde genellikle inkar, tedaviye direnç ve sonrasında ise depresyon belirtileri yaygın bir şekilde görülmektedir (Güneş, 2002; Mead, 2010). Kadınlar, erkeklere kıyasla AMI sonrası daha yüksek oranda dispne, halsizlik ve uyku sorunları yaşamaktadır. MI sonrası ilk aylarda hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir düşüş yaşandığı belirlenmiştir (Rancic, 2013).

Yapılan araştırmalar, hastaların yeterli bilgilendirme ve eğitim aldıklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini, fiziksel aktivitelerinin arttığını ve yaşam kalitelerinin iyileştiğini ortaya koymaktadır (Chan 2004; Özbay, 2011). AMI geçiren hastalara taburculuk sonrası verilen eğitim ve takiplerin; hastaların bilgi düzeyinde artış, duyu durumlarında olumlu değişiklikler, tedaviye yönelik memnuniyette yükselme ve aktivitelerdeki kısıtlamaların azalmasıyla yaşam kalitelerini belirgin şekilde iyileştirdiği saptanmıştır (Uysal ve Özcan, 2012).

MI sonrası hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalığın bireyin günlük hayatı üzerindeki etkilerini, hastaların bu etkileri nasıl algıladıklarını ve bilgi düzeylerini ortaya koymanın yanı sıra, hastalık sürecinde sosyal, duygusal ve fiziksel desteğe olan ihtiyaçlarının belirlenmesine olanak tanımaktadır. Bununla birlikte, yaşam kalitesi ölçümleri, hemşirelik bakımının planlanması, koordinasyonu ve değerlendirilmesi süreçlerinde sağlık profesyonellerine değerli bilgiler sunarak etkili bir bakım yönetimine katkı sağlamaktadır (Dural, 2017; Cepeda, 2011; Özcan, 2012).

2.9. Geçiş Kuramı

2.9.1. Meleis'in Geçiş Kuramına Genel Bakış

Geçiş kuramı; Mısır kökenli hemşire bilim insanı Afaf İbrahim Meleis tarafından temelleri atılan ve 60 yıllık bir süreçte geliştirilen bir grand hemşireilk teorisidir. Meleis geçişi; insan yaşamının bir evresinde, durumunda, koşulunda değişiklik ya da bir yerden diğerine geçmek (göç), hareket etmek olarak tanımlamıştır (Schumacher ve Meleis, 1994). Anne olmak, bir yakınını kaybetmek, menopoza girmek, kronik bir hastalık tanısı almak, göç etmek, yeni bir işe başlamak ya da emekli olmak geçiş kuramına göre birer geçiş örneğidir. Meleis Kuramında 4 tip geçişten bahsetmiştir. Bu geçiş tipleri; gelişimsel, sağlık-hastalık, durumsal ve kurumsal geçişlerdir. Geçiş; zaman ve hareket kavramlarını birlikte çağrıştır. Bir diğer deyişle geçiş için zaman ve devinim ön şartlardır. Bu nedenle geçiş; değişimin zamanla ilişkilendirilmesi olarak da düşünölebilir (Meleis, 2010). Geçiş; gerçeklik bozulmuşsa, var olanın düzenlenmesi ya da yeniden inşa edilmesi gerekiyorsa gerçekteşir(tetikleyici) (Selder. 1989).Gelişim teorisinden köken alan Geçiş Kavramı; insanların yaşam boyunca bir aşamadan diğerine geçtiği süreci tarif eder (Lenz, 2001)

Geçiş Kuramı'nın gelişimi 1960'lı yılların ortalarında Meleis'in doktora eğitimi sırasında başlamıştır. Yüksek lisans ve doktora çalışmalarında gebeliğin planlanması ve ebeveynlik rollerinde ustalaşma olguları üzerine odaklanan Meleis, ailedeki çocuk sayısının etkin ya da etkin olmayan planlanmasında eş ile ilişki ve etkileşimin rolünü araştırmıştır. Daha sonra sağlıklı geçişler yapmayan bireylere ve sağlıklı geçişleri kolaylaştıracak uygulamaların keşfine odaklanmıştır (Smith ve Parker, 2015; Emı, 2013).

Meleis'in araştırma soruları, sağlıklı geçişler yaşamayan bireylerin karşılaştığı sorunlar, hemşirelerin bu kişilere nasıl bakım sundukları ve bireylerin sağlıklı geçişler deneyimleyebilmeleri için hemşirelerin hangi uygulamaları kullanabilecekleri üzerine odaklanmaktadır. Bu sorular, Meleis'in klinikte kronik hastalıklar ve ebeveynlik üzerine gözlemler yapmaya başlamasıyla şekillenmiştir (Meleis, 2010). Bu süreçle birlikte, Meleis, rol yetersizliğine (role insufficiency) yol ačan sağlıksız ve etkili olmayan geçişleri ilk kez tanımlamıştır. Meleis geçişlerle ilgili ilk çalışmalarında, sağlıksız ya da etkin olmayan geçişleri "rol yetersizliğinin eksikliği" ile ilişkilendiriyordu. Meleis kuramında, kurumsal, gelişimsel, durumsal ve sağlık-hastalık geçişleri sırasında bireyler tarafından deneyimlenen rol yetersizliğini, rolle ilişkili duyguların ve amaçların farkındalığında zorlanma olarak

tanımlamıştır (Meleis, 1975). Bu farkındalık kavramı üzerindeki yeni yoğunlaşma Meleis'in sağlıklı geçişlerin amacını, **“yeni roller ve kimlikler ile sorunsuz süreçlerle ilişkili davranışlar, duygular ve ipuçlarında ustalık”** olarak tanımlamasını sağlamıştır. (Meleis, 2015-2020)

Meleis kuramının müdahale ile ilgili temel kavramlar kısmına süreç ve sonuç örüntüleri şeklinde hemşirelik terapötikleri (girişimleri) eklemiştir. Hemşirelikte bilgi geliştirmenin hemşirelik terapötikleri ile sağlanabileceğini öne sürmüş ve hemşirelik müdahaleleri kavramları olarak rol desteği, bilgi vermek (eğitim), gelişim sürecini başlatmıştır (Im, 2021).

Geçiş kuramı müdahalelerin (hemşirelik terapötik girişimleri) amacı, sağlıklı süreç ve sonuç yanıtlarını kolaylaştırmaktır. Sağlıklı geçiş sürecini sağlayan hemşirelik müdahaleleri arasında **“anlamları netleştirme, önemli noktaları tanımlama, desteği harekete geçirme ve başkalarının rolünü modelleme ve bilgi verme”** yer almaktadır (Meleis, 2015; Ambusaidi ve Almaskari, 2021).

2.9.2. Geçiş Kuramının Gelişmesinde Etkili Faktörler ve Kuramın Gelişim Süreci

Geçiş Teorisi'nin temelleri, Meleis'in yüksek lisans tezinin bulgularına dayanmaktadır. Bu tez, kronik hastalıkla yaşayan bireylere bakım veren eşlerin iletişim ve etkileşimini incelemiştir. Meleis, doktora tezinde ise, kronik hastalıkla başa çıkan ailelerde eşlerin birbirlerinin rollerini tanımlamalarını ele almış; etkili diyaloglar kurarak bakım verenlerin rollerini geliştirmeyi, netleştirilen roller doğrultusunda etkili iletişim kurmayı ve ailelerin geleceğini etkin şekilde planlayabilmelerini sağlamak amacıyla hemşirelik girişimlerinin önemini vurgulamıştır. Bu süreçteki klinik deneyimleri ve anne-baba-bebek ilişkilerine dair gözlemleri, teori geliştirme konusunda Meleis'e önemli bir rehberlik yapmıştır. Meleis, 1960'lı yıllardan itibaren bireylerin gelişimsel, durumsal, sağlık/hastalık ve kurumsal geçişlere hazırlanmalarını sağlamak, iyilik halleri ve geçişle başa çıkmalarını desteklemek gerektiğini fark etmiş ve bu konuyla ilgilenmeye başlamıştır. Meleis'in sonraki çalışmalarının odak noktası, bireylerin sağlıklı geçiş yaşamalarını engelleyen faktörleri belirlemek, bu engelleri azaltmak ve sağlıklı geçişi sağlamak için yapılabilecek hemşirelik girişimlerini geliştirmektir (Meleis, 2010; Meleis, 2007; Wilson N, 2009; Yeşilfidan , 2022).

Meleis, Geçiş Teorisi'ni geliştirirken, Florence Nightingale'in çevre teorisinden etkilenmiş olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, bireylerin birbirleriyle nasıl etkileşimde bulduklarına dair felsefi bir bakış açısı sunan sembolik etkileşimcilikten de ilham almıştır. Duruma özgü geçiş teorisini oluştururken, toplumsal olarak marjinal ve kırılğan durumda olan bireylerin geçiş deneyimlerini ve bu süreçte nasıl başa çıktıklarını araştırmıştır.

Duruma özgü geçişleri açıklarken postmodernizm ve feminist teorilerden faydalanmıştır. Meleis, hemşirelik teorilerinin çoğunda esas unsurun, hasta bireyin önceki ve sonraki yaşam değişimlerinin farkına varmak olduğunu vurgulamıştır. Bu bağlamda, hastalıkların bireylerin büyüme ve gelişmesi için bir fırsat sunduğuna değinen, hemşirelik teorilerinin ilk örneklerinden biri olan Peplau'nun teorisiyle, Travelbee'nin hasta-hemşire terapötik ilişki kuramının Geçiş Teorisiyle yeniden ele alınabileceğini ifade etmiştir. Meleis, Geçiş Teorisi'nde Roy'un Adaptasyon Teorisi, Roger'sın üniter insan kuramı ve Orem'in öz bakım teorisinin temel kavramlarından etkilenmiştir (Meleis, 2010; Meleis, 2007; Wilson, 2009).

Meleis'in teorisinin şekillenmesine katkıda bulunan bir diğer önemli kaynak, Van Gennep'in antropolojik eseri *Geçitler Töreni* olmuştur. Van Gennep, kültürel beklentiler, sosyal roller, statü değişiklikleri, kişilerarası ilişkiler ve gelişimsel ya da durumsal değişiklikler ışığında gerçekleşen geçişleri "geçitler töreni" olarak tanımlamıştır. Bu sosyal geçişler, yaşamda bir yolculuk olarak nitelendirilebilir. (Smith ve Parker, 2015; Im, 2021).

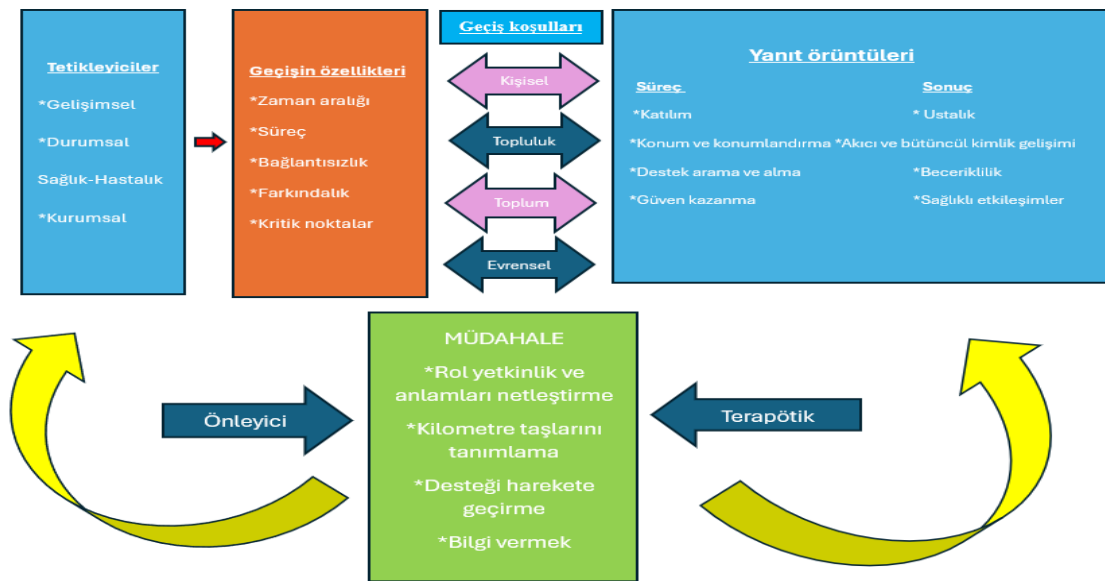
2.9.3. Geçiş Kuramının Varsayımları

- Bir insanın olaylar karşısında tepkileri önemli kişiler ve referans gruplarıyla olan etkileşimlerle şekillenir.
- Sağlık ve hastalık yoluyla meydana gelen değişim olay ve durumlar, olay zamanında veya öncesinde başlayan ve olay zamanını aşan bir süreci tetikler.
- Farkında olsun ya da olmasın, bireyler ve/veya aileler, çeşitli tepkiler ve sonuçlarla değişimler tarafından tetiklenen bir süreç yaşarlar.
- Geçiş deneyiminin sonuçları deneyimin doğasına göre şekillenir.
- Önleyici ve tedavi edici eylemler, sonuçları etkiler.
- Bireyler, çevrelerinden etkilenen yeni rolleri öğrenme ve hayata geçirme kapasitesine sahiptir.

- Önemli ve iyi desteklenmiş kanıtlar üreterek, sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikler daha adil dağıtım sistemlerine dönüştürülebilir.
- Cinsiyet, ırk, kültür, miras ve cinsel yönelim, insanların deneyimlerini ve sağlık-hastalık olaylarının sonuçlarını ve ayrıca sağlanan sağlık hizmetlerini şekillendiren bağlamlardır.
- Hemşirelik perspektifi hümanizm, bütünsellik, bağlam, sağlık, esenlik, hedefler ve profesyonel bakım ile tanımlanır.
- Çevre; fiziksel, sosyal, kültürel, örgütsel ve toplumsal olarak tanımlanır ve deneyimi, müdahaleleri ve sonuçları etkiler.
- Bakım süreçleri bireyler, aileler ve toplulukların ortaklığıyla sağlanır (Körükçü, 2015; Meleis, 2015; Im, 2017)

2.9.4. Geçiş Kuramının Kavramları

Geçiş teorisi, yeni beceriler, duygular, hedefler, davranışlar veya işlevler gerektiren bir olay, durum veya büyüme ve gelişme aşamasıyla yüzleşen, onlarla yaşayan ve başa çıkan bireylerin deneyimlerini tanımlamak için bir çerçeve sağlar. Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, akut MI geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesine ve uyuma etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, Meleis tarafından geliştirilen Geçiş Teorisi'nin kavramları hemşirelik girişimleri ile ilişkilendirilmiştir.



Şekil 1. Meleis'in geçiş kuramı kavramları (Meleis, 2015; Yeşilfidan, 2022)

2.9.4.1 Geçiş Tetikleyicileri

Geçiş süreci dört farklı durum tarafından tetiklenir. Bunlar sağlık-hastalık, gelişimsel, durumsal ve kurumsal tetikleyicilerdir. Tetikleyicilerin hepsi bir tür değişlikle karakterizedir (Meleis, 2015). Ayrıca değişim dışsal bir olayla ilgiliyken, geçiş içsel bir süreçtir (Chick ve Meleis, 1986).

Sağlık-Hastalık

Bu tür geçişler, bireyin sağlık durumundan hastalığa, hastalıktan tekrar sağlığa ya da ani veya kademeli bir şekilde sağlıklı halden kronik bir hastalığa doğru ilerleyen değişimleri kapsamaktadır (Meleis, 2010). Meleis, sağlık ve hastalık arasındaki geçişleri hemşirelik uygulamaları açısından kritik bir bakım alanı olarak değerlendirmiştir (Schumacher KL, 1999). Bu kurama göre, geçiş sürecinin sağlıkla bağlantılı dört olası sonucu bulunmaktadır: yenilenme, sürdürme, koruma ve geliştirme. Sağlığın yenilenmesi, bireyin geçiş sürecinden önceki sağlık düzeyine geri dönmesi ya da daha iyi bir seviyeye ulaşmasıdır. Sağlığın sürdürülmesi ise mevcut stabil durumu devam ettirerek bireyin günlük yaşamda üstlendiği roller için gerekli olan iyilik halini korumayı ifade eder.

Sağlığın korunması, bireyin bağımsız yaşam becerilerinin sürdürülebilmesi ve kötüleşme durumlarından korunması için gerekli desteğin sağlanması ifade eder. Sağlığın geliştirilmesi ise, bireyin mevcut potansiyelini artırmak ve iyilik halini yükseltmek amacıyla çeşitli aktivitelere katılımını içerir. Geçiş süreçlerinde, sağlığı destekleyen ya da savunmasızlığı artıran faktörlerin erken değerlendirilmesi, olumlu sonuçları destekleyen müdahalelerin tasarlanması için kritik öneme sahiptir (McE ve diğerleri, 2012). Bu nedenle, MI geçirmiş bireylerin durumu yakından izlenmeli ve süreç göstergelerine uygun girişimler planlanmalıdır.

Meleis, özellikle acil sağlık durumlarıyla tetiklenen sağlık-hastalık geçişlerinin bireyin yaşamında ve kişisel gelişiminde dönüm noktası olduğunu vurgulamış ve bu aşamada hemşirelik bakımının önemine dikkat çekmiştir (Meleis, 2010). Sağlıktan hastalığa geçiş süreçlerinde etkili olan temel faktörlerin ve belirli hastalık evrelerinin anlaşılması, hemşirelik girişimlerinin daha iyi planlanmasını ve uygulanmasını kolaylaştırabilir.

Bir hastalıkla yaşam, genellikle semptomların kontrol altına alınmasını, günlük yaşamın gereklilikleriyle başa çıkmayı ve tedavi sürecinin devam ettirilmesini gerektirir

(George, 1982). Bu süreç, devam eden bir geçiş olarak nitelendirilebilir. Özellikle kronik hastalıkları olan bireyler için, sağlık ve hastalık arasındaki geçişin sona erdiğini gösteren belirgin bir bitiş noktasının bulunmadığı ifade edilmektedir (Im ve Meleis, 1999). AMI şiddetli göğüs ağrısı ile aniden başlayan, bulantı, kusma, senkop ile devam eden acil müdahale gerektiren, travmatik ve prognozu itibari ile takip süreci gerektiren kronik bir hastalıktır. Sağlık hastalık geçişi olan AMI meleisin kuramında bahsettiği yenileme, sürdürme, koruma ve geliştirme sonuçlarının tamamını kapsar.

Durumsal Geçişler

Bir gruba bir zümreye dahil olma ya da çıkma sonrasında yaşanan durumdur. Durumsal geçişlere örnek olarak taburculuk ve taşınma süreçleri verilebilir. Hemşirelerin, bir hastanın hastaneye yatışı ile durumsal bir geçiş yaşadığının bilincinde olmaları önemlidir. Bu tür geçişler genellikle uzun sürelidir. Evsiz olma, istismar ilişkisini sonlandırma, ayrılık, boşanma, göç, huzurevine yerleşme, evlilik, iş kaybı, bir aile üyesinin kaybı, emeklilik veya doğum gibi durumlar da durumsal geçişlere örnek olarak gösterilebilir. Her bir durum, farklı hemşirelik uygulamalarını ve yaklaşımlarını gerektirmektedir (Meleis, 2010).

Alzheimer hastalarına bakım veren yakınların yaşadığı durum, durumsal geçişlere iyi bir örnek teşkil etmektedir. Alzheimer hastalarının yakınları üzerine yapılan bir çalışmada (Lee, 2019), bakım vericilerin hastalık süreciyle birlikte çeşitli zorluklar ve değişimlerle karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir. Bu zorluklar arasında aile üyeleriyle ilişkilerde yaşanan problemler, tanı sonrası artan sorumluluklar ve stres düzeyinin yükselmesi yer almıştır. Bakım vericilerin, yeni rollerine geçiş sürecinde bilgiye, akran desteğine, bakımın planlanmasında yardımcı birine ve duygusal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu saptanmıştır.

Çalışma, bakım vericilerin bu geçiş sürecinde başarılı olabilmeleri için onların ihtiyaçlarına odaklanan uygulamaların geliştirilmesinin önemine vurgu yapmaktadır. Bu bulgular, hemşirelik ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından bireysel ihtiyaçların değerlendirilmesinin ve destekleyici müdahalelerin önemini ortaya koymaktadır. (Lee, 2019; Meleis, 2010).

Kurumsal Geçişler

Kurumsal geçişler, bireylerin iş yaşamlarında ortaya çıkan değişimleri ifade eder ve bu değişimler genellikle sosyal, politik veya ekonomik çevrelerin etkisiyle ya da kurum içindeki yeniden yapılanmalar sonucunda meydana gelir (Meleis, 2010). Bu tür geçişler, bireyin iş rolü, sorumlulukları veya pozisyonunda önemli değişikliklere yol açabilir. Örneğin, terfi etme, işten çıkarılma, emeklilik, başka bir departmana geçiş veya yeni bir işe başlama gibi durumlar kurumsal geçişlere örnek olarak verilebilir.

Bu geçişlerin başarılı bir şekilde yönetilmesi, bireyin iş yaşamındaki stres düzeyini azaltabilir ve yeni rollerine adaptasyonunu kolaylaştırabilir. Hemşirelik gibi disiplinlerde, kurumsal geçişlerin etkilerinin değerlendirilmesi ve bireyin bu süreçte ihtiyaç duyduğu desteğin sağlanması, mesleki tatmini ve performansı artırmak açısından önem taşımaktadır (Meleis, 2010; Lee, 2019).

Gelişimsel geçişler

Gelişimsel geçiş, ergenliğe girme, menopoza, yaşlanma gibi yaşa bağlı ya da doğum yapma, ebeveyn olma, evlenme, boşanma gibi rollere ilişkin yaşam evrelerindeki geçişlerdir (Smith ve Parker, 2015). Gelişimsel geçişler arasında en çok ilgi gören ve araştırılan geçiş ebeveyn olmadır. Yaşam döngüsündeki diğer aşamalar geçiş olarak tanımlanmış, ancak daha az ilgi görmüştür (Schumacher ve Meleis, 1994; Meleis, 2010).

2.9.4.2 Geçişin zellikleri

Bir tetikleyici ile başlayan geçişler kendi içinde kompleks ve çok boyutludur. Geçişler kompleks olmasına rağmen birkaç esas özelliği belirlenmiştir. Bunlar; zaman aralığı, süreç, sorumluluk alma bağlantısızlık, farkındalık ve kritik noktalar'dır. (Meleis, 2015) Bu zelliklerin birbirinden mutlaka ayırık olması gerekmemektedir. Tersine, karmaşık bir sürecin birbiriyle ilişkili özellikleri olduğu belirtilmiştir. (Meleis ve Sawyer, 2000; Yeşilfidan, 2022)

Zaman Aralığı

Bir tetikleyici ile başlayan geçiş süreci belirli bir zaman diliminde başlayarak devam eder. Geçişler, kafa karışıklığı, istikrarsızlık ve sıkıntı gibi değişimin ilk işaretlerinin ortaya çıktığı başlangıç ve istikrar dönemi ile sonuçlanan nihai bir bitiş arasındaki süreçtir. Bazı geçişler bir sona ulaşırken (anne olmak, baba olmak, bir yakınına kaybetmek, yeni bir

işe başlamak vb.) Bazıları da bir sona ulaşmadan devam edebilirler. Bu tür zaman aralığı uzun olan geçişlerde bireylerin rol adaptasyonu zordur (Meleis, 2015). Sağlık-hastalık geçişlerinden olan MI sonrası sağlıklı yaşama geçiş süreci de içinde birçok parametre bulunduran ve zaman aralığı uzun olan bir kronik hastalıktır (Meleis, 2010)

Farkındalık

Geçiş sürecindeki bireyin yaşadığı durumu ne kadar algıladığı ve anlamlandırıldığı ile ilgili özelliktir. Farkındalık bireyin olaya karşı algısı, bilgisi ve durumu kabulü ile yakından ilişkilidir (Im, 2014). Birey, içinde bulunduğu geçiş sürecinin farkında olsun ya da olmasın, bu geçiş süreçleri gerçekleşir. Ancak farkındalık, pozitif geçiş sonuçlarına ulaşmak için temel kavramlardan biridir (Meleis, 2010). Geçiş sürecine yönelik farkındalık, bireyin geçişin doğasını anlamasını, süreci daha iyi yönetmesini ve olumlu sonuçlara ulaşmasını sağlar. Farkındalık, bireyin değişim sürecine bilinçli bir şekilde katılımını artırarak, uyum sağlama becerisini ve esnekliğini geliştirmede önemli bir rol oynar. (Meleis, 2010). AMI geçirmiş hastanın sağlıklı yaşamı benimsemesi için farkındalık geçiş sürecinin en önemli özelliklerindedir. Öz bakım, hastalığa uyum, yaşam kalitesi gibi parametreler de farkındalık ve sorumluluk alma önemli özellikler olarak kabul edilmektedir. (Katch, 2010; Mead, 2010; Rancic, 2013; Larsen, 2013; Yan ve diğerleri, 2014; Meleis, 2010; Yeşilfidan, 2022)

Süreç

Geçiş bir tetikleyici ile başlar ve bir süreç dahilinde devam eder. Değişim olayının kendisi durağan gibi görünse de; deneyim hareketli ve akıcı bir süreçtir. Bir sürecin başlangıcı ile tam olarak bittiği zaman arasındaki mesafe, diğer benzer süreçlere karşılık gelebilir veya farklı/benzersiz olabilir (Meleis, 2015; Ambusaidi ve Almaskari, 2021; Meleis, 2010). AMI göğüste ani bir ağrı (tetikleyici) ile başlayan acil müdahale gerektiren, acil müdahale sonrası; risk faktörlerini bilme sağlıklı yaşam davranışlarını öğrenme, uygulama, benimseme ve geliştirme gibi adımları içeren bir geçiş süreci gerektiren klinik tablodur.

Bağlantısızlık

Geçiş süreci için bir başka özellik bağlantısızlıktır. Meleis değişimi tetikleyen geçiş türlerinin tamamında geçişi deneyimleyen kişinin değişim süreci içinde yeni duruma karşı bağlantısız hissedebileceğini belirtmiştir (Meleis, 2015). Geçiş süreci içinde olan birey yaşadığı yeni durumu eski hayati ile bağdaştırmakta diğer bir deyişle bağlantı kurmakta

sorun yaşayabilirler. Öğrenci hemşirelerin okul bitikten sonra klinisyen hemşireliğe geçerken yeni rol ve sorumluluklara ilişkin verilecek oryantasyon eğitimi; geçiş sürecinde hemşirenin kendi rol ve yetkinliklerini anlamasını kolaylaştıracak ve böylece yaşanabilecek bağlantısızlık hissi giderilebilecektir (Meleis, 2015; Ambusaidi ve Almaskari, 2021). AMI geçirmiş bireye geçiş süreci içinde sağlıklı yaşam davranışları geliştirme, onlara uyma ve yaşam kalitesini artırma konusunda yapılacak bilgilendirme, eğitim ve yakından takip desteği ile bağlantısızlık engellenebilir.

Kritik Noktalar

Geçişlerin bir diğer özelliği kritik noktalardır. Her geçiş tetikleyicisi bir kritik noktadır ve her geçiş kendi içinde bazı kritik noktalar barındırmaktadır. Kritik noktalar doğum, ölüm, menopoz ya da bir hastalığın teşhisi gibi tanımlanabilir bir işaretleyici olayla ilişkilendirilirken bazılarında ise belirli işaretleyici olaylar bu kadar belirgin olmayabilir. Kritik noktalar genellikle değişim ve farklılıklara ilişkin farkındalığın artması ya da geçiş deneyimiyle ilgilenirken daha aktif katılım ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak, yeni rutinler, beceriler, yaşam tarzları ve öz bakım faaliyetlerinde bir istikrar duygusu ile karakterize edilen kritik noktalar vardır. Her geçişte dalgalanma, sürekli değişim ve gerçeklikte bozulma ile dikkat çeken bir belirsizlik dönemi gibi yeni kritik noktalar olabilir. Bir belirsizlik döneminde, geçişin doğasına bağlı olarak bir dizi kritik nokta olabilir. Her kritik nokta hemşirenin farklı şekillerde dikkat, bilgi ve deneyimini gerektirmektedir (Afaf Ibrahim Meleis et al., 2000). Göğüs ağrısı ile hastaneye gelen AMI'li hasta için ilk kritik nokta yaşadığı göğüs ağrısıdır. Süreç içinde sigarayı bırakması, spor yapması, diyetine dikkat etmesi kendi şeker takibini yapabilmesi fiziksel kısıtlılığını anlaması hastayı takip eden hemşire için birer süreç kritik noktasıdır.

2.9.4.3. Geçiş Sürecinin Koşulları

Hemşirelik; İnsanı, sağlık ve hastalık durumlarını algılayan ve bunlara anlam veren aktif varlıklar olarak tanımlayan bir disiplindir. Bu algılar ve anlamlar, bir geçişin meydana geldiği koşullardan etkilenir aynı zamanda onlardan etkilenir. Bu nedenle, geçişleri takip ederken geçiş deneyimlerini anlamak için, sağlıklı bir geçişe ulaşma yolunda ilerlemeyi kolaylaştıran ya da engelleyen kişisel ve çevresel koşulları ortaya çıkarmak gerekir. Geçiş koşulları, bir bireyin bir geçiş sürecinde hareket etme biçimini etkileyen ve sağlıklı bir geçişe doğru ilerlemeyi kolaylaştıran ya da engelleyen koşullardır (Im, 2021; Schumacher

ve Meleis, 1994). Geçiş bir değişiklik tetikleyicisi ile başlar ve **kişisel özellikler, topluluk, toplumsal veya evrensel** koşullardan etkilenerek geçişi kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı sonuçlar gösterebilir (Meleis, 2015)

Kişisel Koşullar

-Anlamlar: Anlamlar kavramı, bireyin beklenen ya da ani gelişen geçiş durumlarına verdiği kişisel değerle ilgilidir (Meleis, 2010). Bu kavram, bireyin geçişin kendi yaşamını ne düzeyde etkilediğini değerlendirmesini kapsar. Geçişe yüklenen anlamlar; pozitif, nötr ya da negatif olabilir ve bireyin bu süreçteki deneyimini büyük ölçüde şekillendirir. Örneğin, AMI geçiren bir hastanın bu duruma yüklediği anlam, geçiş sürecinin nasıl yönetileceği açısından kritik önem taşır. Pozitif anlam yükleyen bir hasta, bu deneyimi yaşam tarzını değiştirmek ve sağlığını iyileştirmek için bir fırsat olarak görebilir. Negatif anlam yükleyen bir hasta ise durumu bir kriz veya kayıp olarak algılayabilir, bu da geçiş sürecini daha zor hale getirebilir. Nötr bir anlam yükleyen birey ise durumu daha çok bir gerçeklik olarak kabul edebilir ve bu durumun üstesinden gelmek için daha rasyonel bir yaklaşım benimseyebilir. Meleis'in Geçiş Teorisi'nde, bu tür anlamların geçiş sürecinin sonuçlarını belirlemede önemli bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Meleis, 2010). Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin, bireyin geçiş sürecine yüklediği anlamları keşfetmesi ve bu doğrultuda destekleyici müdahaleler planlaması, olumlu sağlık sonuçlarına ulaşılmasını kolaylaştırabilir.

- Kültürel İnanç ve Tutumlar: Bir geçiş deneyimiyle ilişkili kültürel inançlar ve tutumlar geçiş deneyimini etkileyebilir (Meleis ve diğerleri, 2000; Schumacher & Meleis, 1994). Damgalama gibi kültürel inançlar ve tutumlar geçiş sürecini negatif yönde etkilerler (Meleis, 2010). Örneğin Kore kültüründe menopoz gibi bir geçiş deneyimine damgalama eklendiğinde, geçişle ilgili duygusal durumların ifadesi engellenebilmektedir (Im, 1994; Meleis, 2007; Yeşilfidan, 2022). AMI geçiren bir hasta için kronik hastalık tanısı almak toplumun hastalığa bakış açısından geçiş sürecinde üzerinde önemle durulması gereken bir koşuldur. Bu nedenle bakım vericiler süreç takibinde bunu göz önünde bulundurmalı ve hasta ile detaylı bir görüşme sağlamalıdır.

-Sosyoekonomik Durum: Sosyoekonomik durum bireylerin geçiş deneyimlerinde zorlaştırıcı, engelleyici ya da kolaylaştırıcı bir faktör olabilmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin sağlık geçiş süreçlerinde birçok zorlukla karşılaştığı ve bu faktörlerin, geçişin engelleyici veya kolaylaştırıcı unsurları olabileceği belirtilmiştir

(Meleis ve diğeri, 2000; Schumacher ve Meleis, 1994) Özellikle, AMI gibi ciddi bir hastalık sonrası, hastaların geçiş sürecinde sosyoekonomik durumlarının büyük önemi vardır. Yetersiz maddi kaynaklar, tedavi sürecinde zorluklara yol açabilir; hastaların düzenli hastane takibi, ilaç temini, diyet ve beslenme alışkanlıklarını sürdürme gibi temel ihtiyaçları sağlama konusunda engel teşkil edebilir (Hollingsworth ve diğeri, 2016; cohn ve diğeri, 2019). Ayrıca, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin spor yapabilme, sosyal desteklerden faydalanma ve sağlık hizmetlerine erişim gibi imkanları da sınırlı olabilir.

Sosyoekonomik düzeyi düşük olmasa bile hastaların iş gücünden mahrum kalmaları maddi kayıplara yol açabilir. Bu, bireyin sağlıklı yaşam biçimlerine uyum sağlama ve geçiş sürecini yönetme yeteneğini zorlaştırabilir (Reeves ve diğeri, 2020). Bu bağlamda, hastaların geçiş sürecini kolaylaştırmak için sosyoekonomik desteklerin sağlanması büyük önem taşır.

Hemşirelerin, hastaların sosyoekonomik durumlarını göz önünde bulundurarak gerekli yönlendirmeleri yapmaları ve onları desteklemeleri, iyileşme sürecini hızlandırabilir. AMI geçiren hastaların geçiş sürecinde sosyoekonomik durumun, sağlık sonuçları üzerinde önemli bir rol oynadığı ve bu faktörlerin iyileştirilmesi için çeşitli destekleyici uygulamaların gerektiği açıktır.

-Hazırlık ve Sahip Olunan Bilgi:

Hazırlık, geçiş deneyiminin yönetilmesi ve olumlu sonuçlara ulaşılması açısından kritik bir unsurdur. Hazırlık, bireyin geçiş sırasında karşılaşılabileceklerini anlamasına, bu sürecin gerektirdiği bilgiye erişmesine ve geçişi daha iyi yönetmek için gerekli stratejileri öğrenmesine olanak tanır. Bu durum, yalnızca geçişi deneyimleyen birey için değil, aynı zamanda bu sürece destek olacak hemşireler ve sağlık profesyonelleri için de önemlidir (Meleis ve diğeri, 2000; Schumacher ve Meleis, 1994). Bununla birlikte, özellikle ani gelişen sağlık-hastalık geçişleri (örneğin AMI gibi) hazırlık sürecini zorlaştırabilir. Bu tür durumlar, genellikle birey ve bakım verenler için öngörülemeyen bir şekilde ortaya çıkar. Buda, hazırlığın etkili bir şekilde kullanılmasını sınırlayabilir. Sağlık profesyonelleri için bu gibi durumlarda hızlı değerlendirme ve adaptasyon yeteneği önemlidir.

Ani geçişlerde, hemşirelerin bireyin ihtiyaçlarını hızla tespit etmesi, destekleyici bir yaklaşım sergilemesi ve bireyin geçiş uyununu kolaylaştıracak yöntemler geliştirmesi gereklidir. Meleis'in Geçiş Teorisi, hazırlık eksikliğinin bir geçiş engeli olarak görülebileceğini ve bu tür durumlarda, bireyin ihtiyaçlarına yönelik bilgilendirme ve destek

sağlanmasının kritik olduğunu vurgulamaktadır (Meleis ve diğerleri, 2000; Schumacher ve Meleis, 1994). Bu nedenle, hemşirelerin, ani geçişlerde dahi bireye anlamlı bir destek sunabilmesi, sağlık sonuçlarını iyileştirmede önemli bir rol oynar.

Topluluk

Meleisin kuramında eş, aile, arkadaş, akraba ve yakın çevre olarak ele aldığı topluluk koşulları etkili ve sağlıklı geçişleri teşvik eder veya engelleyebilir. Bireyin en yakın çevresi olan aile ve akraba desteği sağlıklı geçişler için önemlidir. (Meleis, 2010) AMI sonrası hastanın fiziksel kısıtlılık, ağrı, anksiyete, iş kaybı, maddi kayıplar, yönetimi zor aritmi gibi semptomlar yaşaması sebebiyle aile desteğinin sağlıklı bir geçiş için elzem olduğu ortaya çıkmaktadır.

Toplum

Genel olarak toplum ve dinamikleri geçişler için bir kolaylaştırıcı ya da engelleyici olabilir. Marjinalleşme, damgalama, hasta insana bakış açısı, cinsiyet, Irkçılık, homofobi, yoksulluk, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile ilgili toplumsal normlar ülkenin sağlık politikaları geçişlerin sonuçlarını kolaylaştırabilir ya da engelleyebilir. (C Smith ve E Parker, 2015). Örneğin toplumsal cinsiyet eşitsizliği, bir kadının menopoza geçişini etkileyen toplumsal düzeyde bir kısıtlamadır. Bu nedenle, kadınların günlük deneyimlerini toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini göz önünde bulundurmadan yalnızca menopoz geçişine bakmak yeterli olamaz (Meleis, 2000). MI geçiren bir hastanın geçiş sürecindeyken yaşadığı toplumun kalp krizine bakış açısı, hasta insana verdiği değer, destek pozitif geçiş süreci için önemlidir.

Evrensel

Daha büyük bir çerçevede uluslararası kuruluşlar tarafından geliştirilen politikalar, öncelikler, tutumlar ve yaptırımlar dahil olmak üzere, geçiş deneyimini etkileyebilecek evrensel koşullar, tetikleyicilerin evrensel bilinçte nasıl görüldüğünü tanımlamaktadır (Meleis, 2015).

2.9.4.4. Geçiş sürecinin Yanıt Örüntüleri

Hemşirelik disiplini açısından iki yanıt örüntüsü önerilmektedir. Bunlar; süreç ve sonuç örüntüleridir (Meleis, 2015).

Süreç Örüntüleri

Katılım

Yanıt örüntülerinden ilki olan süreç örüntüleri geçiş süreci içinde sürecin kritik noktalarında geri bildirim alınabilecek yerlerdir. Katılım; eylemler ve müdahale planlarına katılım derecesini ifade eder (Schumacher ve diğerleri, 1999). Yönergeleri takip etme, algılanan bilgilerin doğruluğu, olayın anlamlarının tutarlılığı ve geçiş deneyiminin tüm yönlerine katılım derecesi ile değişim olayıyla ilgili eylemler katılım düzeylerinin göstergeleridir (Meleis, 2015; Ambusaidi ve Almaskari, 2021; Meleis, 2007; Yeşilfidan D, 2022). MI geçiren bireyin yapılan işlemlerde ve verilen eğitimlere katılımı takibi konu ile ilgi sorular sorması bu duruma örnek olarak verilebilir.

Konum ve Konumlandırma

Bir bireyin geçiş sürecinde hangi evrede olduğunu bilmesi ve bunu zihninde anlamlandırması ilişkiler sistemindeki konumunu tanıması ve bunlarla etkileşime girebilmesi, bir geçiş tetikleyicisine verilen yanıtları anlayabilmesidir (Smith, 2015). Konum, çoğu geçiş deneyimi için önemlidir. Bir bireyin kanser teşhisi konulduktan sonra sağlık profesyonellerinden oluşan ekiplerle nasıl ilişki kurduğu veya başlattığı, onları nasıl gördüğü yanıt örüntülerini belirler (Meleis, 2015).

Destek Arama ve Alma

Geçiş tetikleyicisiyle karşı karşıya kalan bir kişinin ihtiyaç halinde, aile, toplum, topluluk, ülke sağlık hizmetlerinden nasıl ve ne zaman destek aradığı, destek ararken sağlık sistemi içindeki konumlarını ne ölçüde fark ettiklerinin göstergesini ifade eder. (Meleis, 2015; Ambusaidi ve Almaskari, 2021). Sağlık kontrollerine zamanın da gitme, aklına takılan sorularla ilgili hastaneyi arama, sosyal destek için eş, aile yakın çevre ve arkadaş etkileşimlerinden yardım isteme kalp krizi sonrası geçiş sürecinde destek alma göstergeleri olarak kabul edilebilir.

Güven Kazanma

Başka bir süreç örüntüsü ise güven kazanmadır. Geçiş tetikleyicisi ile geçiş süreci başlamış birey ve destek unsurlarının karşılaştıkları karmaşık durumlarda verecekleri sağlıklı kararlar ve bu konudaki güven düzeyleridir. Bu güven düzeyi, bireyin ihtiyaçlarındaki önceliklerine göre şekillenebilmektedir (Meleis, 2015). Güven geliştirmek, teşhis, tedavi, iyileşme ve sınırlamalarla yaşamının doğasında bulunan farklı süreçlerin

anlaşılması, kaynakların kullanımı ve başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesinde kendini gösterir (Smith, 2015 Parker, 2015). Kalp krizi sonrası geçiş sürecinde ki bireyin aldığı eğitimden sonra; yemek listesi oluşturma, spor yapma sürelerini ağrı düzeyine göre ayarlama, stresle baş etme konusun da yeni metotlar geliştirme ve uygulama ve ağrı yaşadığı zamanları anksiyete olmadan atlatmaya çalışma gibi girişimler güven kazanma süreç örüntüsüne örnek olarak verilebilir.

Sonuç Örüntüleri

Uсталık, akıcı ve bütüncül kimlik gelişimi, beceriklilik, sağlıklı etkileşimler ve algılanan iyilik hali sonuç örüntülerini oluşturmaktadır. Sonuç örüntüleri geçiş sürecinin değerlendirme adımıdır. Sonuç örüntüleri geçiş sürecinin sonunda değerlendirilir. Geçiş yaşayan bireyde sonuç örüntülerden biri görülebileceği gibi geçiş türüne göre birden fazla örüntüde beklenebilir (Meleis, 2015; Smith 2018).

Uсталık

Uсталık, bireyin tıbbi durumuna uygun kaynakları arama ve kullanmada, destekleyici çevre koşullarını seçmede kendini gösteren, çevresine ve koşullarına hakimiyetini içermektedir (Smith ve Parker, 2015). Geçiş durumuna yönelik beceri ve uсталık davranışı göstermek sağlıklı bir geçişin tamamlandığına işaret etmektedir (Meleis, 2010; Meleis, 2015; Konuk ve Su, 2020). Bir geçişin sağlıklı bir şekilde tamamlanması, bireylerin yeni durumlarını ya da çevrelerini yönetmek için gereksinim duydukları beceri ve davranışlarda uсталık gösterme derecesiyle belirlenir (Meleis ve Swendsen, 1978).

Doğum sonrası annelik ile ilgili bir araştırmada bir katılımcı uсталığı “yaklaşık 2 ayda kendi kararlarımı vermeye başladım” şeklinde tanımlamıştır. Bir başkası, uсталığı bebeğin bakımını üstlenmek olarak tanımlamıştır (Sawyer, 1996) Kalp krizi geçirmiş bir bireyin hastalığını kabul etmesi, sağlıklı davranışlar sergilemesi ve tıbbi durumuna göre riskleri tanıması bunlardan uzak durması birer uсталık sonuç örüntüsü örneğidir. MI sonrası bireyin yeni yaşama geçişte hayatını planlaması, yaşadığı ağrıyı tanıması ve uygun sistematiğe yönetebilmesi bir uсталık örüntüsü olarak örneklendirilebilir.

Akıcı ve Bütüncül Kimlik Gelişimi

Akıcı ve bütünleştirici kimlik, başka bir sonuç göstergesidir (Meleis et al., 2000). Kimlik gelişimi geçiş yaşanan role sahip olma anlamını taşımaktadır (Im, 2014; Konuk ve Su, 2020). Anneliğe geçiş yapan bir kadın bu kimlik açısından hangi rolleri (bebeğin

bakımı, beslenmesi vb.) yerine getirmesi gerektiğini ve durumlar karşısında nasıl davranması gerektiğini bilmektedir. MI geçirmiş bir bireyin geçiş süreci sonunda artık kronik bir hastalığa sahip olduğu ve yaşam şeklini bu duruma göre ayarlaması gerektiğini bilmelidir.

Beceriklilik

Yaşanan geçişte süreci yönetme becerisi yani ustalaşma şekli ve yeterliliği oldukça önemlidir. Bu yüzden geçiş yaşayan bireylerin kendi becerilerini uygulaması sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmelidir (Im, 2014; Meleis, 2015) MI geçirmiş bir bireyde kendi tansiyonunu ölçme kendi öğününü hazırlayabilme bu alan örüntüsüne örnek olarak verilebilir.

Sağlıklı Etkileşimler

Pozitif bir geçişin tamamlandığını onaylayan, destekleyen yeni ilişkiler geliştirme ile karakterize göstergelerden biri de sağlıklı etkileşim ve bağlantıda olmaktır. Sağlıklı etkileşimlerde bulunan birey sosyal uyum açısından da tam bir iyilik hali içerisinde bulunacaktır. Geçiş sürecinde sahip olunan güçlü sosyal ağlar geçişe uyumu arttıracaktır. Tıpkı anneliğe geçişte eş desteğinin yeterli ve uygun olması annenin rolüne daha hızlı uyum sağlamasında yardımcı olduğu gibi örneklendirilebilir (Meleis, 2015).

MI sonrası yeni yaşama geçiş sürecinde olan bireyin aldığı profesyonel eğitim yaklaşımı sonrası gerek hastalığı ile gerekse sosyal yönden çevresi ile iletişim kurabilmelidir. Başka MI geçirmiş hastaları tanımaya, onlarla diyalog kurmaya çalışması konu ile ilgili dergi, mecmua ve Tv programları takip etmesi bu alanla iliği örneklerdir. Öte taraftan özellikle bireylerin birincil bakım vericileri olan hemşireler, bireylerin öz bakım davranışlarını iyileştiren kanıta dayalı profesyonel danışmanlık ve destekleyici bakım sunabilirler. Bu da birey ve hemşire arasındaki etkileşimi destekleyebilir. (Smith ve Parker, 2015).

Algılanan İyilik Hali

Bireyin geçiş yaşadığı süreçte nasıl hissettiği ve kendini nasıl ifade ettiği önemlidir (Meleis, 2015). Geçiş yaşayan bireyin yaşadığı süreci olumlu şekilde algılamaya başlaması ve kabullenmesi, bütünleşmesi bu alan ile ilgilidir. Geçiş süreci bittikten sonra sürecin pozitif olması ile bireyin algıladığı iyilik hali arasında ilişki bulunmaktadır (Meleis, 2007). MI sonrası yeni yaşama geçiş sürecinde olan bireyin yaşadığı durumu kabul etmesi ve

sürece dikkat ederse yeni ataklar yaşama ihtimalini azaltacağını bilmesi, ifade etmesi bu alan örüntüsü olarak değerlendirilebilir.

2.9.4.5. Müdahale (Hemşirelik Terapötikleri)

Geçiş perspektifinden bakıldığında, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımında amaç sağlıklı bir geçiş sürecini kolaylaştırmak, sağlıksız geçişleri azaltmak ve olumlu süreç göstergelerini desteklemektir. Sağlıklı süreç ve sonuç davranışlarını destekleyen hemşirelik müdahaleleri arasında Rol, yetkinlik anlamları netleştirme, önemli noktaları tanımlama, desteği harekete geçirme ve başkalarının rolünü modelleme ve bilgi verme yer almaktadır (Meleis, 2015; Ambusaidi ve Almaskari, 2021).

Rol Yetkinlik ve Anlamları Netleştirme

Geçiş Kuramı'ndaki hemşirelik terapötiklerinin temel amacı, sağlıklı geçişi kolaylaştırmak üzere süreç ve sonuç göstergelerini iyileştirmektir (Meleis, 2010). Bunların gerçekleşebilmesi için Hemşire iletişim, etkileşim ve yapılandırılmış planlı görüşmeler yoluyla bireyi ve yakın çevresini tanımalıdır. Özellikle geçişi yaşayan bireyin geçiş sonucundaki beklenen yetkinliklerle hazır bulunuşluğu arasındaki fark dikkatle ortaya konmalıdır. Bu nedenle geçiş süreci içindeki bireyin hemşiresi destek sistemlerini araştırır bireyin ve yakın çevresinin olaya ve geçişteki farklı aşamalara yükledikleri anlamları belirler.

Bireyin süreç sonunda beklenen yeni rollere hazır bulunuşluğunu değerlendirir bu yetkinliklerin her birine ne derecede hâkim olduğu, yetkinliği gerçekleştirmedeki becerisini, öğrenmeye veya değiştirmeye katılım düzeyini belirler.

Bireylerin katılım düzeyleri ve yetkinliklerini belirlemede birey için önemli diğer kişileri (eş, arkadaş, aile büyüğü vb.) gözlemlemek veya bilgi almak geçiş sürecinde bir müdahale programı açısından önemli bir diğer bileşendir (Im, 2014; Meleis, 2015; Konuk ve Su, 2020). Ayrıca bireyin benzer deneyim yaşayan diğer bireyler ile etkileşime geçme, davranışları prova yapma, model alma, pekiştirme gibi destek sistemleri de kullanılabilir (Körükçü ve 2014).

Bu çalışmada MI sonrası yeni yaşama geçiş yaşayan bireylere videolar ile aynı süreci yaşamış hastaların süreç ile ilgili konuşmaları dinletilmiş, göğüs ağrısı yaşanma anları prova edilmiş, nefes teknikleri, fiziksel hareketler rol desteği sağlanmıştır.

Kilometre Taşlarını Tanımlama

Geçiş sürecinin de sorunların ortaya çıkma eğiliminde olduğu zamanlar ya da belirti ve semptomların kendilerini gösterme eğiliminde olduğu zamanlar kilometre taşlarını tanıma-kritik noktalar olarak tanımlanmıştır (Smith, 2018; Meleis, 2015). Bu bölümde bakım verici hemşirenin sağlıklı bir geçiş sürecini ve sonuçlarını geliştirmek için müdahaleye ihtiyaç duyulan noktaları bilmesi ve tanınması gerekmektedir. Bu noktalar belirlenirken Fiziksel, psikolojik, sosyal, spiritüel hemşirelik yaklaşımı ve bakımı göz önünde bulundurulmalıdır (Meleis, 2015). Bu çalışmada MI sonrası geçiş yaşayan bireylerde yeniden bir atak yaşama, göğüs ağrısını tanıyamama, anksiyete, sağlıklı davranışları kabul etme ve uygulamada zorlanma ya da direnme, alışkanlıkları terk etmede zorlanma, sağlık kontrollerini aksatma birer kritik nokta olarak belirlenmiş ve bütüncül hemşirelik bakımı kapsamında eğitim takip ve girişimler uygulanmıştır.

Destegi Harekete Geçirme

Süreç ortakları, kaynakları ve destekleyici grupları harekete geçirmek, müdahale stratejilerinde başka bir bileşendir. Başkalarının neler deneyimlediğini anlamak için rolleri, yetkinlikleri, değerleri ve yetenekleri netleştirmek, sağlıklı bir geçişi kolaylaştırmak ve bir geçişin sonunda sağlıklı sonuçlara ulaşmak için önemli süreçlerdir. Bu noktada, geçiş yaşayan bireyin hemşirelere gerektiğinde soru sorabilmelerini sağlamak, farklı bireylerin deneyimlerini öğrenmelerine ortam oluşturmak ya da zihinsel canlandırma, rol modelleme gibi uygulamalarla deneyimleri arttırmak uygun olacaktır (Im, 2014; Meleis, 2015).

Bilgi verme (Eğitim)

Meleis, geçiş süreçlerinde bilgi vermenin, bir kişinin veya grubun kritik bir olay etrafında karşılaştığı deneyimleri başkalarına iletme süreci olduğunu belirtmiştir (Meleis, 2010). Bu, hemşirelik uygulamaları için geçiş dönemlerinde bilgi aktarımının önemini vurgulamaktadır. Eğitim, geçişe hazırlık ve geçiş sürecinin en elverişli şartlarla yönetilmesi için temel bir yöntem olarak tanımlanır (Schumacher, 1994). Hemşireler, geçiş sürecindeki kritik noktaları belirleyerek, bireylerin bu süreçleri daha sağlıklı bir şekilde atlatabilmesi için eğitim müdahaleleri uygularlar. Briefingler ve bilgilendirme, geçiş sürecinin başında veya sonunda, bireylerin yaşadıkları değişimi kabul etmelerini ve psikolojik olarak desteklenmelerini sağlamaya yönelik temel hemşirelik müdahalelerindedir. Bu tür müdahaleler, hemşirelerin bireylere geçiş süreçlerinde rehberlik etmeleri için önemli araçlardır (Steele ve Beadle, 2003; Im, 2014). Örneğin, MI geçiren bireylerin sağlıklı geçiş

deneyimleri yaşamalarını sağlamak amacıyla eğitim müdahaleleri kullanılarak, geçiş kuramına dayalı hemşirelik girişimleri ile sağlıklı geçişler yaşamaları sağlanabilir.

2.10. Geçiş Kuramının Hemşirelik İçin Önemi

Meleis, profesyonel hemşireliğin amacını, bireylerin geçiş süreçlerini kolaylıkla tamamlamalarını sağlamak ve bu geçişlerin sonunda bireyin çevresiyle uyum içinde olmasını hedeflemek olarak tanımlamıştır (Meleis, 2010). Geçiş kavramının hemşirelik için önemini birkaç ana başlıkla açıklamak gerekirse;

- **Hemşirelerin Hasta Bakımındaki Rolü:** Hemşireler, sağlık kurumlarında çoğunlukla, sağlık durumu değişen ve hayatında geçiş dönemi yaşayan bireylere bakım vererek zamanlarının büyük bir kısmını geçirirler. Bu, hemşirelerin geçiş süreçlerine dair bilgilerini geliştirmelerini gerektirir.
- **Geçişlere Özgü Hemşirelik Teorisi:** Meleis ve arkadaşları 1986-1992 yılları arasındaki hemşirelik literatürünü incelediğinde, geçiş kavramına yönelik çok sayıda çalışma bulmuşlardır. Bu bulgular, hemşirelik için geçişlere özel bir teoriye olan ihtiyacı ortaya koymuştur.
- **Teknolojik Gelişmelerin Etkisi:** Teknolojinin ilerlemesi, hastane sayılarının artması ve dolayısıyla hastaneye başvuran hasta sayısının çoğalmasıyla sonuçlanmıştır. Bu, hastaların erken taburcu olmalarını veya iyileşme süreçlerini evde sürdürmelerini gerektiren durumlar yaratmıştır.
- **Geçişleri Tetikleyen Olaylar:** Bireylerin yaşamlarında pek çok olay geçişleri tetikler ve bu da onların iyilik halleri üzerinde etkili olabilir. Hemşireler de bazen bu geçişlerden direkt olarak etkilenirler.
- **Dünya Nüfusunun Artışı ve Hemşirelik İhtiyacı:** Dünya nüfusunun hızla artması, hemşirelik bakımını gerektiren çeşitli sağlık sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Özellikle kronik hastalıklar ve prematüre bebeklerin bakımı gibi durumlar, uzun süreli hemşirelik bakımını gerektirir.
- **Doğal ve İnsan Yapımı Felaketler:** Hemşireler sadece acil müdahalelerde değil, aynı zamanda insanların değişen sağlık durumlarıyla nasıl baş ettikleri ve iyileşme süreçlerinde de önemli bir rol oynamaktadır. Bu, doğal afetler (deprem, sel) ve insanların sebep olduğu felaketler (savaşlar, nükleer patlamalar) gibi olaylarda da geçerlidir (Meleis, 2010; Körükçü, 2015).

Bu başlıklar, hemşirelerin geçiş süreçlerindeki kritik rollerini ve bu süreçleri daha sağlıklı yönetmek için nasıl bir teoriye ve pratiğe ihtiyaç duyduklarını açıkça ortaya koymaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma deneysel basit randomize kontrollü bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Aydın İl Merkezi'nde bulunan Aydın Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Aydın Devlet Hastanesi Aydın merkez Efeler ilçesinde ki 650 bin nüfusa ve ilçe sevkli hastalara toplamda 406 yatakla hizmet veren tam teşekküllü bir kamu hastanesidir. Hastanede birçok merkezin yanında; Akut miyokart enfarktüsü vakaları başta olmak üzere diğer kalp hastalıklarına müdahalede bulunulan (Anjiyo, Stent, Balon, Bypass, Kalp Pili, EPS-Ablasyon, Periferik Girişimsel İşlemler) Kalp Merkezi olarak hizmet veren özel bir merkez bulunmaktadır. Bu merkezde ki Koroner Anjiyografi ünitesinde 2 adet anjiyo cihazı ile 7/24 kesintisiz hizmet verilmektedir. 2013 yılından bu yana hizmet vermekte olan Merkezde: KVC Ameliyathanesi (2 Masa) KVC Yoğun Bakım (4+1 yatak) Koroner Yoğun Bakım (8 yatak) KVC Ara Servis (8 yatak) Anjio Ünitesi (2 adet koroner anjiyografi cihazı) 30 adet kardiyoloji servisi yatağı bulunmaktadır. Kalp merkezinde 35 Hemşire ve 8 Kardiyoloji uzmanı 5 KVC doktoru çalışmaktadır.

Araştırmanın veri toplama süreci; Aralık 2023- Aralık 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın Evrenini Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde Akut MI tanısı ile tedavi ve takip edilen ve ilk defa acil koroner anjiyografi yapılmış hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı dönemden bir yıl önce (2021-2022) koroner anjiyografi laboratuvarın da bir yılda 890 hastaya işlem uygulanmıştır. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü "G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre çalışmanın etki büyüklüğü 0.80, alfa değeri 0.05, güç 0.95 alındığında müdahale grubu 51, kontrol grubu 51 olmak üzere toplam 102 kişi olarak belirlenmiş olup %10 oranında olası vaka kayıpları da göz önünde bulundurularak 56 deney 56 kontrol grubu toplam 112 birey olarak belirlenmiştir. Veri toplama sürecinde müdahale ve kontrol grubunda istenilen

örneklem sayısına ulaşıldığından araştırmanın veri toplama süreci sonlandırılmıştır. Araştırmada cinsiyet faktörü göz önünde bulundurulmadan hastalar gruplara randomize olarak atanmıştır (Kılıç, 2014; Kaşıkçı 2015; Turan, 2018).

Araştırmaya alınacak hastaların gruplara atanmasında randomizasyon tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırma kriterlerini uyan hastalara araştırma süreci anlatılmış ve araştırmayı kabul eden hastalardan tek sayıda olanlar, çift sayılı olanlar kontrol grubu olacak şekilde randomize edilmiştir.

Araştırmada müdahale gurubundan iki hastanın 3. ay kontrolüne gelmemesi, bir hastanın adres değişikliği yapması, kontrol grubundan 3 hastanın 3. ay kontrolüne gelmemesi (telefonla ulaşılamaması) sonucu araştırma toplam 105 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Kliniğinde yatarak tedavi gören, acil koroner anjiyografi yapılmış hastalardan:

- 18 yaşından gün almış,
- MI tanısı almış,
- İlk kez koroner anjiyografi uygulanmış,
- Bilinci açık
- Sözel iletişim engeli olmayan,
- Okuma yazma bilen,
- Poliklinik kontrollerini ilgili hastanede yaptıran,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- İletişim kurulabilecek şekilde telefonu olan,
- Aydın merkezde ve ilçelerinde yaşayanlar araştırmaya dahil edilmişlerdir.

3.5. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

KOAH, Kronik böbrek yetersizliği, kanser, aritmi, ileri aort stenozu ve pulmoner hipertansiyonu, sistemik veya pulmoner embolisi, kronik bilişsel ve psikiyatrik hastalığı olan organ transplantasyonu planlanan, 3. ve 4. seviye kalp yetersizliği olan (New York

Kalp Cemiyeti standartlarına göre) ve hastane yatış süresi 10 günden fazla olan hastalar araştırmaya dahil edilmemişlerdir.

3.6. Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Veri toplama formlarını doldurmama veya eksik doldurma
- İletişim numarasını vermeyi kabul etmeme
- Eğitim faaliyetine katılmama
- 1. Ayda kontrole gelmeme
- 15 günde bir yapılan telefon görüşmesinden en az birine katılmama yada ulaşılamama
- 3. Ay kontrole gelmeme

3.7. Veri Toplama Formları

Bu araştırma da veriler: Tanıtıcı Bilgi Formu (Müdahale ve Kontrol grubu için) Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR), MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi, Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları Formu ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi Formu araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik(yaş, cinsiyet medeni durum, eğitim durumu) özellikleri ile miyokard enfarktüsünde tanı ve tedaviyle ilgili uyarıcı, değişim ve geçiş alanlarına, kardiyak risk faktörlerine ilişkin bilgiler, diyabet, hipertansiyon varlığı, dislipidemi, obezite, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik (sedanter yaşam) ve beslenme alışkanlıkları gibi alanlardan bilgi edinmek amacıyla, Meleis'in geçiş kuramına göre temellendirilmiş ve konuyla ilgili literatürden yararlanılarak geliştirilen toplam 39 sorudan oluşmaktadır (Meleis, 2010; ESC, 2013; AHA, 2014a; AHA, 2014b ; AHA, 2019; SB, 2019; TKD, 2015).

Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

PAIS-SR (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self Report) ölçeği, 1983 yılında Derogatis tarafından geliştirilmiş olup, hastaların hastalığa psikososyal uyumlarını değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise Aygün tarafından yapılmış ve Cronbach's Alpha değeri alt gruplarda oldukça yüksek bulunmuştur. Bu değerler Sağlık Bakımına Oryantasyon için 0.87, Aile Çevresinde 0.80,

Mesleki Çevrede 0.85, Geniş Aile İlişkilerinde 0.89, Seksüel İlişkilerde 0.95, Sosyal Çevrede 0.93, Psikolojik Baskıda ise 0.83 olarak saptanmıştır, tüm ölçek için Cronbach's Alpha değeri ise 0.94'tür (Aygün, 2020).

PAIS-SR ölçeği, hastaların sosyo-kültürel çevre ile etkileşimini ve hastalığa psikososyal uyumlarını değerlendiren toplam 46 maddeden oluşur. Bu maddeler, 7 farklı alana ayrılır: Sağlık Bakımına Oryantasyon (8 madde), Mesleki Çevre (6 madde), Aile Çevresi (8 madde), Seksüel İlişki (6 madde), Geniş Aile İlişkileri (5 madde), Sosyal Çevre (6 madde), ve Psikolojik Distres (7 madde). Her bir madde, 0'dan 3'e kadar puanlanır; bu puanlama, hastaların kişisel deneyimlerine dayalı olarak, olumsuz değişiklikler için 3, olumlu değişiklikler veya değişiklik olmaması durumunda 0 puan verilir. PAIS-SR ölçeğinde alınan yüksek puanlar kötü psikososyal uyumu, düşük puanlar ise iyi psikososyal uyumu gösterir. Yapılan araştırmalara göre, 35'in altındaki puanlar iyi uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede uyumu ve 51'in üzerindeki puanlar ise kötü uyumu belirtmektedir (Aygün, 2020).

MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi

MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi (MacNew), kalp hastalığına özgü yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. MacNew Group tarafından geliştirilen bu ölçek, Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Daskapan ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır.

MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi, 27 maddeden oluşan ve 7'li likert tipi cevapları içeren bir ölçek olup, üç ana alt boyut üzerinde değerlendirme yapılıır: duygusal, fiziksel ve sosyal. Her bir boyut için maddelerin ortalamaları alınarak puanlar hesaplanır. Skorlar 1 ile 7 arasında değişir ve düşük skor, daha kötü yaşam kalitesini, yüksek skor ise daha iyi yaşam kalitesini işaret eder (Dixon ve Oldridge, 2002; Höfer, 2004; Daskapan, 2008). Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı, ilk ölçümde 0.95 ve son ölçümde ise 0.96 olarak belirlenmiştir, bu da ölçeğin güvenilirliğini gösterir (Daskapan, 2008).

Telefonla Görüşme Protokolü

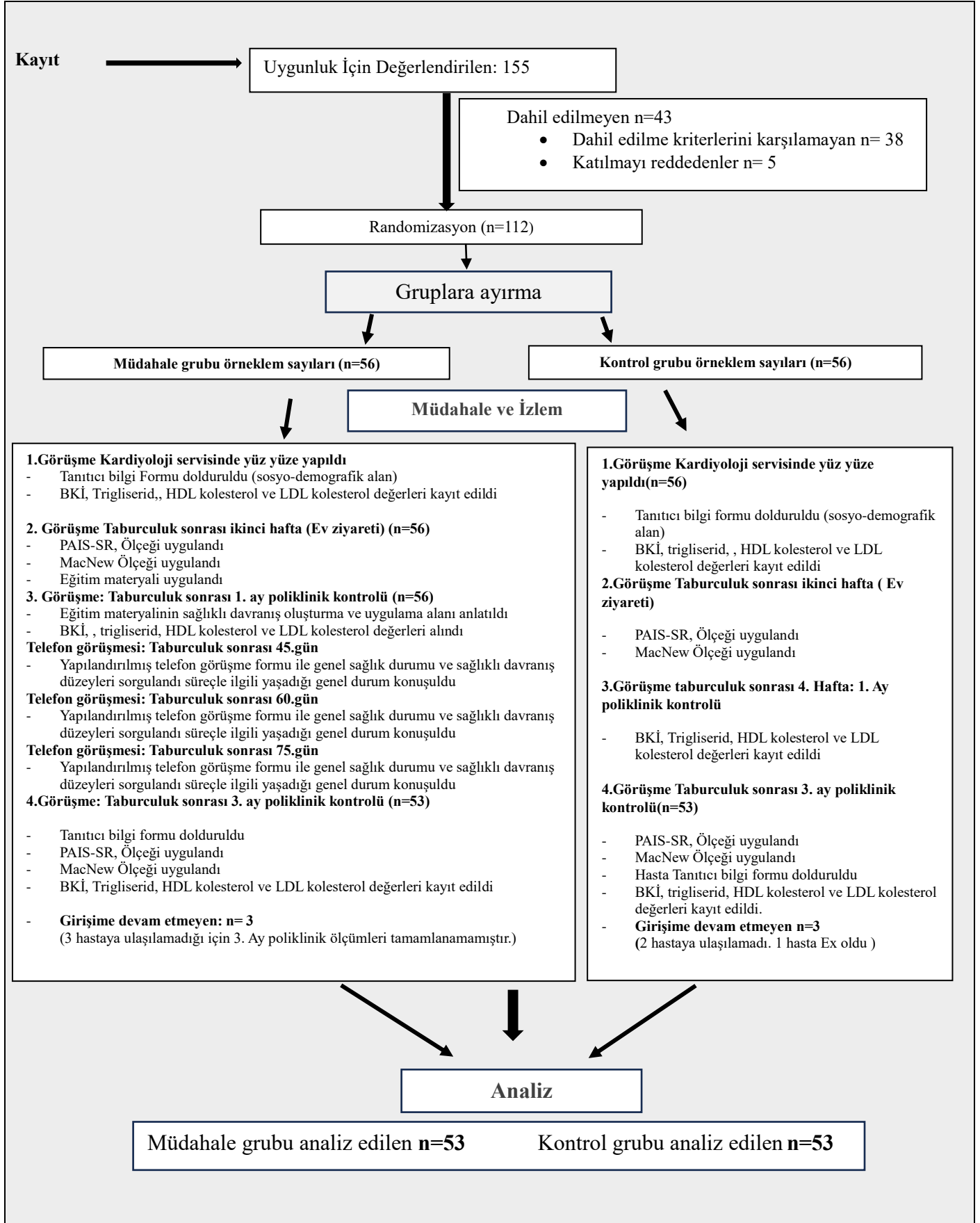
Telefon görüşmeleri, hastanın gerekli görülen konularda takibini yapmak, belirsizlikleri gidermek, mevcut endişeleri paylaşmak, emosyonel destek sağlamak ve geçiş uyumunu değerlendirmek amacıyla uygulanmıştır. Bu görüşmeler, taburculuk sonrası 45, 60 ve 75. günlerde gerçekleştirilmiştir. Telefonla İzlem ve Görüşme Basamakları Formu, araştırmacı

tarafından literatürdeki çalışmalar dikkate alınarak hazırlanmıştır (Daugherty ve diğerleri., 2005; Hanssen ve diğerleri, 2009; Leemrijse ve diğerleri, 2012; Hawkes, 2013; Black ve diğerleri, 2014). Bu form, aşağıdaki başlıca basamakları içermektedir:

- Hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi,
- Problemlerinin tanımlanması,
- Fiziksel sorunların yaşanma durumu ve ağrı yönetimi,
- Diyet ve ilaç kullanımı
- Aktif yaşam ve egzersiz alışkanlıkları,
- Duygusal sorunlar ve baş etme becerileri,
- Sigara ve alkolü bırakma durumu,
- Gerekli eğitim ve hatırlatmalar,
- Sağlık kontrolleri ve ortak hedeflerin belirlenmesi.

3.8. Araştırmanın Uygulama Süreci

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında araştırmanın yapıldığı hastanede koroner anjiyo olan, araştırmaya katılım kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların randomizasyon yöntemi ile hangi grupta (müdahale veya kontrol) yer alacakları belirlenmiştir. Araştırmanın yürütülmesi ve veri toplama süreci CONSORT akış planında gösterilmiştir.



Şekil 2. Consort (2010) akış planı.

3.8.1. Müdahale Grubu Uygulama Süreci

Müdahale grubunda yer alan hastalarla kardiyoloji servisinde yüz yüze ilk görüşme yapılarak hastaya ve yakınına araştırmanın amacı ve süreci anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı onamları alındıktan sonra, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuş akış şemasında ki parametreler (trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol değerleri) alınmıştır. Taburculuktan sonra ki 15. Günde hasta evinde ziyaret edilerek önce MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi ve Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) uygulanmıştır. Sonra tanıtıcı bilgi formunda yer alan sorularla hastanın genel durumu değerlendirilmiş hasta tam olarak anlaşılmaya çalışılmıştır. Devamında Meleis'in Geçiş Kuramına temellendirilerek hazırlanmış eğitim materyali (*1.Bölüm Kalp Krizi ve Ağrı Yönetimi, 2. Bölüm Kalp Krizi Sonrası Fizyolojik Değişikler Ve Geçiş Süreci, 3.Bölüm Kalp Krizi Sonrası İlaç Kullanımı, 4. Bölüm Kalp Krizi Sonrası Psikolojik Değişikler Ve Geçiş Süreci. 5. Bölüm Kalp Krizi Sonrası Spiritüel Durum Ve Geçiş Süreci*) ve bu materyalin power point sunusu araştırmacının bilgisayarı kullanılarak anlatılmıştır. Her bir bölüm öncesi Meleis'in geçiş kuramın da üzerinde önemle durduğu kavramlardan olan farkındalık seviyesini anlamak ve hastanın genel düşünceleri ve bildiklerini öğrenmek için hasta dikkatle dinlenmiş bölüm eğitimine o şekilde başlanmıştır. Her bölüm sonunda hastanın anlama seviyesini ölçecek sorular sorulmuştur. Hasta eğitiminde düz anlatım, soru cevap, gösterip yaptırma (nefes ve gevşeme egzersizleri, tansiyon ölçme vb.) beyin fırtınası gibi eğitim yöntem ve teknikleri kullanılmıştır. Eğitimler sırasında aktarılan konuların anlaşılabilirliğinin artırılması, açısından eğitim ile ilgili videolardan faydalanılmış ve eğitim sonlandırılmıştır. Her bir hasta eğitimi yaklaşık olarak 2 saat sürmüştür. Geçiş kuramının ara çıktıları olan süreç takibi için hasta 1. Hastane kontrolünden sonra 15 gün aralıklarla toplam 3 kez aranarak, araştırmacı tarafından hazırlanan yapılandırılmış görüşme formuna uygun görüşmeler sağlanmış ve süreç gelişimi değerlendirilmiştir. Bu görüşmelerde özellikle yeniden ağrısı başlayan ve bu durum ile baş edemeyecek kadar anksiyetesi olan hastaların sağlık kurumuna yönlendirilmesi sağlanmıştır. Eğitimden 15 gün sonra (taburcu olduktan 1 ay sonra) poliklinik kontrolüne çağırılan hastaların rutin kan takipleri ile boy kilo ölçümü yapılmış ve araştırmacı tarafından uygun sessiz bir oda da yüz yüze görüşülerek baş etme süreci konuşularak süreç değerlendirilmiştir. Taburcu olduktan sonraki üçüncü ayda (2. Hastane kontrolün de) hasta poliklinik kontrolüne çağırılarak; rutin

kan takipleri ile boy kilo ölçümü yapılmış ve hastanede uygun sessiz bir oda da yüz yüze görüşülerek ölçekler ile anket formunun ilgili soruları uygulanarak süreç tamamlanmıştır.

3.8.2. Kontrol Grubu Uygulama Süreci

Müdahale grubunda yer alan hastalarla kardiyoloji servisinde yüz yüze ilk görüşme yapılarak hastaya ve yakınına araştırmanın amacı ve süreci anlatılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı onamları alındıktan sonra, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuş akış şemasında ki parametreler (Kan basıncı, trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol değerleri) alınmıştır. Taburculuktan sonra ki 15. Günde hasta evinde ziyaret edilmiş yüz yüze görüşme tekniği ile MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi ve Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) uygulanmıştır. Taburcu olduktan sonraki 1. Ay da ilk hastane kontrolüne çağırılan hastanın akış şemasındaki parametreleri ölçülmüştür. Taburcu olduktan sonraki 3. Ayda 2. Hastane kontrolüne çağırılan hastaya; rutin kan takipleri ile boy kilo ölçümü yapılmış ve hastanede uygun sessiz bir oda da yüz yüze görüşülerek ölçekler uygulanmıştır. Sonra hastalara temel eğitim uygulanmış, hazırlanan eğitim materyali verilerek süreç tamamlanmıştır.

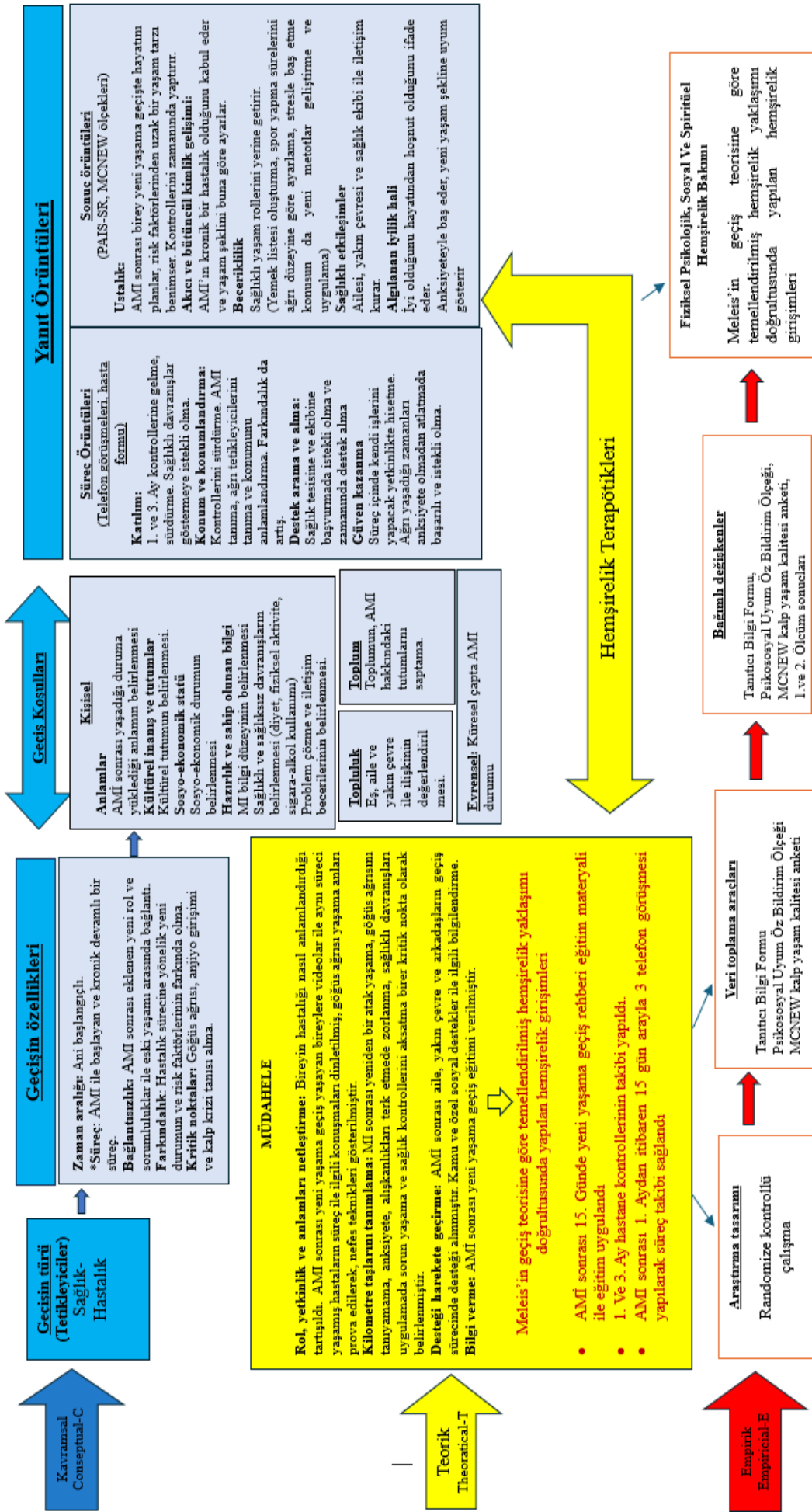
3.9. Meleis'in Geçiş Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı

Hemşirelikte model ve kuramların kullanılmasında temel olarak beş adım izlenmektedir.

- İlk adımda araştırmanın temellendirileceği kuramın orijinal dilinden kendi dilimize çevrilerek kavramların anlaşılabilirliği sağlanır.
- İkinci adımda kuramın kullanıldığı yerli ve yabancı çalışmalar bulunarak ilgili literatür çalışmaları izlenir.
- Üçüncü adımda kuramın temel kavramları ele alınarak araştırmanın kavramsal, teorik ve deneysel (Conceptual-Theoretical-Empirical: CTE) yapısı yapılacak çalışmaya göre oluşturulur.
- Dördüncü adımda oluşturulan CTE rehberliğinde araştırmanın planlanması ve yürütülmesi sağlanır.

- Beşinci adımda araştırma sonucunda ulaşılan sonuçların analiz edilerek sunulması ve kuramın araştırma yapılan grupta uygunluğunun bildirilmesidir (Fawcet 2005; Ddk 2019; Yeşilfidan, 2022)

Meleis'in Geçiş Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının Akut MI Geçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesi ve Uyuma etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen bu araştırma kapsamında eğitim, fizik muayene, izlemler ve girişimler hemşirelik bakımı ve kuramsal çerçevede gerçekleştirilmiştir.



Şekil 3. Meleis'in Geçiş Teorisine Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların; Geçiş süreci Kavramsal- Teorik ve Deneysel Şeması (CTE)

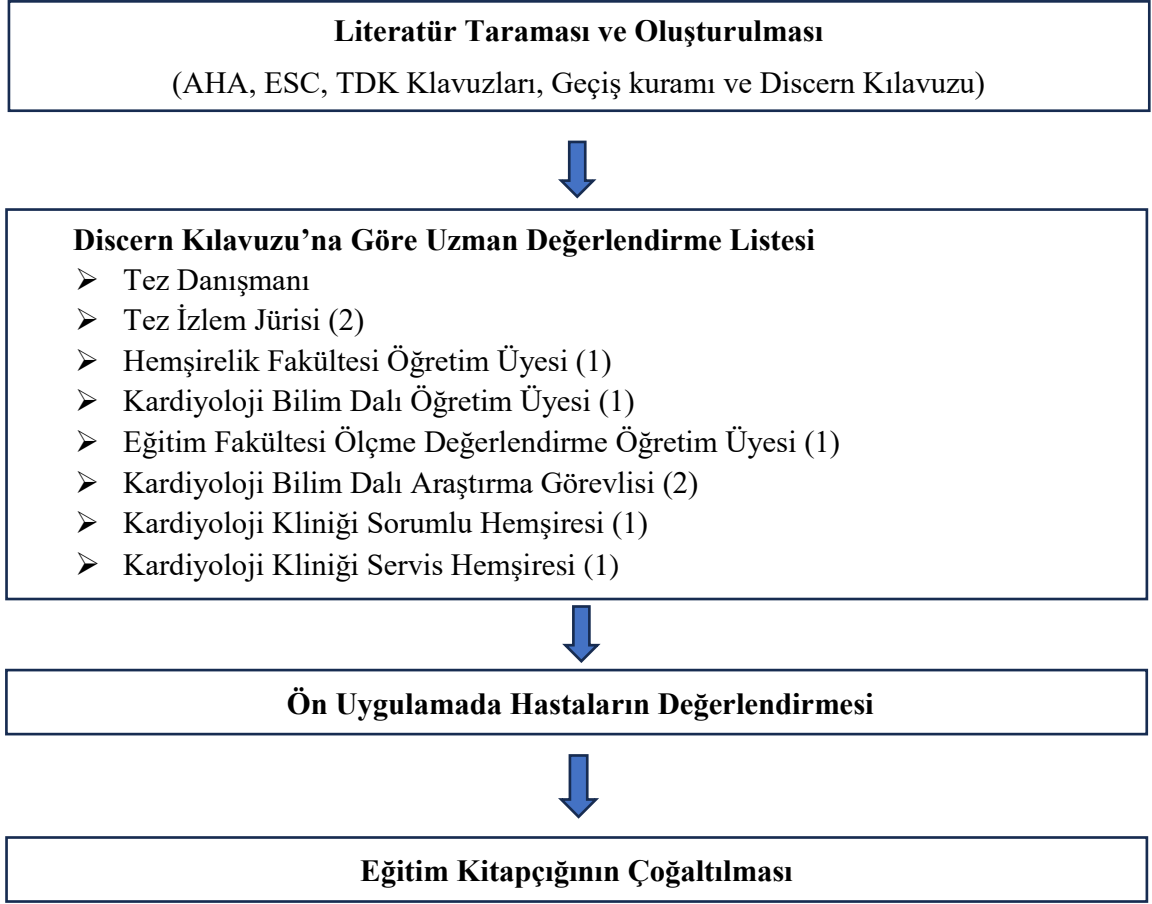
3.9.1. Meleis'in Geçiş Teorisine Temellendirilmiş Eğitim İçeriğinin Oluşturulması

Meleis'in Geçiş Kuramına temellendirilmiş AMI sonrası risk faktörlerinin yönetimi ve sağlıklı yaşama geçiş rehberinin içeriği; literatür taraması, güncel kılavuzlar, araştırmalar ve Meleis'in Geçiş Kuramı doğrultusunda temel alt yapısı oluşturulmuştur. Hastaların kardiyak risk faktörlerinin farkında olma, yönetme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseme akut dönemde oluşacak ağrının yönetilmesi amacıyla “**Kalp Krizi Sonrası Yaşam, Yeni Hayata Geçiş Rehberi**” adlı 35 sayfadan oluşan eğitim materyali hazırlanmıştır. Bu eğitim materyalinde; *Kalp Krizi ve Ağrı Yönetimi*, *Kalp Krizi Sonrası Fizyolojik Değişikler ve Geçiş Süreci*, *Kalp Krizi Sonrası İlaç Kullanımı*, *Kalp Krizi Sonrası Psikolojik Değişikler ve Geçiş Süreci*, *Kalp Krizi Sonrası Spiritüel Durum ve Geçiş Süreci* olmak üzere toplam beş bölüm ve ilgili konuda alt başlık (*kalbin yapısı ve işlevleri, kalp krizinin tanımı, belirtileri ve risk faktörleri gibi temel bilgiler*) yer almıştır.

Eğitim materyalinde geçiş kuramının temel kavramlarından farkındalık temeli merkeze alınarak; AMI sonrası sıklıkla yaşanılan ağrıyla tanıma, ağrı sürecini yönetme, oluşabilecek anksiyeteye başa çıkma ile değiştirilebilir ve yönetilebilir kardiyak risk faktörlerine özel bir vurgu yapılmıştır. Bu faktörler arasında hipertansiyon, dislipidemi, diyabet ve kan şekeri kontrolü, obezite, sağlıksız beslenme, düşük fiziksel aktivite, sigara ve alkol alışkanlığı, kan yağlarındaki dengesizlikler (örneğin; trigliserid ve LDL-K yüksekliği, HDL-K düşükliğü) ve stresin olumsuz etkileri ele alınmıştır.

Geçiş kuramının müdahale kısmında temel hemşirelik müdahaleleri olarak sınıflanmış (fizyolojik, psikolojik, Spiritüel) hemşirelik girişimlerinden biri olan Spiritüel hemşirelik alanına ayrı bir başlık ayrılarak bu alana özel alt başlıklar eklenmiş ve son olarak kardiyovasküler hastalıklardan korunmaya yönelik genel öneriler doğrultusunda kitapçık detaylandırılmıştır. (Meleis, 2010; ESC, 2013; AHA, 2014a; AHA, 2014b ; Meleis, 2015; AHA, 2019; SB, 2019; TKD, 2015).

Eğitim kitapçığı oluşturulduktan sonra Discern Kılavuzuna göre 10 uzman görüşü alınmış ve önerilere göre eğitim kitapçığında gerekli değişiklikler yapılarak kitapçık renkli olarak bastırılmıştır.



Şekil 4. Eğitim materyali oluşturma basamakları

3.9.2. Discern Kılavuzu'na Göre Uzman Değerlendirme Sonuçları

Eğitim kitapçığı Şekil 4'de belirtilen akış ile alanında uzman kişiler tarafından değerlendirilmiştir. Eğitim kitapçığı Discern Kılavuzunda yer alan 1 ile 5 arasındaki maddeler doğrultusunda 10 kişilik uzman tarafından en düşük 4.40 en yüksek 5 puan ve ortalama 4.80 puan olarak değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın **bağımlı değişkenleri** Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) Puanı (ikinci ölçüm), MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi Puanından (ikinci ölçüm) oluşmaktadır.

Araştırmanın **bağımsız değişkenleri** ise Hasta tanıtıcı bilgi formunda yer alan sosyodemografik özellikler, sağlığa ilişkin özellikler, Psikososyal Uyum Öz Bildirim

Ölçeği (PAIS-SR) Puanı (birinci ölçüm), MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi Puanından (birinci ölçüm) oluşmaktadır.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi ve veri toplama sürecinin yürütülebilmesi için etik kurul izni (Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deneysel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tarih: 29.04.2022, Sayı:E-21347915-050.04.04-167482 (Ek 1), kurum izni (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü, Tarih 08.02.2023:, Sayı: E-44021967-605.01-208912869 ve ilgili ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Araştırmada kişisel hakların korunmasını gerekliliğinden “bilgilendirilmiş onam”, “gönüllülük” ve “gizliliğin korunması” şartlarına etik ilke olarak uyulmuştur.

Araştırmanın sürecine ilişkin olarak çalışmada yer alan Aydın Devlet Hastanesi İdaresine açıklama yapılmış ve izin alınmıştır. Veri toplanabilmesi için Kardiyoloji servisi çalışanları ile iş birliği yapılmıştır. Araştırma sonucu rapor halinde Aydın İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı'na iletilecektir.

3.12. İstatistiksel Yöntemler

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0” istatistik (PASW Inc., Chicago. IL.USA) paket programında yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluk varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler, minimum-maksimum değerler, ortalama \pm standart sapma ($\bar{x} \pm SS$), kategorik değişkenler için tanımlayıcı istatistikler sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır. Araştırmanın müdahale ve kontrol gruplarının kişisel özellikleri ve kalp krizi sonrası yaşam deneyimleri ve sağlık davranışları ki-kare testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H test kullanılmıştır. Araştırmada, müdahale ve kontrol grubu ölçek puanları karşılaştırmasında Paired Sample t test kullanılmıştır. müdahale ve kontrol gruplarının grup, zaman ve grup*zaman karşılaştırmalarında Wilks Lambda ve Eta-kare katsayıları kullanılmıştır.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir kurumda yürütülmüş olması nedeni ile araştırma sonuçları tüm MI hastalarına genellenemez. Araştırma girişimsel olduğundan dolayı müdahale ve kontrol grubundaki hastalar hangi grupta yer alacağını araştırmanın en başında biliyor olması, araştırmanın hemşirelik bakımı doğrultusunda yapılan girişimlerin araştırmacı tarafından yapılmış olması nedeni araştırmada iki körlük sağlanamamıştır. Aydın'ın doğu ilçelerinden Nazilli ilçesine bağlı Nazilli Devlet Hastanesine Koroner Anjiyografi Laboratuvarı açılması nedeni ile araştırmanın yapıldığı Aydın Devlet hastanesine veri toplama tarihlerinde Akut Miyokard Infarkts tanısı ile gelen hasta sayısının azalmış olması.

3.14. Araştırmanın Güçlü Yanları

Bu girişimsel araştırma hemşirelik alanında önemli bir yere sahip olan kuramsal çerçevede gerçekleştirilmiştir. Araştırmada müdahale ve kontrol grupları yer almaktadır. Araştırmada randomizasyon yapılmıştır. Araştırma Aydın İl Merkez'ini temsil etmektedir.

4. BULGULAR

Meleis'in Geçiş Kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının AMI Geçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesi ve Uyuma etkisini belirlemek amacı ile ön test-son test kontrol gruplu, randomize kontrollü olarak Aydın Merkez Devlet Hastanesinde 106 (53 Müdahale, 53 Kontrol) hasta ile gerçekleştirilen çalışmadan bulgular bu bölümde yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (N:106)

Sosyo-demografik Özellikler		Müdahale (53)		Kontrol (53)		Test Değeri χ^2	Önemlilik P
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	8	15,1	11	20,8	*0,577	0,447
	Erkek	45	84,9	42	79,2		
Medeni Durum	Evli	41	77,4	39	73,6	*0,204	0,652
	Bekar	12	22,6	14	26,4		
Eğitim Durumu	Okur Yazar	8	15,1	1	1,9	**14,659	0,012
	İlkokul	4	7,5	5	9,4		
	Ortaokul	3	5,7	5	9,4		
	Lise	13	24,5	27	50,9		
	Üniversite	22	41,5	14	26,4		
	Lisansüstü	3	5,7	1	1,9		
Yaşanan Yer	Köy/Kasaba	3	5,7	6	11,3	*1,934	0,380
	İlçe Merkezi	27	50,9	21	39,6		
	İl Merkezi	23	43,4	26	49,1		
Aile Tipi	Çekirdek	32	60,4	31	58,5	**2,043	0,563
	Geniş	14	26,4	13	24,5		
	Yalnız	6	11,3	9	17		
	Diğer	1	1,9	0	0		
Meslek	İşçi	5	9,4	10	18,9	*6,180	0,186
	Memur	10	18,9	8	15,1		
	Ev Hanımı	6	11,3	3	5,7		
	Serbest	4	7,5	10	18,9		
	Diğer	28	52,8	22	41,5		
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	20	37,7	19	35,8	*2,536	0,281
	Gelir Giderden Fazla	6	11,3	12	22,6		
	Gelir Gidere Denk	27	50,9	22	41,5		
Sosyal Güvence	Var	42	79,2	43	81,1	*2,156	0,340
	Yok	11	20,8	10	18,9		
Yaş		AO±SS		AO±SS		t	p
		56,73±9,03		53,15± 6,65		***0,925	0,051

*Pearson Chi-Square, **Likelihood Ratio, ***Independent Samples t-test, p<0,05

Tablo 3’de, müdahale ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunun %84,9’u erkek ve %15,1’i kadın iken, kontrol grubunun %79,2’si erkek ve %20,8’i kadındır (p=0,447). Müdahale grubunun %77,4’ü evli, %22,6’sı bekarken, kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %73,6 ve %26,4’tür (p=0,652). Müdahale grubunda üniversite mezunu oranı %41,5 iken, kontrol grubunda bu oran %26,4’tür. Diğer taraftan, müdahale grubunda okur yazar olmayanların oranı %15,1, kontrol grubunda ise %1,9’dur. Müdahale grubunda okur yazar bireylerin ve kontrol grubunda lise mezunu bireylerin sıklığı anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,017). Bu durum, müdahale grubunun eğitim seviyesi açısından daha heterojen bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Müdahale grubunun %50,9’u ilçe merkezinde, %43,4’ü il merkezinde ve %5,7’si köy veya kasabada yaşarken, kontrol grubunun %39,6’sı ilçe merkezinde, %49,1’i il merkezinde ve %11,3’ü köy veya kasabada yaşamaktadır. Her iki grup da büyük ölçüde ilçe ve il merkezlerinde yaşamaktadır (p=0,380). Hem müdahale hem de kontrol grubunda çekirdek aile oranları yüksektir (%60,4 ve %58,5). Bu, katılımcıların çoğunlukla çekirdek aile yapısına sahip olduğunu göstermektedir (p=0,563). Müdahale grubunda %52,8’lik bir oran "diğer" meslek grubunda yer alırken, kontrol grubunda bu oran %41,5’tir. Bu durum, her iki gruptaki katılımcıların meslek dağılımının çeşitliliğini ve heterojenliğini yansıtmaktadır (p=0,186). Gelir-gider dengesi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0,281). Gelirinin giderden az olduğunu belirtenlerin oranı müdahale grubunda %37,7, kontrol grubunda ise %35,8’dir. Müdahale grubunda sosyal güvencesi olanların oranı %79,2, kontrol grubunda ise %81,1’dir (p=0,340). Müdahale grubunun yaş ortalaması 56,73±9,03 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 53,15±6,65’tir (p=0,051). Yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da, müdahale grubunun yaş ortalamasının biraz daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

Tablo 4. Kalp Krizi Sonrası Yaşam Deneyimleri ve Sağlık Davranışlarının Karşılaştırılması (İlk Test Bulguları) (N:106)

Kalp Krizi Sonrası Yaşam Deneyimleri ve Sağlık Davranışları (İlk test)	Müdahale (53)		Kontrol (53)		Test Değeri (χ^2)	Önemlilik (p)
	n	%	n	%		
Kalp Krizini Nasıl Algıyorsunuz?						
Olumlu	29	54,7	14	26,4	*8,804	0,003
Olumsuz	24	45,3	39	73,6		
KK Sonrası Yaşamınızı Zorlaştıran Engeller Var mı?						
Evet	27	50,9	32	60,4	**3,717	0,294
Hayır	2	3,8	3	5,7		
Kısmen	24	45,3	18	34		
KK Sonrası Hayatınıza Devam Etmenizi Sağlayan Destekleriniz Var mı?						
Evet	31	58,5	34	64,2	**1,519	0,464
Hayır	2	3,8	4	7,5		
Kısmen	20	37,7	15	28,3		
Sağlığınızı Genel Olarak Nasıl İfade Edersiniz?						
İyi	8	15,1	5	9,4	*1,220	0,543
Orta	30	56,6	35	66		
Kötü	15	28,3	13	24,5		
Miyokart Enfarktüsü Sonrası Görülen Şikayetler?						
Yorgunluk	34	64,2	36	67,9	***-	-
Ağrı	17	32,1	21	39,6		
Nefes Darlığı	29	54,7	30	56,6		
Göğüs Ağrısı	33	62,3	31	58,5		
Diğer	3	5,7	5	9,4		
Yok	2	3,8	2	3,8		
Kalp Sağlığına Yönelik Bir Eğitim Aldınız mı?						
Evet	7	13,2	3	5,7	*1,805	0,406
Hayır	23	43,4	24	45,3		
Kısmen	23	43,4	26	49,1		
Kalp Krizinin Nedenlerini Biliyor musunuz?						
Evet	5	9,4	3	5,7	1,9720,373	
Hayır	22	41,5	17	32,1		
Kısmen	26	49,1	33	62,3		
Kalp Krizinin Nedeni Ne Olabilir?						
Sigara	36	67,9	39	73,6	***-	-
Beslenme Şekli	18	34	13	24,5		
Obezite	11	20,8	9	17		
Stres	9	17	14	26,4		
Genetik	8	15,1	3	5,7		
Diğer	1	1,9	4	7,5		
Bilmiyorum	16	30,2	11	20,8		
Kalp Sağlığına Yönelik Eğitimi Kimden Aldınız?						
Hemşire	29	54,7	27	50,9	***-	-

Hekim	20	37,7	18	34		
Kitap, Broşür, Afiş Gibi Yazılı Materyaller	3	5,7	5	9,4		
Komşu, Arkadaş, Akrabalar	2	3,8	4	7,5		
TV ya da Sosyal Medya	10	18,9	18	34		
Almadım	20	37,7	18	34		
Araştırma	0	0	1	1,9		
Eşlik Eden Başka Bir Hastalığınız Var mı?						
Var	43	81,1	45	84,9	*0,00 7	0,933
Yok	8	15,1	8	15,1		
Eşlik Eden Hastalığınız Nedir?						
HT	21	39,6	24	45,3	***-	-
DM	18	34	19	35,8		
KKH	2	3,8	0	0		
Diğer	15	28,3	18	34		
Sigara Kullanıyor musunuz?						
Evet	41	77,4	41	77,4	**4,4 61	0,098
Hayır	10	18,9	5	9,4		
Nadiren/Kısmen	2	3,8	7	13,2		
Alkol Kullanıyor musunuz?						
Evet	24	45,3	19	35,8	*1,58 1	0,454
Hayır	19	35,8	19	35,8		
Nadiren/Kısmen	10	18,9	15	28,3		
Düzenli Egzersiz-Spor Yapıyor musunuz?						
Evet	8	15,1	9	17	0,700 0,791	
Hayır	45	84,9	44	83		
Düzenli Egzersiz-Spor Sıklığınız Nedir?						
Son Bir Yıldır Yapıyorum	5	9,4	4	7,5	2,837	0,492
Son Altı Aydır Yapıyorum	1	1,9	0	0		
Ara Sıra Yapıyorum	2	3,8	5	9,4		
Eğer Yapmıyorsanız Neler Engelliyor?						
Yeterince Zaman Bulamıyorum	18	34	30	56,6	**13, 009	0,112
Çok Fazla Efor Harcamıyorum	1	1,9	1	1,9		
Faydalı Olduğuna İnanmıyorum	1	1,9	3	5,7		
Kendimi Sürekli Yorgun Hissediyorum	5	9,4	1	1,9		
Tekrar Kalp Rahatsızlığı Yaşamaktan Korkuyorum	18	33,9	9	17		
Diğer	11	20,8	7	13,2		
Uyguladığımız Bir Diyet Programı Var mı?						
Evet	19	35,8	13	24,5	*1,61 3	0,446
Hayır	16	30,2	19	35,8		
Kısmen	18	34	21	39,6		
Beslenme Durumunuzla İlgili Aşağıdakilerden Size Uygun Olanları İşaretleyiniz.						
Hastalığımla İlgili Neler Yemem Gerektiğini Biliyorum	11	20,8	12	22,6	***-	-
Hastalığımla İlgili Neler Yemem Gerektiğini Bilmiyorum	19	35,8	19	35,8		
Öğün Planlarımı Uygulayamıyorum	14	26,4	16	30,2		
Diğer	7	13,2	5	9,4		
Yemeklerinize Sonradan Tuz Atar mısınız?						

Evet	33	62,3	41	77,4	2,462	0,117
Hayır	20	37,7	12	22,6		
Kalp Sağlığına ya da Kalp Krizine İlişkin Merak Ettiğiniz Konular Var mı?						
Evet	50	94,3	50	94,3	**1,588	0,452
Hayır	3	5,7	3	5,7		
Sorunlarınız Olduğunda Eşinizden ya da Yakın Çevrenizden Yeterince Destek Görebiliyor musunuz?						
Evet	21	39,6	12	22,6	*3,632	0,163
Hayır	4	7,5	6	11,3		
Kısmen	28	52,8	35	66		
Aile ya da Yakın Çevreniz Duygularınıza Önem Verir mi?						
Evet	24	45,3	18	34	**1,873	0,392
Hayır	6	11,3	5	9,4		
Kısmen	23	43,4	30	56,6		
Aileniz ve Yakın Çevreniz Yaşadığınız Kalp Hastalığı ile İlgili Ne Düşünüyor?						
Olumlu	6	11,3	4	7,4	**1,097	0,295
Olumsuz	47	88,7	49	92,5		
Sizce Toplumun Kalp Krizi Geçirmiş Hastaya Bakış Açısı Nasıldır?						
Olumsuz	53	100	53	100	-	-
Hastalık Süreci ile İlgili Neler Yapmayı Düşünüyorsunuz?						
Yapacak Bir Şey Yok.	10	18,9	6	11,3	***-	-
Hareketli Yaşamam Gerekıyor.	5	9,4	4	7,5		
Sigarayı Bırakmam Gerekıyor.	29	54,7	34	64,2		
Alkolü Bırakmam Gerekıyor.	13	24,5	9	17		
Beslenmemi Düzenlemem Gerekıyor.	20	37,7	11	20,8		
Stresi Azaltıp Başa Çıkamam Gerekıyor	11	20,8	5	9,4		
Dua Etmeliyim	18	34	17	32,1		
Diğer	6	11,3	4	7,5		
İlaçlarınızı Kullanmayı Unutur musunuz?						
Evet Unutuyorum	8	15,1	15	28,3	**5,074	0,200
Hayır Unutmuyorum	3	5,7	4	7,5		
Bazen Unutuyorum	42	79,2	34	64,2		

*Pearson Chi-Square, **Likelihood Ratio, ***Birden fazla madde işaretlenmiştir; $p < 0,05$

Tablo 4’de, müdahale ve kontrol gruplarının kalp krizi sonrası yaşam deneyimleri ve sağlık davranışları karşılaştırılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların %54,7’si kalp krizini olumlu algılamakta, kontrol grubunda bu oran %26,4’tür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$). Bu, müdahale grubundaki katılımcıların kriz sonrası daha olumlu bir bakış açısına sahip olduğunu göstermektedir. Kalp krizi sonrası yaşamlarını zorlaştıran engellerin varlığına ilişkin olarak, kontrol grubundaki %60,4 oranı, müdahale grubundaki %50,9’a göre daha yüksektir, ancak bu fark anlamlı bulunmamıştır ($p=0,294$). Destek sistemlerine sahip olma oranı kontrol grubunda (%64,2), müdahale grubuna (%58,5)

kıyasla daha yüksek olsa da anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p=0,464$). Sağlığını "iyi" olarak tanımlayanların oranı müdahale grubunda %15,1, kontrol grubunda ise %9,4'tür ($p=0,543$). Miyokart enfarktüsü sonrası en sık bildirilen semptomlar her iki grupta da benzer şekilde yorgunluk (%64,2 müdahale, %67,9 kontrol), göğüs ağrısı (%62,3 müdahale, %58,5 kontrol) ve nefes darlığı (%54,7 müdahale, %56,6 kontrol) olarak belirlenmiştir.

Kalp sağlığına yönelik eğitim aldığı belirtilenlerin oranı müdahale grubunda %13,2, kontrol grubunda ise %5,7'dir , ancak bu fark anlamlı değildir ($p=0,406$). Kalp krizinin nedenlerini bildiğini belirtenlerin oranı kontrol grubunda %62,3 ile daha yüksekken, müdahale grubunda bu oran %49,1'dir, ancak bu fark anlamlı değildir ($p=0,373$). Sigara (%67,9 müdahale, %73,6 kontrol) kalp krizinin en yaygın nedeni olarak ifade edilmiş, ardından beslenme şekli ve stres gibi faktörler sıralanmıştır. Kalp sağlığına yönelik bilgiyi genellikle hemşirelerden aldığı belirtilenlerin oranı müdahale grubunda %54,7, kontrol grubunda %50,9'dur. Müdahale grubundaki katılımcıların %81,1'i, kontrol grubundaki katılımcıların ise %84,9'u eşlik eden başka bir hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir. Bu oranlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,933$). Her iki grup da benzer oranlarda eşlik eden hastalıklara sahiptir. Hipertansiyon (HT) ve Diyabet (DM), her iki grupta da en yaygın eşlik eden hastalıklar olarak öne çıkmıştır. Müdahale grubunda hipertansiyon oranı %39,6, diyabet oranı ise %34 olarak bildirilmiştir. Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %45,3 ve %35,8'dir.

Sigara kullanımı her iki grupta da yüksek oranlarda bulunmuş ve %77,4 olarak tespit edilmiştir ($p=0,098$). Müdahale grubundaki katılımcıların %45,3'ü alkol kullandığını belirtirken, kontrol grubunda bu oran %35,8'dir. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,454$). Düzenli egzersiz yapma oranı müdahale grubunda %15,1, kontrol grubunda ise %17 olarak saptanmıştır ($p=0,791$). Son bir yıldır düzenli egzersiz yaptığını belirtenler müdahale grubunda %9,4, kontrol grubunda ise %7,5'tir. Son altı aydır egzersiz yapanlar sadece müdahale grubunda (%1,9) bildirilmiştir. Bu değişken için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,492$). Egzersiz yapmama nedenleri arasında "yeterince zaman bulamama" müdahale grubunda %34, kontrol grubunda ise %56,6 ile en sık ifade edilen sebep olmuştur. Ayrıca, müdahale grubunda %33,9 oranında "tekrar rahatsızlık yaşamaktan korkma" ifade edilirken, kontrol grubunda bu oran %17'dir. Diyet programı uygulama oranı müdahale grubunda %35,8, kontrol grubunda %24,5'tir

(p=0,446). Her iki gruptaki katılımcıların önemli bir kısmı hastalıklarıyla ilgili nasıl beslenmeleri gerektiğini bilmediklerini ifade etmiştir (%35,8). Yemeklere sonradan tuz ekleme alışkanlığı müdahale grubunda %62,3, kontrol grubunda %77,4'tür (p=0,117).

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%94,3) kalp sağlığı ve krizle ilgili merak ettiği konular olduğunu belirtmiştir. Ancak, sorunlar karşısında yeterince destek alabildiğini ifade edenlerin oranı müdahale grubunda %39,6 iken, kontrol grubunda %22,6'dır (p=0,163). Her iki grupta da katılımcıların büyük çoğunluğu (%88,7 müdahale grubu, %92,5 kontrol grubu), ailelerinin hastalık sürecine yönelik olumsuz bir tutum sergilediğini belirtmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p = 0,295). Katılımcıların tamamı, toplumun kalp krizi geçiren bireylere yönelik bakış açısını olumsuz olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların çoğu sigarayı bırakmayı hastalık süreci ile ilgili önemli bir adım olarak belirtmiştir (%54,7 müdahale grubu, %64,2 kontrol grubu).

İlaç kullanımını unuttuğunu belirtenler kontrol grubunda %28,3, müdahale grubunda ise %15,1 olarak saptanmıştır(p=0,200).

Tablo 5. Kalp Krizi Sonrası Yaşam Deneyimleri ve Sağlık Davranışları Karşılaştırılması (Son Test Bulguları) (N:106)

Katılımcıların Kalp Krizi Sonrası Yaşam Deneyimleri ve Sağlık Davranışları	Müdahale (53)		Kontrol (53)		Test Değeri	Önemlilik
	n	%	n	%	χ^2	p
Kalp Krizini Nasıl Algılıyorsunuz						
Olumlu	41	79,3	9	17	*43,36 8	p <0,001
Olumsuz	11	20,8	44	83		
Sağlığınızı Genel Olarak Nasıl İfade Edersiniz?						
İyi	29	54,7	0	0	**57,3 83;	p<0,001
Orta	18	34	37	69,8		
Kötü	3	11,4	16	30,2		
Miyokart Enfarktüsü Sonrası Şikayetlerden Hangisi Sizde Var?						
Yorgunluk	14	26,4	42	79,2	-	-
Ağrı	3	5,7	20	37,7		
Nefes Darlığı	18	34	35	66		
Göğüs Ağrısı	23	43,4	43	81,1		
Diğer	0	0	4	7,5		
Yok	11	20,8	0	0		
Kalp Krizinin Nedenlerini Biliyor Musunuz?						

Evet	50	94,3	5	9,5	**84,5	p<0,001
Hayır	2	3,8	17	32,1	20	
Kısmen	1	1,9	31	58,5		
Sigara Kullanıyor Musunuz?						
Evet	9	17,0	40	80,5	**41,8	p<0,001
Hayır	31	58,5	5	10,0	94	
Nadiren/Kısmen	13	24,5	5	10,0		
Alkol Kullanıyor Musunuz?						
Evet	6	11,3	11	21,8	*5,338	0,149
Hayır	30	56,6	18	36,0		
Nadiren/Kısmen	17	32,1	24	42,2		
Düzenli Egzersiz-Spor Yapıyor Musunuz?						
Evet	38	71,7	2	3,8	**52,0	p<0,001
Hayır	15	28,3	51	96,2	36	
Uyguladığınız Bir Diyet Programı Var Mı?						
Evet	43	81,1	14	26,4	*42,40	p<0,001
Hayır	2	3,8	26	49,1	7	
Kısmen	5	9,4	13	24,5		
Beslenme Durumunuzla İlgili Aşağıdakilerden Size Uygun Olanları İşaretleyiniz.						
Hastalığımla İlgili Neler Yemem Gerektiğini Biliyorum	38	71,7	7	13,2	***-	-
Hastalığımla İlgili Neler Yemem Gerektiğini Bilmiyorum	2	3,8	21	39,6		
Öğün Planlarımı Uygulayamıyorum	3	5,7	16	30,2		
Diğer	1	1,9	6	11,3		
Yemeklerinize Sonradan Tuz Atar mısınız?						
Evet	18	34	43	81,1	*28,94	p<0,001
Hayır	35	66	10	18,9	7	
Hastalık Süreci ile İlgili Neler Yapmayı Düşünüyorsunuz?						
Yapacak Bir Şey Yok.	5	9,4	6	11,3	***-	-
Hareketli Yaşamam Gerekiyor.	30	56,6	8	15,1		
Sigarayı Bırakmam Gerekiyor.	30	56,6	45	84,9		
Alkolü Bırakmam Gerekiyor.	30	56,6	11	20,8		
Beslenmemi Düzenlemem Gerekiyor.	32	60,4	18	34		
Stresi Azaltıp Başa Çıkmam Gerekiyor	32	60,4	5	9,4		

Dua Etmeliyim	20	37,7	15	28,3		
Diğer	5	9,4	1	1,9		
İlaçlarınızı Kullanmayı Unutur Musunuz?						
Evet Unutuyorum	2	3,8	32	60,4	*82,83	p<0,001
Hayır Unutmuyorum	36	67,9	0	0		
Bazen Unutuyorum	15	28,3	21	39,6		

Kalp krizi sonrası yaşam deneyimleri ve sağlık davranışları son test bulguları incelendiğinde (Tablo5) Müdahale grubunun kalp krizini olumlu algılama oranı (%79,3), kontrol grubuna kıyasla (%17) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunda sağlığını "iyi" olarak ifade edenlerin oranı (%54,7), kontrol grubuna (%0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca kontrol grubunda sağlığını "kötü" olarak değerlendirenlerin oranı (%30,2), müdahale grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Müdahale grubunda "şikayetim yok" diyenlerin oranı (%20,8), kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Müdahale grubunun %94,3'ü kalp krizinin nedenlerini bildiğini ifade ederken, kontrol grubunda bu oran sadece %9,5'tir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Müdahale grubunda sigara kullanım oranı %17 iken, kontrol grubunda bu oran %80,5'le müdahale grubundan yüksektir ($p<0,001$). Müdahale grubunda alkol kullananların oranı %11,3, kontrol grubunda ise %21,8'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,149$). Müdahale grubunda düzenli egzersiz yapma oranı %71,7 ile kontrol grubuna (%3,8) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunun %81,1'i diyet programı uygularken, kontrol grubunda bu oran %26,4'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunun %71,7'si, hastalıklarıyla ilgili neler yemesi gerektiğini bildiğini ifade ederken, kontrol grubunda bu oran %13,2'dir.

Müdahale grubunda hastalıklarıyla ilgili neler yemesi gerektiğini bilmediğini belirtenlerin oranı %3,8, kontrol grubunda ise %39,6'dır. Öğün planlarını uygulayamadığını ifade edenlerin oranı müdahale grubunda %5,7, kontrol grubunda %30,2'dir. "Diğer" seçeneğini işaretleyenlerin oranı müdahale grubunda %1,9, kontrol grubunda ise %11,3 olarak belirlenmiştir.

Müdahale grubunda yemeklerine sonradan tuz ekleyenlerin oranı %34 iken, kontrol grubunda bu oran %81,1'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunun %9,4'ü ve kontrol grubunun %11,3'ü hastalık süreciyle ilgili olarak "Yapacak bir şey yok" cevabını vermiştir. Müdahale grubunun %56,6'sı hareketli yaşam tarzını benimsemesi gerektiğini belirtirken, kontrol grubunda bu oran %15,1'dir. Sigarayı bırakması gerektiğini ifade edenlerin oranı müdahale grubunda %56,6, kontrol grubunda %84,9 olarak bulunmuştur. Alkolü bırakması gerektiğini belirtenlerin oranı müdahale grubunda %56,6, kontrol grubunda ise %20,8'dir.

Beslenme düzenine dikkat etmesi gerektiğini ifade edenlerin sayısı müdahale grubunda %60,4, kontrol grubunda %34 olarak belirlenmiştir. Stresi azaltması gerektiğini düşünenlerin oranı müdahale grubunda %60,4, kontrol grubunda ise %9,4'tür. Dua etmesi gerektiğini belirtenler müdahale grubunda %37,7, kontrol grubunda %28,3 oranındadır. "Diğer" cevabını verenlerin oranı müdahale grubunda %9,4, kontrol grubunda ise %1,9'dur.

Müdahale grubunda ilaçlarını düzenli kullananların oranı %67,9, kontrol grubunda ise %0'dır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Kontrol grubunda ilaçlarını düzenli unutanların oranı (%60,4), müdahale grubuna göre çok daha yüksektir.

Tablo 6. Katılımcıların Klinik Bulgularının Karşılaştırılması (N:106)

Klinik Bulgular	Grup		Test Değeri (**t)	Önemlilik (p)
	Müdahale (53)	Kontrol (53)		
	AO±SS	AO±SS		
HDL				
İlk	48,62±9,54	48,60±11,25	0,009	0,993
1.Ay	53,19±9,57	52,43±8,65	0,426	0,671
Son	58,85±6,53	55,06±5,47	3,104	0,003
Etki	*F	p	η²	
Grup	0,615	0,435	0,006	
Zaman	39,594	<0,001	0,457	
Grup*Zaman	3,048	0,026	0,061	
LDL				
İlk	157,43±45,75	148,06±45,53	1,058	0,293
1.Ay	146,42±41,08	146,75±40,16	0,043	0,966
Son	122,98±34,45	146,39±48,93	0,2,719	0,08
Etki	*F	p	η²	
Grup	0,087	0,768	0,001	
Zaman	13,862	<0,001	0,228	
Grup*Zaman	14,043	<0,001	0,230	
Trigliserit				

İlk	246,70±110,13	251,19±105,80	0,214	0,831
1.Ay	203,49±64,78	235,23±87,00	2,130	0,036
Son	168,21±42,87	232,37±95,46	4,255	p < 0,001
Etki	*F	p	η²	
Grup	4,194	0,043	0,042	
Zaman	19,973	<0,001	0,298	
Grup*Zaman	6,629	<0,001	0,124	
Kilo				
İlk	85,85±13,32	83,34±13,04	0,262	0,794
1.Ay	87,36±19,09	83,58±13,27	1,176	0,242
Son	83,88±11,97	86,69±13,92	1,081	0,282
Etki	*F	p	η²	
Grup	0,267	0,607	0,003	
Zaman	0,137	0,933	0,872	
Grup*Zaman	16,581	<0,001	0,000	
BKI				
İlk	32,33±34,28	27,13±3,31	1,100	0,274
1.Ay	27,24±2,92	29,14±14,82	0,901	0,370
Son	26,58±2,48	27,71±3,34	1,888	0,062
Etki	*F	p	η²	
Grup	0,378	0,540	0,004	
Zaman	1,244	0,293	0,027	
Grup*Zaman	0,948	0,018	0,021	

*Test: Wilks' Lambda, **Independent Samples t-test, p<0,05

Tablo 6'da, müdahale ve kontrol gruplarının klinik bulgularının zaman içindeki değişimlerini değerlendirilmiştir. HDL düzeylerine bakıldığında, başlangıç ve 1. ay ölçümlerinde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak son ölçümde müdahale grubunun HDL düzeyi kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0,003). Genel olarak grup etkisi anlamlı bulunmazken (p=0,435), zaman etkisi oldukça güçlüdür ve HDL düzeylerinin zamanla anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir (p < 0,001, η² = 0,457). Ayrıca, grup ve zaman arasında anlamlı bir etkileşim vardır (p = 0,026, η² = 0,061), bu da müdahale grubunun HDL düzeyinde zaman içinde daha fazla artış gösterdiğini ifade eder.

LDL düzeylerine bakıldığında, başlangıç ve 1. ay ölçümlerinde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, son ölçümde kontrol grubunun LDL düzeyi müdahale grubuna göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p = 0,08). Grup etkisi genel olarak anlamlı değildir (p = 0,768), ancak zaman etkisi oldukça güçlüdür ve LDL düzeylerinin müdahale grubunda zamanla anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür (p < 0,001, η² = 0,228) (Tablo 6). Grup ve zaman etkileşimi de anlamlı bulunmuştur (p < 0,001, η²=0,230), bu da müdahale grubunun LDL düzeylerindeki değişimlerin zaman içinde anlamlı farklılık gösterdiğini işaret eder.

Trigliserit düzeylerinde başlangıç ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmazken, 1. ayda müdahale grubunun trigliserit düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p=0,036$). Son ölçümde bu fark daha belirgin hale gelmiş ve müdahale grubunun trigliserit değerleri kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Grup etkisi genel olarak anlamlıdır ($p = 0,043$, $\eta^2 = 0,042$) ve zaman etkisi güçlüdür, trigliserit düzeyleri zamanla belirgin şekilde azalmıştır ($p < 0,001$, $\eta^2= 0,298$). Ayrıca grup ve zaman arasında anlamlı bir etkileşim gözlenmiştir ($p < 0,001$, $\eta^2=0,124$), bu da müdahale grubunun trigliserit düzeylerinde daha fazla azalma olduğunu göstermektedir (Tablo 6).

Kilo değerlendirmesinde, başlangıç ve 1. ay ölçümlerinde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamış ve son ölçümde de bu fark anlamlı olmamıştır ($p = 0,282$). Grup etkisi genel olarak anlamlı değildir ($p = 0,607$) ve zaman içinde kilo değişimleri anlamlı bir fark göstermemiştir ($p = 0,933$). Grup ve zaman etkileşimi de anlamlı bulunmamıştır (Tablo 6).

Son olarak BKİ (Beden Kitle İndeksi) değerlendirmesinde başlangıç ve 1. ay ölçümlerinde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmazken, son ölçümdeki fark da anlamlı olmamıştır ($p = 0,062$). Grup etkisi ($p = 0,540$) ve zaman etkisi ($p = 0,293$) anlamlı bulunmamış, grup ve zaman etkileşimi de anlamlı bir sonuç göstermemiştir. Bu sonuçlar, BKİ'de müdahale ve kontrol gruplarının zaman içindeki değişimlerinin büyük bir fark göstermediğini işaret etmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutlarının Müdahale ve Kontrol Gruplarında Zamana Göre Değişimi (N:106)

	Grup		Test Değeri **t	Önemlilik p
	Müdahale(53)	Kontrol(53)		
Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği	AO±SS	AO±SS		
Sağlık Bakımına Oryantasyon				
İlk	19,13±1,61	19,66±1,62	1,688	0,094
Son	20,09±0,92	19,92±1,26	0,790	0,431
Etki	*F	p	η^2	
Grup	0,711	0,401	0,997	
Zaman	13,702	<0,001	0,116	
Grup*Zaman	4,534	0,036	0,042	
Mesleki Çevre				
İlk	15,49±1,77	15,85±1,45	1,141	0,256
Son	14,57±2,48	15,45±1,45	2,250	0,027
Etki	*F	p	η^2	
Grup	5,100	0,026	0,047	

Zaman	8,549	0,004	0,076	
Grup*Zaman	1,368	0,245	0,013	
Aile Çevresi				
İlk	20,02±1,78	20,32±1,53	0,936	0,351
Son	18,92±4,01	20,02±1,26	1,895	0,061
Etki	*F	p	η²	
Grup	3,972	0,049	0,037	
Zaman	5,080	0,026	0,047	
Grup*Zaman	1,636	0,204	0,015	
Seksüel İlişki				
İlk	14,70±1,46	15,38±1,48	2,374	0,019
Son	13,77±4,51	14,38±3,71	0,753	0,453
Etki	*F	p	η²	
Grup	1,623	0,205	0,015	
Zaman	8,509	0,004	0,076	
Grup*Zaman	0,013	0,909	0,000	
Geniş Aile İlişkileri				
İlk	12,26±1,15	12,32±1,01	0,269	0,788
Son	11,43±0,67	12,40±0,93	6,140	p < 0,001
Etki	*F	p	η²	
Grup	12,552	0,001	0,108	
Zaman	10,384	0,002	0,091	
Grup*Zaman	14,954	<0,001	0,126	
Sosyal Çevre				
İlk	14,91±1,29	15,00±1,07	0,409	0,683
Son	14,81±1,14	14,96±0,94	0,742	0,460
Etki	*F	p	η²	
Grup	0,517	0,474	0,005	
Zaman	0,240	0,625	0,002	
Grup*Zaman	0,044	0,834	0,000	
Psikolojik Distres				
İlk	17,30±1,12	17,19±1,18	0,507	0,613
Son	16,26±1,52	17,17±1,30	3,298	p < 0,001
Etki	*F	p	η²	
Grup	4,271	0,041	0,039	
Zaman	10,799	0,001	0,094	
Grup*Zaman	10,042	0,002	0,088	

*Test: Wilks' Lambda, **Independent Samples t-test, p<0,05

Tablo 7'de, müdahale ve kontrol gruplarının "Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği" alt boyutlarındaki puanlarının başlangıç ve son ölçümleri ile grup, zaman ve grup-zaman etkileşim etkilerini değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakımına Oryantasyon alanında başlangıç ölçümünde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,094$). Son ölçümde de gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir ($p = 0,431$). Grup etkisi genel olarak anlamlı değildir ($p = 0,401$), ancak zaman etkisi anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,116$), bu da zamanla her iki grupta da puanların arttığını göstermektedir. Grup ve zaman arasındaki etkileşim etkisi anlamlıdır ($p = 0,036$, $\eta^2 = 0,042$), bu da müdahale grubunun zaman içinde kontrol grubuna göre daha iyi bir gelişim gösterdiğini ifade eder (Tablo 7).

Mesleki Çevre alanında birinci ölçümde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,256$). Ancak son ölçümde, müdahale grubunun puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p=0,027$). Grup etkisi genel olarak anlamlıdır ($p = 0,026$, $\eta^2 = 0,047$). Zaman etkisi de anlamlıdır ($p = 0,004$, $\eta^2 = 0,076$), bu da puanların zaman içinde genel olarak değiştiğini göstermektedir. Grup ve zaman etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,245$) (Tablo 7).

Aile Çevresi alanında başlangıç ölçümünde gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p = 0,351$). Son ölçümde de fark anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubunun puanları müdahale grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,061$). Grup etkisi anlamlıdır ($p = 0,049$, $\eta^2 = 0,037$), bu da gruplar arasında genel bir fark olduğunu göstermektedir. Zaman etkisi anlamlıdır ($p = 0,026$, $\eta^2 = 0,047$), puanlar zamanla değişim göstermiştir. Ancak grup ve zaman arasındaki etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,204$) (Tablo 7).

Seksüel İlişki alanında ilk ölçümde kontrol grubu müdahale grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek puan almıştır ($p = 0,019$). Son ölçümde gruplar arasındaki fark anlamlı değildir ($p = 0,453$). Grup etkisi genel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,205$). Ancak zaman etkisi anlamlıdır ($p = 0,004$, $\eta^2 = 0,076$), bu da puanların zamanla değiştiğini göstermektedir. Grup ve zaman etkileşimi ise anlamlı değildir ($p = 0,909$).

Geniş Aile İlişkileri alanında başlangıç ölçümünde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,788$). Ancak son ölçümde kontrol grubunun puanları müdahale grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Grup etkisi oldukça anlamlıdır ($p = 0,001$, $\eta^2 = 0,108$), bu da müdahale grubunun genel olarak daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Zaman etkisi de anlamlıdır ($p = 0,002$, $\eta^2 = 0,091$). Grup ve zaman etkileşim etkisi anlamlıdır ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,126$), bu da grupların zaman içindeki değişimlerinin farklı olduğunu göstermektedir (Tablo 7).

Sosyal Çevre alanında ilk ve son ölçümlerde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,683$ ve $p = 0,460$). Grup etkisi genel olarak anlamlı değildir ($p = 0,474$). Zaman etkisi de anlamlı değildir ($p = 0,625$), bu da puanların zamanla anlamlı bir değişim göstermediğini ifade eder. Grup ve zaman etkileşimi anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,834$) (Tablo 7).

Psikolojik Distres alanında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,613$). Ancak son ölçümde müdahale grubunun psikolojik distres puanı kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur ($p = 0,001$). Grup etkisi genel olarak anlamlıdır ($p = 0,041$, $\eta^2 = 0,039$), bu da kontrol grubunun daha fazla psikolojik distres yaşadığını göstermektedir. Zaman etkisi anlamlıdır ($p = 0,001$, $\eta^2 = 0,094$), puanlar zamanla değişmiştir. Grup ve zaman etkileşim etkisi de anlamlıdır ($p = 0,002$, $\eta^2 = 0,088$), bu da grupların zaman içindeki değişimlerinin farklılık gösterdiğini ifade etmektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Macnew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi'nin Müdahale ve Kontrol Gruplarında Zamana Göre Değişimi (N:106)

Macnew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi	Grup		Test Değeri **t	Önemlilik p
	Müdahale(53)	Kontrol(53)		
	AO±SS	AO±SS		
Macnew Duygusal Fonksiyon				
İlk	4,06±1,29	3,91±1,05	0,680	0,498
Son	5,50±0,71	3,48±0,97	12,250	$p < 0,001$
Etki	*F	p	η^2	
Grup	36,613	<0,001	0,260	
Zaman	35,587	<0,001	0,255	
Grup*Zaman	121,566	<0,001	0,539	
Macnew Fiziksel Fonksiyon				
İlk	3,83±1,16	3,81±0,87	0,109	0,913
Son	5,59±0,67	3,43±0,89	14,120	$p < 0,001$
Etki	*F	p	η^2	
Grup	48,721	<0,001	0,319	
Zaman	67,152	<0,001	0,392	
Grup*Zaman	161,104	<0,001	0,608	
Macnew Sosyal Fonksiyon				
İlk	4,07±1,17	4,00±0,89	0,346	0,730
Son	5,58±0,63	3,44±0,92	13,948	$p < 0,001$
Etki	*F	p	η^2	
Grup	48,876	0,000	0,320	
Zaman	30,399	<0,001	0,226	
Grup*Zaman	147,824	<0,001	0,587	

*Test: Wilks' Lambda, **Independent Samples t-test, $p < 0,05$

Tablo 8’de MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi alt boyutlarına göre müdahale ve kontrol gruplarının sonuçlarını değerlendirilmiştir. Grup, zaman ve grup-zaman etkileşim etkileri incelenmiştir.

Duygusal Fonksiyon alanı başlangıç ölçümünde müdahale ve kontrol grupları arasında duygusal fonksiyon açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,498$). Ancak son ölçümde, müdahale grubunun duygusal fonksiyon puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Grup etkisi genel olarak oldukça anlamlıdır ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,260$), bu da müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla genel olarak daha yüksek duygusal fonksiyon düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Zaman etkisi de anlamlıdır ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,255$), bu da duygusal fonksiyon puanlarının zamanla arttığını ifade eder. Grup ve zaman etkileşimi ise oldukça güçlüdür ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,539$), bu da müdahale grubunun duygusal fonksiyon puanlarının kontrol grubuna kıyasla zaman içinde daha fazla arttığını göstermektedir (Tablo 8).

Fiziksel Fonksiyon ilk ölçümde fiziksel fonksiyon puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,913$). Ancak son ölçümde müdahale grubunun fiziksel fonksiyon puanları, kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Grup etkisi oldukça anlamlıdır ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,319$), bu da müdahale grubunun fiziksel fonksiyon puanlarının kontrol grubundan genel olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Zaman etkisi de güçlüdür ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,392$), bu da zamanla fiziksel fonksiyon puanlarında genel bir artış olduğunu ifade eder. Grup ve zaman etkileşim etkisi ise çok güçlüdür ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,608$), bu da müdahale grubundaki fiziksel fonksiyon iyileşmesinin kontrol grubuna göre zamanla çok daha belirgin olduğunu gösterir (Tablo 8).

Sosyal Fonksiyon alanı başlangıç ölçümünde sosyal fonksiyon puanları açısından müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,730$). Ancak son ölçümde müdahale grubunun sosyal fonksiyon puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$). Grup etkisi oldukça anlamlıdır ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,320$), bu da müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla genel olarak daha yüksek sosyal fonksiyon puanlarına sahip olduğunu göstermektedir. Zaman etkisi de anlamlıdır ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,226$), bu da sosyal fonksiyon puanlarının zamanla arttığını göstermektedir. Grup ve zaman etkileşim etkisi oldukça güçlüdür ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,587$), bu da müdahale grubunun sosyal fonksiyon puanlarının kontrol grubuna kıyasla zaman içinde çok daha fazla iyileştiğini ifade etmektedir (Tablo 8).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Meleis'in Geçiş Teorisi temel alınarak planlanan hemşirelik yaklaşımının, Akut miyokard enfarktüsü (AMI) geçiren hastaların kalp yaşam kalitesine ve uyum düzeylerine olan etkisi incelenmiştir. Geçiş süreci, bireylerin sağlık durumlarındaki ani değişimlerle başa çıkabilme becerilerini geliştirmek ve bu süreci başarılı bir şekilde yönetebilmelerini sağlamak adına hemşirelerin sunduğu bütüncül bakımın önemini vurgular (Körükçü, 2015; Meleis, 2015; Im, 2017). Çalışma bulguları, geçiş sürecinde hemşirelik yaklaşımlarının hasta deneyimlerini nasıl etkilediğini ve bu etkilerin hem fiziksel hem de psikososyal iyilik hali üzerindeki yansımalarını tartışmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda, Meleis'in teorisinin uygulamadaki geçerliliği ve etkisi, hasta merkezli bakımın önemi üzerinden değerlendirilmiştir.

Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Kalp Krizi Sonrası Yaşam Deneyimleri ve Sağlık Davranışlarının Tartışılması (ilk test)

Müdahale grubundaki katılımcıların %54,7'sinin kalp krizini olumlu algılaması, kontrol grubundaki %26,4'lük orana kıyasla anlamlı derecede yüksektir ($p=0,003$) (Tablo 4). Bu durum, müdahale grubundaki bireylerin kriz sonrası daha olumlu bir bakış açısına sahip olduğunu göstermektedir. Yıldırım ve Dirik (2022) miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda yaptıkları araştırmalarında kalp krizini hayatlarının dönüm noktası olarak tanımlamışlar ve bu noktadan sonra hastaların hayatlarında birçok olumlu gelişmenin olduğunu vurgulamışlardır (Yıldırım ve Dirik, 2022). Kalp krizi sonrası yaşamlarını zorlaştıran engellerin varlığına ilişkin olarak, kontrol grubundaki %60,4 oranı, müdahale grubundaki %50,9'a göre daha yüksek bulunmuş, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlılık göstermemiştir ($p=0,294$) (Tablo 4). Yapılan çalışmalar göstermiştir ki miyokard enfarktüsü sonrası yaşam, hasta için oldukça stresli olmakta, yüksek seviyede depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlenmekte, hastalık ile ilgili olarak suçluluk duyguları yaşanabilmekle birlikte hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşayabilmektedir (Türkmen Nehir ve Çam, 2012; Çiftçi, 2015). Bu araştırmada da her iki grupta katılımcıların yarısından fazlasının yaşamlarını zorlaştıran engelleri ifade etmiş olması önemli bir bulgudur. Destek sistemlerine sahip olma oranı kontrol grubunda (%64,2), müdahale grubuna (%58,5) kıyasla daha yüksek olsa da, bu farklılık da anlamlı bulunmamıştır ($p=0,464$) (Tablo 4).

Yapılan çalışmalarda düşük seviyede duygusal destek alan Post-MI hastaların kardiyak olaylara yaklaşık 3 kat fazla maruz kaldıkları belirtilmektedir (Şengül, 2006; Çiftçi, 2015). Bu araştırmada, her iki grubun da benzer sosyal destek sistemlerinin var olduğunu, çoğunluğunun destek sistemlerine sahip olduğu söylenebilir.

Sağlığını "iyi" olarak tanımlayanların oranı müdahale grubunda %15,1, kontrol grubunda ise %9,4'tür; aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,543$) (Tablo 4). Bu sonuç, her iki grubun da sağlık algısının benzer ve düşük olduğunu göstermektedir. Literatürde, kalp yetmezliği hastalarında sağlık algısını değerlendiren çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Sevinç 2014; Gür ve Sunal, 2019). Miyokart enfarktüsü sonrası en sık bildirilen semptomlar her iki grupta da benzer şekilde yorgunluk, göğüs ağrısı ve nefes darlığı olarak belirlenmiştir (Tablo 4). Bu semptomlar, literatürde de kalp krizi sonrası yaygın olarak bildirilen şikayetler arasında yer almaktadır (Abed ve diğerleri, 2015; Kim, 2021; Durmaz, 2022).

Müdahale grubunda kalp sağlığına yönelik eğitim aldığını belirtenlerin oranının (%13,2) kontrol grubundan (%9,7) daha yüksek olması, kalp sağlığına ilişkin müdahale grubundaki katılımcıların daha avantajlı olabileceğine işaret etmektedir. Ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmaması ($p=0,406$), bu etkinin genellenebilir olmadığını düşündürmektedir (Tablo 4). Literatürde, kalp krizi sonrası eğitim ve bilgilendirmenin hastaların yaşam tarzı değişikliklerine katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Shi ve diğerleri, 2023; Shi, 2024). Yapılan bir çalışma da, AMI bağlı ölümlerin sağlıklı yaşam tarzlarının kazandırılması ile önlenebileceği belirtilmiş ve bu durumun eğitimle sağlanabileceği vurgulanmıştır (Doğu ve diğerleri; 2015). Kalp krizinin nedenlerini bildiğini belirtenlerin oranı kontrol grubunda (%62,3) müdahale grubundan (%49,1) daha yüksek olsa da fark anlamlı değildir ($p=0,373$) (Tablo 4). Her iki grupta da sigaranın en yaygın kalp krizi nedeni olarak belirtilmesi (%67,9 müdahale, %73,6 kontrol), sigaranın kalp krizi üzerindeki etkisinin genel farkındalık düzeyinde yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 4). Turhan ve Çan (2020) çalışmalarında sigara ile kalp sağlığı ilişkisine vurgu yapmışlardır. Bunun ardından beslenme şekli ve stres gibi faktörlerin sıralanması, literatürdeki risk faktörleriyle paraleldir (Bayrak ve diğerleri, 2019; WHO, 2021; Erbakan ve Uysal, 2024).

Eşlik eden hastalıkların oranlarının her iki grupta da yüksek (%81,1 müdahale, %84,9 kontrol) ve benzer olması, kalp krizi hastalarının genellikle çoklu kronik hastalıklara sahip olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4). Hipertansiyon (%39,6 müdahale, %45,3 kontrol) ve diyabet (%34 müdahale, %35,8 kontrol) oranlarının yüksek olması, literatürde bu hastalıkların kalp krizi için önemli risk faktörleri olduğunu vurgulayan çalışmalarla uyumludur (Raghavan ve diğerleri, 2019). Müdahale grubundaki katılımcıların %54,7'sinin, kontrol grubundakilerin ise %50,9'unun sağlık bilgilerini hemşirelerden aldığını belirtmesi, hemşirelerin hastaların sağlık eğitiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Tablo 4). Literatürde, sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin, hasta eğitimi ve destek sistemlerindeki kritik rolü sıkça vurgulanmaktadır (Kaya, 2009; Alkan, 2016; Casey, 2017).

Her iki grupta sigara kullanım oranının %77,4 gibi yüksek bir seviyede olması ($p=0,098$), sigara kullanımının yaygın bir risk faktörü olduğuna dikkat çekmektedir (Tablo 4). Literatürde sigaranın kardiyovasküler risk faktörleri arasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmıştır (Türk, Karaca ve diğerleri, 2021; World Health Organization, 2021; Khan Minhas ve diğerleri, 2024). Alkol kullanımı oranlarının müdahale grubunda (%45,3) kontrol grubundan (%35,8) daha yüksek olmasına rağmen, bu fark anlamlı değildir. Her iki grupta düzenli egzersiz yapma oranlarının düşük seviyelerde bulunması (%15,1 müdahale, %17 kontrol; $p=0,791$), kalp krizi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesinde yetersiz kalındığına işaret etmektedir (Tablo 4). Güneş (2020) hipertansiyon için önemli davranışsal risk faktörleri olarak; aşırı miktarda tuz, yağ tüketimi, yetersiz sebze ve meyve tüketimi, alkol kullanımı, fiziksel inaktivite ve zayıf stres yönetimini vurgulamıştır. Literatürde düzenli fiziksel aktivitenin kardiyak rehabilitasyonun önemli bir parçası olduğu belirtilmektedir (Anderson ve diğerleri, 2016; Isath ve diğerleri, 2023; Valenzuela ve diğerleri, 2024). Murathan ve diğerleri fiziksel aktivite konulu tezlerin bibliyometrik analizini yaptıkları araştırmada fiziksel egzersizin kalp sağlığını geliştirdiğine vurgu yapmışlardır. Egzersiz yapmama nedenleri arasında "yeterince zaman bulamama" en sık ifade edilen sebep olmuştur (%34 müdahale, %56,6 kontrol) (Tablo 4). Bu durum, literatürde de yaşam tarzı değişikliklerinin önündeki yaygın engellerden biri olarak gösterilmektedir (Clark ve diğerleri, 2013). Müdahale grubunda fiziksel aktivite yapmamaya cevap olarak verilen "tekrar rahatsızlık yaşamaktan korkma" oranının kontrol grubuna göre daha yüksek (%33,9 müdahale, %17 kontrol) olması,

psikolojik bariyerlerin fiziksel aktiviteyi engelleyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarına bağlı kalmak kardiyovasküler sağlığı iyileştirmektedir (Özkan ve Enginbaş, 2020; Diab, ve diğerleri, 2023). Diyet programı uygulama oranının müdahale grubunda (%35,8) kontrol grubundan (%24,5) daha yüksek bulunmuş olsa da bu fark anlamlı değildir ($p=0,446$) (Tablo 4). Her iki gruptaki katılımcıların önemli bir kısmının (%35,8) hastalıklarıyla ilgili nasıl beslenmeleri gerektiğini bilmediğini ifade etmesi, diyet bilinci ve eğitiminin artırılması gerektiğini göstermektedir. Yemeklere sonradan tuz ekleme alışkanlığının her iki grupta da yüksek olması (kontrol grubunda %77,4, müdahale grubunda %62,3) olması ($p=0,117$) her iki gruptaki bireylerin sağlıklı beslenme davranışları konusunda yeterli bilincin olmayabileceğine işaret etmektedir (Tablo 4). Literatürde, aşırı tuz tüketiminin hipertansiyon ve kardiyovasküler risk faktörleriyle ilişkilendirildiği bilinmektedir (He ve MacGregor, 2013; Ermiş, 2024).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun kalp sağlığı ve krizle ilgili merak ettiği konuların olması, hastaların bilgi ihtiyacının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Literatürde, hastaların bilgilendirilmesi ve eğitiminin, tedaviye uyum ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynadığı vurgulanmaktadır (Shi ve diğerleri, 2023; Muammar, 2023; Hüzmeli ve diğerleri, 2023). Ancak sorunlar karşısında kısmen destek alabildiğini belirtenlerin oranının müdahale grubunda (%52,8) kontrol grubunda (%66) ve iki veri arasında farkın anlamlı olmaması ($p=0,293$); her iki grupta destek mekanizmalarının genel olarak yetersiz kaldığını göstermektedir. Her iki grupta da ailelerin hastalık sürecine yönelik olumsuz bir tutum sergilemesi (%88,7 müdahale grubu, %92,5 kontrol grubu), ailelerin hastaların duygularını önemsememesi (% 45,3 müdahale grubu, %34 kontrol grubu) ailelerin bu süreçte daha fazla bilgilendirilmesi ve destekleyici bir yaklaşıma yönlendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Tablo 4). Literatürde, aile desteğinin kardiyovasküler hastalıklarda önemli bir iyileştirici faktör olduğu belirtilmektedir (Casey, 2017; Muammar, 2023). Katılımcıların tamamının toplumun kalp krizi geçiren bireylere yönelik bakış açısını olumsuz olarak değerlendirmesi, toplumsal farkındalık artırıcı kampanyaların önemine işaret etmektedir (Tablo 4).

Her iki grupta da sigarayı bırakmanın hastalık süreciyle ilgili önemli bir adım olarak görülmesi (%54,7 müdahale grubu, %64,2 kontrol grubu), sigara bırakma programlarının daha yaygın hale getirilmesi gerektiğini göstermektedir (Tablo 4). Literatürde, sigarayı bırakmanın kalp krizi sonrası risk faktörlerini önemli ölçüde azalttığı belirtilmiştir (WHO, 2021). İlaç kullanımını unuttuğunu belirtenler kontrol grubunda %28,3, müdahale grubunda ise %15,1 olarak saptanmıştır. Bu sonuç kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığının öneminde dikkat çekmektedir (Kaya ve Sivrikaya, 2019; Şendur ve Çağlar, 2023)

Müdahale ve Kontrol Gruplarındaki Katılımcıların Kalp Krizi Sonrası Yaşam Deneyimleri ve Sağlık Davranışlarının Tartışılması (Son Test)

Müdahale grubunun ikinci ölçüm sonuçların da kalp krizini olumlu algılama yani süreci kabul etme oranı (%79,3), kontrol grubuna kıyasla (%17) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 5). Müdahale grubunda sağlığını "iyi" olarak ifade edenlerin oranı (%54,7), kontrol grubuna (%0) kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Ayrıca, kontrol grubunda sağlığını "kötü" olarak değerlendirenlerin oranı (%30,2), müdahale grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Müdahale grubunda hastalık sonrası "şikâyetim yok" diyenlerin oranı (%20,8), kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kalp krizinin nedenlerini bilme oranı müdahale grubunda (%94,3), kontrol grubuna (%9,5) kıyasla anlamlı derecede yüksektir (Tablo 5). Eğitim programlarının bilgi düzeyi ve farkındalık üzerindeki etkisi ile ilgili yapılan çalışmada, sosyal destek ve bilgi düzeyinin birleşiminin, bireylerin hastalıklarını yönetme becerisini artırdığını göstermiştir (Berkman ve Syme 1979). Bu araştırmada müdahale grubuna uygulanan Geçiş Kuramına dayandırılarak planlanmış hemşirelik temelli yaklaşımının hastalarda farkındalık oluşturduğunu, bilgi düzeylerini artırarak kalp sağlığına ilişkin pozitif bir tablo oluşturduğu açıkça görülmektedir. Müdahale grubundaki olumlu sağlık algısı, uygulanan hemşirelik temelli yaklaşımının etkili olduğunu doğrular niteliktedir.

Sigara kullanımı, kalp krizi riskini artıran önemli bir faktördür. Saatçioğlu ve diğerlerinin (2008) çalışmasında da sigara kullanımının kalp krizi riskini artırdığı vurgulanmıştır (Saatçioğlu ve diğerleri, 2008). Müdahale sonrası müdahale grubunda sigara kullanım oranı %17 iken, kontrol grubunda bu oran %80,5'tir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,000$) (Tablo 5). Ayrıca ilk ölçüm oranlarına

bakıldığında da müdahale grubunda ki sigara kullanım oranı %55 oranında azalmıştır. Verilen eğitimde sigara içmenin yeni bir infarktüs riskini %30 artırdığı hastalara anlatılmış ve sigarayı bırakma destekleri ile ilgili kapsamlı görüşme sağlanmıştır. Müdahale grubundaki bu durum eğitim programlarının ve destek mekanizmalarının etkili olduğu savını doğrular niteliktedir.

Müdahale grubunda alkol kullananların oranı %11,3, kontrol grubunda ise %21,8'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,149$) (Tablo 5). Alkol kullanımı ve kalp krizi riski arasındaki ilişki karmaşıktır; bazı çalışmalar düşük miktarda alkol tüketiminin koruyucu olabileceğini, aşırı tüketimin ise risk artırıcı olduğunu göstermektedir (Çelik ve diğerleri, 2002; Ögel, 2010).

Düzenli egzersiz, kardiyovasküler sağlığı iyileştiren ve kalp krizi riskini azaltan önemli bir faktördür. Yapılan çalışmalar da düzenli fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini artırdığı ve kronik hastalık riskini azalttığı bildirilmiştir (Pirinççi ve diğerleri, 2020). Uluslararası klavuzlar tarafından fiziksel hareket KAH için bir koruyucu sağlık eylemi olarak vurgulanmıştır (ESC, 2013; ESC,2017; ACA,2019). Araştırmanın ikinci ölçümlerinde müdahale grubunda düzenli egzersiz yapma oranı %71,7 iken, kontrol grubunda %3,8'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,000$). Bu bulgular, hemşirelik müdahalesi sonrası müdahale grubundaki katılımcıların sağlık davranışlarının açısından daha iyi bir sonuca ulaştıklarını göstermektedir. Özellikle sigara kullanımının azaltılması ve düzenli egzersiz alışkanlığının teşvik edilmesi, kalp krizi riskini azaltmada kritik öneme sahiptir. Sağlık profesyoneli hemşirelerin, hastaları kalp krizi sonrası risk faktörleri ile ilgili bilgilendirmesi ve desteklemesi hayati önem arz etmektedir.

Literatür ve güncel kalp klavuzları, kalp sağlığını iyileştirmek ve kalp krizi riskini azaltmak için dengeli beslenmenin önemini vurgular. Buckland ve diğerlerinin (2009) yaptığı geniş çaplı bir çalışmada, Akdeniz diyeti gibi sebze, meyve, tam tahıl ve sağlıklı yağlardan zengin diyetlerin kalp krizi riskini anlamlı derecede azalttığı bulunmuştur. Müdahale grubunun %81,1'i bir diyet programı uygularken, kontrol grubunda bu oran %26,4'tür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Bu bulgu, diyet programlarının müdahale grubunda farkındalık artırıcı etkisini göstermektedir. Ayrıca, eğitim alan bireylerin, özellikle beslenme alışkanlıklarında olumlu değişiklikler yapmaya daha yatkın olduğu belirtilmektedir (Estruch et al., 2018). Roy'un adaptasyon kuramına dayalı kalp krizi sonrası risk faktörlerinin yönetimi adlı başka bir çalışmada diyet uyumu ile ilgili benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Kavradım, 2018). Müdahale grubundaki

yüksek diyet uygulama oranı, bu grubun sağlık bilincinin artırıldığını ve uygulanan hemşirelik yaklaşımının etkili olduğunu göstermektedir

Müdahale grubunun %71,7'si hastalıklarıyla ilgili neler yemesi gerektiğini bildiğini ifade ederken, kontrol grubunda bu oran %13,2 olarak bulunmuştur. Ayrıca, müdahale grubunda bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtenlerin oranı %3,8 iken, kontrol grubunda bu oran %39,6'dır (Tablo 5). Bu bulgular, müdahale grubundaki eğitim programlarının bilgi düzeyini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Literatürde, eğitimin hastalık yönetimi ve beslenme bilincini artırmada önemli bir araç olduğu belirtilmiştir (Estruch ve diğerleri, 2018). Sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, kalp krizi sonrası iyileşme sürecinde kritik bir öneme sahiptir (Kuyumcu, 2018). Müdahale grubunun %5,7'si öğün planlarını uygulamakta zorluk yaşadığını ifade ederken, kontrol grubunda bu oran %30,2'dir. Bu fark, müdahale grubunun sağlık yönetiminde daha disiplinli olduğunu ve eğitim programlarının bireylerin günlük yaşamlarındaki pratiklerini etkilediğini göstermektedir. Beslenme planlarını uygulayamama, bireylerin sağlık davranışlarını sürdürmede karşılaştıkları yaygın bir sorundur ve sosyal destek ile bilgi paylaşımı, bu tür engellerin aşılmasına yardımcı olabilir (Kılınç ve Kartal, 2019). Müdahale grubunda yemeklerine sonradan tuz ekleyenlerin oranı %34 iken, kontrol grubunda bu oran %81,1'dir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,000$) (Tablo 5). Aşırı tuz tüketimi, hipertansiyon ve dolayısıyla kalp krizi riskini artırır. World Health Organization (WHO)'ya göre, tuz tüketiminin günlük 5 gramın altında tutulması, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır (WHO, 2023). Müdahale grubunun daha düşük tuz ekleme alışkanlığı, eğitim programlarının bireylerin beslenme davranışlarına olumlu etkisini göstermektedir. Appel ve diğerlerinin (2011) yaptığı çalışmada, düşük sodyumlu diyetlerin kan basıncını düşürdüğü ve kalp krizi riskini azalttığı belirtilmiştir. Bu bulgular, müdahale grubunun diyet programlarına uyum ve tuz tüketimini azaltma açısından kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha başarılı olduğunu göstermektedir. Eğitim programlarının, bireylerin beslenme alışkanlıklarını iyileştirmede etkili bir araç olduğu açıktır. İlaçların düzenli kullanılmaması, tedavi etkinliğini düşürerek hastalık ilerlemesine yol açabilir. Müdahale grubundaki yüksek düzenli ilaç kullanımı oranı, bu bireylerin hastalık yönetimi konusunda daha bilinçli olduğunu ve eğitimin olumlu etkisini yansıtmaktadır.

Kalp Krizi Sonrası Yaşam Müdahaleimleri ve Sağlık Davranışlarının müdahale grubundaki bu olumlu yükseliş; yapılan kuram temelli hemşirelik müdahalesinin etkinliğinin önemini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar Geçiş kuramının kalp krizi sonrası

hastaların risk faktörlerini yönetme ve bunları terk etme konusunda da etkili olabileceğini göstermektedir.

Katılımcıların Klinik Bulgularının Tartışılması

Hiperlipidemi kardiyovasküler hastalıklara major zemin sağlayan sağlık sorunlarından biridir (Özkan ve Enginbaş, 2020). Bu araştırmada HDL düzeyleri açısından, başlangıç ve 1. ay ölçümlerinde müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, son ölçümde müdahale grubunun HDL düzeylerinin kontrol grubuna kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p = 0,003$) (Tablo 6). Grup etkisi genel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte ($p = 0,435$), zaman etkisi oldukça güçlüdür ($p < 0,001$) (Tablo 6). ve HDL düzeylerinin zamanla anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca, grup ve zaman arasındaki etkileşimin anlamlı olması ($p = 0,026$), müdahale grubunun HDL düzeylerinde kontrol grubuna kıyasla zaman içinde daha belirgin bir iyileşme sağladığını göstermektedir (Tablo 6). LDL düzeylerinde ise başlangıç ve 1. ay ölçümlerinde gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamış, son ölçümde kontrol grubunun LDL düzeylerinin müdahale grubuna göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,08$). Grup etkisi genel olarak anlamlı değildir ($p = 0,768$), ancak zaman etkisi oldukça güçlüdür ($p < 0,001$) ve LDL düzeylerinin zamanla anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür.

Grup ve zaman arasında anlamlı bir etkileşim bulunması ($p < 0,001$), LDL düzeylerindeki düşüşlerin zamanla gruplar arasında farklılık gösterdiğini ifade etmektedir. Trigliserit seviyelerinde ise grup etkisinin anlamlı olduğu görülmüş ($p = 0,043$) ve kontrol grubunun trigliserit seviyelerinin genel olarak müdahale grubundan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Zaman etkisinin anlamlı bulunması ($p < 0,001$), trigliserit seviyelerinde zamanla genel bir düşüş olduğunu göstermektedir. Post-hoc analizlere göre, her iki grupta da trigliserit seviyeleri son ölçümde başlangıç ölçümüne göre anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Grup ve zaman arasındaki etkileşim anlamlıdır ($p < 0,001$), bu da trigliserit seviyelerindeki düşüşün müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla daha belirgin olduğunu göstermektedir. Müdahale grubunda trigliserit seviyeleri başlangıçta 246.70 ± 110.13 iken son ölçümde 168.21 ± 42.87 'ye düşmüş, kontrol grubunda ise bu düşüş daha az olup son ölçümde $232.37 \pm 95,46$ olarak kaydedilmiştir (Tablo 6). Bu bulgular, müdahale grubunda lipid parametrelerinde belirgin iyileşmeler sağlandığını ortaya koymaktadır (Tablo 6).

Kurt, Özkan ve Demirbağ'ın (2016) olgu sunumunda, AMI geçiren bir hastaya uygulanan hemşirelik bakımının, hastanın genel sağlık durumunun iyileşmesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde, Hakyemez ve Koç'un (2021) çalışmasında, AMI sonrası perkütan koroner müdahale uygulanan bir hastaya yönelik hemşirelik bakımının, komplikasyonların önlenmesi ve hastanın rehabilitasyon sürecinde önemli rol oynadığı vurgulanmıştır. Bu çalışmalar, hemşirelik müdahalelerinin AMI geçiren hastaların lipid profili üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini desteklemektedir. Araştırmada elde edilen bulgular, literatürdeki bu verilerle uyumlu olup, hemşirelik yaklaşımlarının AMI sonrası hastaların lipid profili yönetiminde kritik bir rol oynadığını göstermektedir (Yeşil ve Altıok, 2012; Akgöz, 2017). Ali ve diğerleri (2020) yaşam tarzı değişikliklerinin ve diyet müdahalelerinin dislipidemi üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, müdahale grubunda trigliserit seviyelerinde belirgin bir azalma gözlemlenmiştir. Javaherian ve diğerlerinin (2020) kardiyovasküler rehabilitasyon programlarının lipid profiline etkisini inceleyen sistematik derlemelerinde, trigliserit düzeylerinin zaman içinde anlamlı şekilde düştüğü ve bu düşüşün müdahale grublarında daha belirgin olduğu rapor edilmiştir. Bu bulgular, lipid seviyelerindeki değişimlerin yalnızca zamanın etkisiyle değil, aynı zamanda müdahale programlarının etkinliğiyle de ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırma, bu literatüre katkı sağlamak ve müdahale grubunda daha belirgin sonuçların gözlenmesinin, uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının etkinliğiyle ilişkili olabileceğini desteklemektedir.

Araştırmada BKİ parametreleri açısından elde edilen bulgular, genel olarak müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Kilo için grup etkisinin anlamlı bulunmaması ($p=0,607$), müdahale ve kontrol gruplarının başlangıçta kilo düzeyleri açısından benzer olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, zaman etkisinin de anlamlılık göstermemesi ($p=0,933$), her iki grupta zaman içinde genel bir kilo değişimi olmadığını ifade etmektedir (Tablo 6). Ancak grup \times zaman etkileşiminin anlamlı bulunması ($p<0,001$), kilo değişiminde müdahalenin etkisini ortaya koymaktadır. Müdahale grubunda kilo seviyesinde bir azalma (83.88 ± 11.97) gözlenirken, kontrol grubunda kilo artışı (86.69 ± 13.92) kaydedilmiştir. Benzer şekilde, BKİ açısından grup etkisinin ($p=0,540$) ve zaman etkisinin anlamlı ($p=0,293$) olmaması, gruplar arasında genel bir fark olmadığını ve zaman içinde anlamlı bir değişim olmadığını göstermektedir. Ancak grup \times zaman etkileşiminin anlamlı bulunması ($p=0,018$), müdahale grubunun BKİ düzeylerinde etkili bir düşüş sağladığını göstermektedir. Müdahale grubunda BKİ

seviyeleri son ölçümde 26.58 ± 2.48 'e düşerken, kontrol grubunda BKİ seviyeleri nispeten daha yüksek kalmıştır (27.71 ± 3.34) (Tablo 6). Smith ve diğerlerinin (2020) yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet müdahalelerinin BKİ üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmalarında, müdahale grubunda BKİ seviyelerinde anlamlı bir düşüş gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda ise BKİ seviyelerinde kayda değer bir değişiklik bulunmamıştır. Brown ve diğerleri (2017) de fiziksel aktivite müdahalelerinin kilo kontrolüne etkisini vurgulamışlardır.

Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği Alt Boyutlarının Müdahale ve Kontrol Gruplarında Zamana Göre Değişimi Bulgularının Tartışılması

Sağlık Bakımına Oryantasyon Alt Boyutunda başlangıçta müdahale ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmaması ($p = 0,094$) ve son ölçümde de bu durumun devam etmesi ($p = 0,431$), iki grup arasında bu alanda benzer bir başlangıç düzeyi olduğunu ve müdahalenin bu alandaki farkı artırmadığını göstermektedir. Ancak, zaman etkisinin anlamlı bulunması ($p < 0,001$), her iki grupta da sağlık bakımına yönelik farkındalığın arttığını ortaya koymaktadır. Bu bulgu, zamanla sağlık bakımına yönelik farkındalığın eğitim ve deneyimle artabileceğini vurgulayan literatürle uyumludur (Shi ve diğerleri, 2023). Grup ve zaman etkileşim etkisinin anlamlı bulunması ($p = 0,036$), müdahale grubundaki artışın kontrol grubundan daha hızlı gerçekleştiğini göstermektedir (Tablo 7).

Mesleki Çevre Alt Boyutunda başlangıçta anlamlı fark bulunmamasına ($p = 0,256$) rağmen, son ölçümde kontrol grubunun puanlarının müdahale grubundan anlamlı derecede daha yüksek olması ($p = 0,027$), kontrol grubunun bu alandaki koşullarının müdahale grubuna göre daha iyi olduğunu göstermektedir. Grup etkisinin anlamlı bulunması ($p = 0,026$) bu farklılığı desteklemektedir. Zaman etkisinin de anlamlı olması ($p = 0,004$), zamanla mesleki çevredeki algıların genel olarak değiştiğini ifade etmektedir. Ancak grup ve zaman etkileşim etkisinin anlamlı olmaması ($p = 0,245$), grupların değişim hızlarının benzer olduğunu düşündürmektedir (Tablo 7).

Başlangıç ve son ölçümlerde gruplar arasında Aile Çevresi Alt Boyutunda anlamlı fark bulunmaması ($p = 0,351$ ve $p = 0,061$), aile çevresi algılarının gruplar arasında büyük farklılıklar göstermediğini göstermektedir. Ancak grup etkisinin anlamlı bulunması ($p = 0,04$), kontrol grubunun genel olarak daha olumlu bir aile çevresi algısına sahip

olabileceğini düşündürmektedir. Zaman etkisinin anlamlı bulunması ($p = 0,026$), aile çevresi algısının zamanla değişim gösterdiğini vurgulamaktadır (Tablo 7).

Seksüel İlişki Alt Boyutunda başlangıçta kontrol grubunun müdahale grubuna göre daha yüksek puan alması ($p = 0,019$), kontrol grubunun bu alanda daha iyi bir başlangıç düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. Ancak son ölçümde bu farkın anlamlı olmaması ($p = 0,453$), müdahale grubunun bu alanda kontrol grubunu yakaladığını düşündürmektedir. Zaman etkisinin anlamlı bulunması ($p = 0,004$), zamanla bu alandaki algıların müdahale grubu açısından olumlu yönde değiştiğini ifade etmektedir (Tablo 7).

Geniş Aile İlişkileri Alt Boyutunda Başlangıçta anlamlı fark bulunmamasına rağmen ($p = 0,788$), son ölçümde kontrol grubunun puanlarının müdahale grubuna göre daha yüksek olması ($p < 0,001$), geniş aile ilişkilerinde kontrol grubunun daha olumlu bir deneyime sahip olduğunu göstermektedir. Grup etkisinin ($p = 0,001$) ve grup-zaman etkileşiminin anlamlı bulunması ($p < 0,001$), kontrol grubunun bu alandaki olumlu değişimlerinin müdahale grubundan farklı olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 7).

Sosyal Çevre Alt Boyutunda ilk ve son ölçümlerde gruplar arasında anlamlı fark bulunmaması ($p = 0,683$ ve $p = 0,460$), sosyal çevre algısında grupların benzer olduğunu göstermektedir. Grup etkisinin ($p = 0,474$) ve zaman etkisinin ($p = 0,625$) anlamlı olmaması, sosyal çevre algısının genel olarak değişmediğini ifade etmektedir (Tablo 7).

Psikolojik Distres Alt boyutunda başlangıçta gruplar arasında anlamlı fark olmamasına rağmen ($p = 0,613$), son ölçümde müdahale grubunun kontrol grubuna göre daha düşük psikolojik distres puanı alması ($p = 0,001$), müdahale grubunun psikolojik olarak daha iyi bir durum sergilediğini göstermektedir. Grup etkisinin ($p = 0,041$) ve zaman etkisinin ($p = 0,001$) anlamlı bulunması, müdahale grubunun daha olumlu bir psikolojik uyum gösterdiğini desteklemektedir (Tablo 7).

Psikososyal uyumun zamanla değişebileceği ve eğitim veya müdahalelerin olumlu etkiler yaratabileceği, literatürdeki araştırmalarla geniş şekilde desteklenmektedir (Arabacı ve diğerleri, 2018). Psikolojik destek ve rehberlik hizmetlerinin psikososyal uyumu artırdığı belirtilmiş (Young ve diğerleri, 2016; Türker ve Tanrıku, 2022) ve Nehir'in (2011) çalışmasında psikoeğitimin hastaların psikososyal uyumlarını olumlu yönde etkilediği rapor edilmiştir. Prudenzi ve diğerleri (2021), psikolojik distresin

iyileştirilmesinde grup temelli müdahalelerin etkili olduğunu bildirmiştir. Çelik Caka'nın (2024) araştırması, Meleis'in Geçiş Teorisi'ne dayalı verilen eğitimin öz etkililiği artırdığını göstermiştir. Koroner arter baypas greft ameliyatı olan hastalara eğitim materyalleri sunarak yapılan kardiyak rehabilitasyonun öz etkililik düzeylerini artırdığı, Borzou ve arkadaşlarının (2017) çalışmasıyla gösterilmiştir. Yu ve diğerleri (2022), kalp yetmezliği olan hastalara 12 haftalık grup eğitimleri ve telefonla destekle öz etkililiğin artırılabilirliğini belirlemiştir. Chong ve diğerleri (2023), sağlık inanç modeli temelli hibrit bir eğitim programıyla egzersiz öz etkililiğinde artış sağlandığını bildirmiştir. Tuo Ya ve diğerlerinin (2023) pozitif motivasyon modeli uygulamaları, koroner arter hastalarının öz bakım davranışlarını geliştirmiştir. Bu bulgular, eğitim ve rehberlik temelli müdahalelerin hastaların hastalığa uyum üzerinde olumlu etkiler sağladığını vurgulamaktadır.

Macnew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi'nin Müdahale ve Kontrol Gruplarında Zamana Göre Değişimi

Araştırmada grup ana etkisi açısından MacNew'un duygusal, fiziksel ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek skorlar gösterdiği gözlemlenmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 8). Zaman ana etkisi değerlendirildiğinde tüm boyutlarda anlamlı değişiklikler bulunmuş, özellikle müdahale grubunda zamanla belirgin iyileşmeler kaydedilmiştir ($p < 0,001$) (Tablo 8). Grup ve zaman etkileşiminde MacNew'un üç fonksiyonel boyutunda (duygusal, fiziksel, sosyal) müdahale grubunda son-test skorlarında daha büyük artışlar görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 8). Bu sonuçlar, müdahale grubunun zamanla daha olumlu ve anlamlı gelişimler gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Grup ana etkisi incelendiğinde de MacNew'un duygusal, fiziksel ve sosyal fonksiyon boyutlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek performans sergilediğini göstermektedir ($p < 0,001$, $\eta^2 = 0,320$) (Tablo 8). Bu durum, müdahalelerin bireylerin aile bağlarını, duygusal iyi oluşunu ve genel fonksiyonel kapasitelerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Zaman ana etkisi, sosyal çevre dışında tüm boyutlarda müdahale grubunun iyileştiğini ortaya koymuş, özellikle grup ve zaman etkileşiminde müdahale grubunda daha yüksek son-test skorlarının gözlenmesi müdahalelerin zamanla olumlu sonuçlar yarattığını ve müdahale grubundaki bireylerin daha hızlı iyileşme gösterdiğini vurgulamaktadır (Tablo 8).

Literatür taramasında, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesine ve uyuma etkisine yönelik Meleis'in Geçiş Teorisi'ne temellendirilmiş olarak yapılan bir çalışma ile karşılaşılmamıştır ancak, çalışma literatürde yer alan farklı gruplarla yapılmış çalışmalara uyumlu görünmektedir. Hartmann ve diğerleri (2010), sosyal destek ve aile bağlarının bireylerin duygusal ve fiziksel fonksiyonlarını artırmada önemli rol oynadığını belirtmiştir. Lamers ve diğerleri (2012) ise zamanla uygulanan müdahalelerin bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde belirgin iyileşmeler sağladığını göstermiştir. Prudenzi ve diğerleri (2021), psikolojik stresin iyileştirilmesinde grup temelli müdahalelerin etkili olduğunu bildirmiştir.

Gül'ün (2021) çalışmasında, Meleis'in Geçiş Teorisi'ne dayalı hemşirelik yaklaşımının, yeni tanı almış diyabet hastalarında öz yönetim becerisini artırdığı saptanmıştır. McEwen ve arkadaşlarının (2020), tip 2 diyabet hastalarının sağlık-hastalık geçişini kolaylaştırmayı amaçlayan müdahalelerinde, müdahale öncesi ve sonrası ruh sağlığı, rol değişikliği, kişilerarası ilişkiler, toplum kaynaklarıyla iletişim ve sosyal temas gibi psikososyal problemlerde azalma gözlenmiştir. Ayrıca, ilk kez kemoterapi alan meme kanseri hastalarına Meleis'in Geçiş Teorisi temel alınarak yapılan hemşire liderliğindeki bakımın, bakım memnuniyetini artırdığı ve sıkıntılı duyguları azalttığı belirlenmiştir (Roks ve diğerleri, 2019). Duggleby ve arkadaşlarının, Alzheimer hastalığı, buna bağlı demans ve çoklu kronik hastalıkları olan bireylerin bakım verenlerine yönelik geçiş teorisine dayalı web tabanlı müdahalelerinde ise, bakım verenlerin umut düzeylerinde artış olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmalarda grup temelli ve zaman içinde etkili müdahalelerin, mevcut araştırma bulgularıyla tutarlı olduğu ifade edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Akut Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, kalp yaşam kalitesine ve uyuma etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. Sonuçlar

- Araştırmada grup ana etkisi açısından, müdahale grubunun geniş aile ilişkileri, psikolojik distres ve MacNew'un duygusal, fiziksel ve sosyal fonksiyon alt boyutlarında kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek skorlar gösterdiği bulunmuştur($p<0,001$). Zaman ana etkisi değerlendirildiğinde, sosyal çevre ($p=0,625$) dışında tüm boyutlarda anlamlı değişiklikler bulunmuş, özellikle müdahale grubunda zamanla belirgin iyileşmeler kaydedilmiştir. Grup ve zaman etkileşiminde ise sağlık bakımına oryantasyon, geniş aile ilişkileri, psikolojik distres ve MacNew'un üç fonksiyonel boyutunda (duygusal, fiziksel, sosyal) müdahale grubunda son-test skorlarında daha büyük artışlar görülmüştür ($p<0,001$) (Tablo 8). Bu sonuçlar, müdahale grubunun zamanla daha olumlu gelişimler gösterdiğini ortaya koymaktadır.
- Grup ana etkisi, müdahale grubunun geniş aile ilişkileri, psikolojik distres ve MacNew'un duygusal, fiziksel ve sosyal fonksiyonlar gibi boyutlarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek performans sergilediğini göstermektedir. Bu durum, müdahalelerin bireylerin aile bağlarını, duygusal iyi oluşunu ve genel fonksiyonel kapasitelerini artırmada etkili olduğunu göstermektedir. Zaman ana etkisi, sosyal çevre dışında tüm boyutlar da müdahale grubunun iyileştiğini ortaya koymuş, özellikle grup ve zaman etkileşiminde müdahale grubunda daha yüksek son-test skorlarının gözlenmesi müdahalelerin zamanla olumlu sonuçlar yarattığını ve müdahale grubundaki bireylerin daha hızlı iyileşme gösterdiğini vurgulamaktadır.
- Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, Akut MI geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesini her alanda artırmaya etkisi olduğu belirlenmiştir.

- Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, Akut MI geçiren hastaların; psikososyal uyumunu arttığı belirlenmiştir.
- Akut MI geçiren hastaların sağlıklı davranışlar sergileme oranını artırdığı belirlenmiştir.
- Hastaların risk faktörleri farkındalığını artırttığı belirlenmiştir.

6.2.neriler

- Akut Miyokard enfarktüsü sonrası hastaların kalp yaşam kalitesinin artırılması ve psikososyal uyumlarının sağlanması, yaşam tarzı değişikliğinin sağlanarak değiştirilebilir risk faktörlerinin azaltılmasında ve sağlıklı davranışlar sergilenmesinin desteklenmesinde Meleis'in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının kullanılması,
- Klinikte taburculuk öncesi hasta eğitimlerinin; güncel kılavuzlar ve yeni araştırma sonuçları göz önüne alınarak oluşturulan eğitim materyalleri ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ile yapılması,
- AMI sonrası yeniden atakların önlenmesi için hastaların risk faktörlerini bilmesi yaşamlarını buna göre dizayn etmesi için hasta gruplarının belirli periyotlarda tele izlem şeklinde takip edilmesi,
- Özellikle taburculuk eğitimi hizmetleri ve hastaların periyodik takipleri sağlamak amacıyla kardiyoloji kliniklerinde kardiyoloji hemşirelerinden oluşacak bir kardiyoloji hemşireliği eğitim biriminin oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abed A, Ali, A., Ras, M, Hamdallah, F. O., Khalil, A., ve Moser, D. K. (2015). Symptoms of acute myocardial infarction: A correlational study of the discrepancy between patients' expectations and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 52(10), 1591-1599.
- Adaylar, M. (1995). Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığındaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Aggarwal, N.R.,ve Wood, M. J. (2019). *Sex differences in cardiac diseases: Pathophysiology, presentation, diagnosis and management* (1st ed.). London: Elsevier.
- Akgöz, A. (2017). Kardiyovasküler hastalık riski orta düzeyde olan bireylere hemşire liderliğinde yaptırılan fiziksel aktivitenin risk düzeyini düşürmeye etkisi. Akdeniz Üniversitesi. *Yüksek Lisans Tezi*
- Ali, H. I., Elmi, F., Stojanovska, L., Ibrahim, N., Cheikh Ismail, L., & Al Dhaheri, A. S. (2022). Associations of dyslipidemia with dietary intakes, body weight status and sociodemographic factors among adults in the United Arab Emirates. *Nutrients*, 14(16), 3405.
- Ali, K., John, P., & Michael, R. (2020). Effects of Lifestyle Interventions on Dyslipidemia. *Journal of Lipid Research*, 61(5), 890-900.
- Alioğlu, E. (2020). Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar. İçinde: Kozan, Ö. (Ed.), *Temel Kardiyoloji* (s. 1449-1453). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Alkan, H. Ö. (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(Sup 2), 41-47.
- American College of Sports Medicine (ACSM). (2022). Exercise for persons with cardiovascular disease. [Erişim Tarihi: 10 Ocak 2022, <https://www.acsm.org/exercise-forpersons>].

- American Heart Association (AHA). (2014a). Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Blaha, M. J., et al. Heart disease and stroke statistics 2014 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *129*(3), 28-292.
- American Heart Association (AHA). (2014b). Amsterdam, E. A., Wenger, N. K., Brindis, R. G., Casey, D. G., 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*, *130*, 344-426.
- American Heart Association (AHA). (2015). Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., & de Ferranti, S. Heart disease and stroke statistics—2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *131*(4), 29-322.
- American Heart Association (AHA). (2021). Conditions. [Erişim Tarihi: 26.11.2024, <http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack>].
- American Heart Association (AHA). (2022). AHA/ACC guideline for the management of patients with non–ST-elevation acute coronary syndromes. <http://www.heart.org/HEARTORG/> (Erişim Tarihi: 10.10.2024)
- Anderson, L., & Taylor, R. S. (2014). Cardiac rehabilitation for people with heart disease: An overview of Cochrane systematic reviews. *The Cochrane Library*, *12*, 1-50.
- Anderson, L., Thompson, D. R., Oldridge, N., Zwisler, A. D., Rees, K., Martin, N., & Taylor, R. S. (2016). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane database of systematic reviews*, (1). Casey, D. (2017). Importance of nurse-led education in chronic disease management. *Journal of Nursing Management*, *25*(3), 135-144.
- Appel, L. J., Frohlich, E. D., Hall, J. E., Pearson, T. A., Sacco, R. L., Seals, D. R., ... & Van Horn, L. V. (2011). The importance of population-wide sodium reduction as a means to prevent cardiovascular disease and stroke: a call to action from the American Heart Association. *Circulation*, *123*(10), 1138-1143.

- Arabacı, L. B., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., & Taşkın, N. (2018). Deneysel Araştırma Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psiko eğitiminin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *J Psy Nurs*, 9(3), 175-185.
- Artinian, N. T., Fletcher, G. F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van Horn, L., Lichtenstein, A. H., et al. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults. *Circulation*, 122, 406-441.
- Aygün, M. (2020). *PAIS-SR Ölçeği: Psikososyal uyumun değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış tez, İstanbul Üniversitesi.
- Bayrak, B., Oğuz, S., Arslan, S., Candar, B., Keleş, S., Karagöz, B., & Akpınar, G. (2019). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 129-137.
- Bayram, U. T., Akbuga, K., Karanfil, M., & Düzenli, M. A. (2019). Medication adherence after myocardial infarction: A single center retrospective cohort study. *Turkish Journal of Clinical Laboratory*, 10, 329-334.
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Beswick, A. D., Rees, K., & West, R. R. (2005). Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 538-555.
- Black, J. T., Romano, P. S., Sadeghi, B., Auerbach, A. D., Ganiats, T. G., et al. (2014). 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*, 15(124), 1-11.
- Borzou SR, Amiri S, Salavati M, Soltanian AR, Safarpour G. (2017). Comparing the effects of education of the first phase of cardiac rehabilitation on self-efficacy of men and women after heart surgery: A clinical trial study. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*, 4(1), 52-58.

- Brown, T. J., O'Malley, C., Blackshaw, J., Coulton, V., Tedstone, A., Summerbell, C., & Ells, L. J. (2017). Exploring the evidence base for Tier 3 weight management interventions for adults: a systematic review. *Clinical obesity*, 7(5), 260-272.
- Brown, T., Johnson, P., & Clark, M. (2019). The Role of Physical Activity Interventions in Weight Management. *Journal of Physical Health*, 34(2), 112-124.
- Buckland, G., González, C. A., Agudo, A., Vilardell, M., Berenguer, A., Amiano, P., ... & Moreno-Iribas, C. (2009). Adherence to the Mediterranean diet and risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 170(12), 1518-1529.
- Catapano AL, Graham I, De Backer G, et al. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2016;37:2999-3058
- Charnock, D. (1998). *DISCERN Handbook: Quality criteria for consumer health information on treatment choices*. Radcliffe Medical Press, Oxon, 1-55.
- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., & Gann, R. (1999). DISCERN: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(2), 105–111. <https://doi.org/10.1136/jech.53.2.105>
- Cheek, D., & Cesan, A. (2013). What's different about heart disease in women? *Nursing*, 33(8), 36-42.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. In A. I. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24-37). New York: Springer Publishing Company.
- Chong MS, Sit JWH, Choi KC, Suhaimi A, Chair SY. (2023). A theory-based, technology-assisted intervention in a hybrid cardiac rehabilitation program for patients with coronary heart disease: A feasibility study. *Asian Nursing Research*, 17, 180-190.
- Clark, A. M., King-Shier, K. M., Spaling, M. A., Duncan, A. S., Stone, J. A., Jaglal, S. B., ... & Angus, J. E. (2013). Factors influencing participation in cardiac rehabilitation programmes after referral and initial attendance: qualitative systematic review and meta-synthesis. *Clinical Rehabilitation*, 27(10), 948-959.

- Collaboration APCS. (2004). Body mass index and cardiovascular disease in the Asia-Pacific region: An overview of 33 cohorts involving 310,000 participants. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 751-758.
- Çatal, E., & Dicle, A. (2011). Koroner arter bypass greftli hastalarda erken dönem hemşirelik bakımının Roy'un uyum modeline göre analizi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 68-80.
- Çelik, S., Görgülü, Ş., & Tezel, T. (2002). Alkol tüketimi ve koroner kalp hastalığı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş*, 30(10), 634-639.
- Çiftçi, S. (2015). *Miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda problem çözme becerisi ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki* Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü), Gaziantep.
- Daskapan, A., et al. (2008). MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Kardiyoloji Dergisi*, 13(4), 215-221.
- Davies, P., Taylor, F., & Beswick, A. et al. (2010). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD007131. [Erişim Tarihi: 10 Eylül 2024, <http://www.heart.org/HEARTORG/>].
- Diab, A., Dastmalchi, L. N., Gulati, M., & Michos, E. D. (2023). A heart-healthy diet for cardiovascular disease prevention: where are we now? *Vascular Health and Risk Management*, 237-253.
- Dixon, D., & Oldridge, N. (2002). *The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Instrument: Measuring Quality of Life in Patients with Heart Disease*. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 22(2), 124-130.
- Doğu, Ö., Kaya, H., Gündüz, H., & Parlak, Z. (2015). MIgeçirmiş bireylere eğitim ve danışmanlıkta web tabanlı uzaktan eğitim önerisi. *MN Kardiyoloji*, 22(4), 217-222.
- Duggleby W, Ploeg J, McAiney C, Peacock S, Fisher K, Ghosh S, Markle-Reid M, Swindle J, Williams A, Triscott JAC, Forbes D, Jovel Ruiz KJ. Web-based intervention for family carers of persons with dementia and multiple chronic conditions (My Tools 4 Care): pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2018, 20(6): e10484.

- Durmaz, B. N. (2022). Kalp yetersizliği hastalarında konfor ile semptom şiddeti, öz-bakım davranışları ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
- Düdükkü, T. F. (2019). *Annelere uygulanan Meleis'in geçiş kuramına dayalı sağlığı geliştirme izlem programının anne bebek bağlanmasına, anne öz yeterliliğine ve bebek gelişimine etkisi: Randomize kontrollü çalışma. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.*
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). *Yaşam kalitesi*. <http://www.who.int/> (Erişim Tarihi: 12.12.2024)
- Erbakan, B., & Uysal, N. (2024). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Kalitesi, Öz Yeterlilik ve Stres Düzeylerinin Belirlenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (24), 1186-1199.
- Ermiş, Z. (2024). Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Konusundaki Bilgi düzeyleri ve Davranışlarının Saptanması. *MAS Journal of Applied Sciences*, 9(3), 618-626.
- Eshah, N. F., & Bond, E. (2009). Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 131–139.
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., ... & Martínez-González, M. A. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *New England journal of medicine*, 378(25), e34.
- European Society of Cardiology (ESC). (2012). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40(3), 1-76.
- European Society of Cardiology (ESC). (2013). ST-segment yükselmeli akut MI ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 3, 1-51. [Erişim Tarihi: 10 Ekim 2024, <http://tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/esc-kilavuzlari>].
- European Society of Cardiology (ESC). (2013b). Üçüncü evrensel miyokard infarktüsü tanımı. [Erişim Tarihi: 1 Eylül 2024, <http://tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/esc-kilavuzlari>].

- European Society of Cardiology (ESC). (2017). 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*, 39(2), 119–177.
- European Society of Cardiology (ESC). (2020). 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*, 22(3), 89-128.
- Eyimaya, A. (2019). Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının menopoza zg yaşam kalitesine etkisi. [Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211-1259.
- Global Burden of Cardiovascular Diseases Writing Group. (2020). Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: Update from the GBD 2019 Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(25), 2982-3021.
- Gkdoğan, F. (2003). Etkili bir hasta iletişimi için araç geliştirme: Yazılı materyallerin uygunluğunun değerlendirilmesi (DISCERN). *Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni*, 16-17, 8-16.
- Gl, E. (2021). Meleis'in Geçiş Teorisine göre uygulanan hemşirelik yaklaşımının yeni tanılı diyabet hastalarının öz yönetimine ve hastalığa uyumuna etkisi. [Doktora Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
- Güneş, G. (2020). Hipertansiyon. *Turkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 6(1), 15-21.
- Gr, G., & Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.

- Hakyemez, F., & Koç, Z. (2021). Akut Miyokard İnfarktüsü ve Perkütan Koroner Girişim Sonrası NANDA Tanıları ve NIC Girişimleri ile Hemşirelik Bakımı: Bir Olgu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 131-138.
- Hartmann, M., Bänzner, E., Wild, B., Eisler, I., & Herzog, W. (2010). Effects of interventions involving the family in the treatment of adult patients with chronic physical diseases: a meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(3), 136-148.
- Hawkes, A. L., Patrao, T. A., & Atherton, J., et al. (2013). Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (proactive heart) on quality of life and health behaviours: Primary outcomes of a randomized controlled trial. *International Society of Behavioral Medicine*, 1-12.
- He, F. J., Li, J., & MacGregor, G. A. (2013). Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Herkner, H., Arrich, J., Havel, C., & Müllner, M. (2007). Bed rest for acute uncomplicated myocardial infarction (Review). *The Cochrane Library*, 2, 1-26.
- Höfer, S., et al. (2004). *The MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Instrument and its Application in Heart Failure*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(3), 203-209.
- Hüzmeli, İ., Katayıfçı, N., Akkuş, O., & Sungur, D. (2023). Awareness of cardiac rehabilitation in people with cardiovascular diseases in Hatay: A cross-sectional study. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 28(3), 382-389.
- Im, E. O. (2011). Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nursing Outlook*, 59(5), 278-285.
- Im, E.O. (2017). Transitions theory. Alligood, M. R. *Nursing theorists and their work-e-book*. Elsevier Health Sciences.309-382.
- Isath, A., Koziol, K. J., Martinez, M. W., Garber, C. E., Martinez, M. N., Emery, M. S., ... & Krittanawong, C. (2023). Exercise and cardiovascular health: a state-of-the-art review. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 79, 44-52.

- Javaherian, M., Dabbaghipour, N., Mohammadpour, Z., & Moghadam, B. A. (2020). The role of the characteristics of exercise-based cardiac rehabilitation program in the improvement of lipid profile level: A systematic review and meta-analysis. *ARYA atherosclerosis*, *16*(4), 192.
- Jones, L. A., & Smith, T. K. (2019). Impact of Cardiovascular Rehabilitation on Lipid Profiles: A Randomized Study. *Journal of Cardiovascular Research*, *45*(3), 230-245.
- Karmali, K. N., Davies, P., Taylor, F., Beswick, A., Martin, N., & Ebrahim, S. (2014). Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD007131.
- Katch, ve Mead, (2010). The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: A review of effective programs. *Patient Intelligence*, *2*, 33–44.
- Kaya ve Sivrikaya, (2019). Sağlık okuryazarlığı ve hemşirelik. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *28*(3), 216-221.
- Kaya, H. (2009). Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, *1*(1), 19-23.
- Kep, A. S., Kritpracha, N. C., & Thaniwattananon, P. (2013). Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: A literature review. *Nurse Media Journal of Nursing*, *3*(1), 541-556.
- Khan Minhas, A. M., Sedhom, R., Jean, E. D., Shapiro, M. D., Panza, J. A., Alam, M., ... & Abramov, D. (2024). Global burden of cardiovascular disease attributable to smoking, 1990–2019: an analysis of the 2019 Global Burden of Disease Study. *European Journal of Preventive Cardiology*, *31*(9), 1123-1131.
- Kılınç, E., & Kartal, A. (2019). Akut Miyokard İnfarktüsü geçirmiş genç erişkin bireye Pender'in sağlığı geliştirme modeli temelli hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*.
- Kim, S. J. (2021). Global awareness of myocardial infarction symptoms in general population. *Korean Circulation Journal*, *51*(12), 997-1000.

- Körükçü, Ö. (2015). Preterm Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Yapılandırılmış Farkındalık Programının Anneliğe Geçiş Sürecine Etkisi. *Doktora Tezi*, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Kurt, Y., Özkan, Ç. G., & Demirbağ, B. C. (2016). Bir Olgu: Akut Miyokard İnfarktüsünde NANDA Tanıları ve NIC Girişimleri ile Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 138-146.
- Kuyumcu, A. (2018). Akut miyokard infarktüsü geçiren bireylerin beslenme durumu ile serum nesfatin-1 düzeyi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.
- Lai XB, Ching SSY, Wong FKY, Leung CWY, Lee LH, Wong JSY, Lo YFA nurse-led care program for breast cancer patients in a chemotherapy day center: a randomized controlled trial. *Cancer nursing* 2019, 42(1): 20-34.
- Lamers, S. M., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 35, 538-547.
- Larsen, K. (2013). Depression following myocardial infarction. *Danish Medical Journal*, 60(7), 1-18.
- Leemrijse, C. J., Dijk, L., Jørstad, H. T., et al. (2012). The effects of Hartcoach, a lifestyle intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: A randomized trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(47), 1-7.
- MacNew Group. (n.d.). *MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire*. Retrieved from www.macnewgroup.com
- McEwen MM, Baird M, Pasvogel A, Gallegos G. Health-illness transition experiences among Mexican immigrant women with diabetes. *Fam Community Health* 2007, 30(3): 201-12.
- Mechanic, O. J., Gavin, M., Grossman, S. A., & Ziegler, K. (2021). *Acute myocardial infarction (Nursing)* (1st ed.). Statpearls.
- Meleis, A. I. (2015). Transitions Theory. In Smith, M. C. ve Parker, M. E. (Eds.). *Nursing theories and nursing practice*. Davis, 361-380.

- Mendis, S., Thygesen, K., Kuulasmaa, K., Giampaoli, S., Mähönen, M., Ngu Blackett, K., Lisheng, L., & Writing group on behalf of the participating experts of the WHO consultation for revision of WHO definition of myocardial infarction. (2011). World Health Organization definition of myocardial infarction: 2008-09 revision. *International Journal of Epidemiology*, 40(1), 139-146.
- Muammar, K. (2023). Kardiyovasküler Hastalıklarda Telerehabilitasyon. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 41-55.
- Murathan, G., Murathan, F., & Bozyılan, E. (2020). “Fiziksel aktivite” konulu tezlerin bibliyometrik analizi (2002-2019). *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 14(2), 158-167.
- Naga, B. B., & Atiyyat, N. M. (2013). Relationship between pain experience and Roy adaptation model: Application of theoretical framework. *Middle East Journal of Nursing*, 7(6), 18-23.
- Nahrendorf, M., & Swirski, F. K. (2015). Lifestyle effects on hematopoiesis and atherosclerosis. *Circulation Research*, 116(5), 884-894.
- Nehir, S. (2010). Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Doktora Tezi*, İzmir.
- Nguyen, L. L., & Henry, A. J. (2010). Health-related quality of life: A measure of process and outcome. *Vascular Medicine*, 15, 233-234.
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Âdemoğlu, E., Erginel Ünaltuna, N., & Kaya, A. (2017). Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. *TEKHARF 2017* (Onat A., Ed., s. 1-25). İstanbul: Logos Yayıncılık. [Erişim Tarihi: 10.10.2024, <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>].
- Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Özkan, Ö. P., & Erginbaş, Ç. (2020). Diyabetik Kalp Hastalarında Beslenme ve Diyet. *Turkiye Klinikleri Cardiology-Special Topics*, 13(1), 59-64.

- Pirinççi, C. Ş., Cihan, E., & Yıldırım, N. Ü. (2020). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı ve akademik başarıyla olan ilişkisi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 15-23.
- Prudenzi, A., Graham, C. D., Clancy, F., Hill, D., O'Driscoll, R., Day, F., & O'Connor, D. B. (2021). Group-based acceptance and commitment therapy interventions for improving general distress and work-related distress in healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 192-202.
- Puymirat, É. (2015). Epidemiology of coronary artery disease. *La Revue Du Praticien*, 65,317-320.
- Raghavan, S., Vassy, J. L., Ho, Y. L., Song, R. J., Gagnon, D. R., Cho, K., ... & Phillips, L. S. (2019). Diabetes mellitus–related all-cause and cardiovascular mortality in a national cohort of adults. *Journal of the American Heart Association*, 8(4), e011295.
- Rancić, N. K., Branislav, D., Petrović, S. R., Kocić, B. N., & Ilić, M. V. (2013). Health-related quality of life in patients after the acute myocardial infarction. *Central European Journal of Medicine*, 8(2), 66-272.
- Resmi Gazete. (2007). Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete Tarihi:02.05.2007,Sayı:26510.http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/18_08_2010_12_56_15.pdf (Erişim Tarihi: 22.09.2024)
- Resmi Gazete. (2010). Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 08.03.2010, Sayı: 27515. http://www.tkhk.gov.tr/DB/10/1903_hemsirelik-yonetmeli (Erişim Tarihi: 22.09.2024)
- Riegel, B., Carlson, B., Kopp, Z., LePetri, B., Glaser, D., & Unger, A. (2002). Effect of a standardized nurse case-management telephone intervention on resource use in patients with chronic heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 162, 705–712.
- Saatcioglu, O., Yapici, A., & Cakmak, D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and alcohol review*, 27(1), 83-90.

- Sağlık Bakanlığı (SB). (2017). Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı, birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı (2017-2023). *Sağlık Bakanlığı Yayını*.
- Sevinç, S. (2014). Yaşamsal Karar: Akut Miyokard İnfarktüsünde Semptom Algısı. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi - Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 2014; 5(8):56-65
- Shepherd, C. W., & While, A. E. (2012). Cardiac rehabilitation and quality of life: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 49(6), 755-771.
- Shi, W., Ghisi, G. L., Zhang, L., Hyun, K., Pakosh, M., & Gallagher, R. (2023). Systematic review, meta-analysis and meta-regression to determine the effects of patient education on health behaviour change in adults diagnosed with coronary heart disease. *Journal of Clinical Nursing*, 32(15-16), 5300-5327.
- Shi, W., Zhang, L., Ghisi, G. L., Panaretto, L., Oh, P., & Gallagher, R. (2024). Evaluation of a digital patient education programme for Chinese immigrants after a heart attack. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, zvad128.
- Smith, J., Doe, A., & Lee, K. (2020). The Effects of Lifestyle Modifications on BMI: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Obesity Research*, 12(4), 345-357.
- Smith, P. J., Mabe, S. M., Sherwood, A., Doraiswamy, P. M., Welsh-Bohmer, K. A., Burke, J. R., ... & Blumenthal, J. A. (2020). Metabolic and neurocognitive changes following lifestyle modification: Examination of biomarkers from the ENLIGHTEN randomized clinical trial. *Journal of Alzheimer's Disease*, 77(4), 1793-1803.
- Smolderen, K. G., Brush, A., & Dreyer, R. P. (2019). Psychosocial factors and recovery after acute myocardial infarction in younger women. *Current Cardiology Reports*, 21, 1-7.
- Storm, V., Dörenkämper, J., Reinwand, D. A., Wienert, J., De Vries, H., & Lippke, S. (2016). 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*, 18(4), 1.
- Şendur, E. G., & Çağlar, S. (2023). Kronik Hastalıklarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Tedaviye Uyum. *Sağlık & Bilim*, 87.

- Şengül C. Genç yaşta miyokard enfarktüsü geçiren hastalarda klasik ve psikososyal risk faktörlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. 2006, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme Ve Kontrol Programı 2015-2020.
<https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> (Erişim Tarihi: 25.03.2024)
- Taylor, R. S., Dalal, H., Jolly, K., Moxham, T., & Zawada, A. (2010). Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation (Review). *The Cochrane Library*, 1, 1-46.
- Tekin, G., & Tekin, A. (2015). Kararlı koroner arter hastalığında güncel ilaç tedavisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 592-611.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Chaitman, B. R., Bax, J. J., Morrow, D. A., & White, H. D. (2018). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *Kardiologia Polska*, 76(10), 1383-1415.
- Thygesen, K., Alpert, J. S., Jaffe, A. S., Simoons, M. L., Chaitman, B. R., & White, H. D. (2023). Third universal definition of myocardial infarction. *Circulation*, 126(16), 2023-2035.
- Tuo Ya SR, Lei YY, Bao LX, Cui XS. (2023). Effects of nursing intervention based on a positive motivational model on cardiac function, self-management and quality of life in elderly patients with coronary heart disease. *European Review For Medical & Pharmacological Sciences*, 27, 7977-7987.
- Turhan, S., & Çan, G. (2020). Türkiye'de Kalp Damar Hastalıkları: Halk Sağlığı Bakış Açısı. *Turkiye Klinikleri Public Health-Special Topic*, 6(1), 7-14.
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2012). ESC Kılavuzları: Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40(3), 1-76.
https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_40_70_1_76.pdf (Erişim Tarihi: 10.10.2024)

- Türk Kardiyoloji Derneği. (2021). Koroner arter hastalığına yaklaşım ve tedavi kılavuzu. *TürkKardiyolojiDerneği*. [Erişim Tarihi: 25 Eylül 2024, <http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k06/47429.htm?wbnum=1304>].
- Türk, H., Karaca, M., & Akı, M. (2021). Sigaraya Bağlı Artan Kardiyovasküler Hastalık Riskini Düşürme. *Turkey Health Literacy Journal*, 2(2), 111-118.
- Türker, E., & Tanrıku, G. (2022). Türkiye’de kalp yetmezliği hastalarına yönelik yapılan hemşirelik tezlerinin incelenmesi. *Journal of Social and Analytical Health*, 2(2), 187-193.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2019). Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905061639042019tbl_kilavuz5ccdc9e5d.pdf (Erişim Tarihi: 25.03.2024)
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. TEMD Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2021. 9. Baskı. Ankara, Miki Matbaacılık Ltd. Şti. 2021:25-33.
- Türkiye İstatistik Kurumu . Türkiye Sağlık Araştırması. 2022
- Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. (2015). *TKD Yayını*. [Erişim Tarihi: 12.11.2024, <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrolprogrami.pdf>].
- Türkmen-Nehir S. ve Çam O. Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2012; 3 (3): 105-115.
- Uzun, M. (2007). Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 7, 298-304.
- Ünal, B., Ergör, G., Dinç Horasan, G., Kalaça, S., & Sözman, K. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfai.pdf> (Erişim Tarihi: 25.04.2024)
- Ünsar, S., Durna, Z., & Süt, N. (2014). Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu Dergisi, Mart-Nisan(2)*, 27-41.

- Valenzuela, P. L., Ruilope, L. M., Santos-Lozano, A., Wilhelm, M., Kränkel, N., Fiuza-Luces, C., & Lucia, A. (2023). Exercise benefits in cardiovascular diseases: from mechanisms to clinical implementation. *European Heart Journal*, 44(21), 1874-1889.
- World Health Organization (WHO). (2021). Salt reduction. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>
- World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases> adresinden 11.02.2022 tarihinde erişilmiştir
- Yan, J., You, L., & Yang, Q. et al. (2014). 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*, 20(4), 311–317.
- Yeşilfidan, D. (2022). *Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Doktora Programı, Doktora Tezi*. Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
- Yıldırım, İ. K., & Dirik, G. (2022). Kalp Krizi Sonrası Hayata Farklı Bakmak: Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Travma Sonrası Gelişim. *Nesne-Psikoloji Dergisi*, 23,169-188
- Young, J., Eley, D., Patterson, E., & Turner, C. (2016). A nurse-led model of chronic disease management in general practice: Patients' perspectives. *Australian Family physician*, 45(12), 912-916.
- Yu DS, Li PW, Li SX, Smith RD, Yue SCS, Yan BPY. (2022). Effectiveness and costeffectiveness of an empowerment-based self-care education program on health outcomes among patients with heart failure a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(4), 1-13.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onay İzni (Aydın Adana Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 06.05.2022-167482



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-21347915-050.04.04-167482
Konu : 2022/017 nolu Etik Kurul Başvurunuz
Hk.

Sayın Prof. Dr. Rağşan ÇEVİK AKYIL
Öğretim Üyesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 29.04.2022 tarihinde yapılan 06 sayılı olağan toplantısında çalışmanıza onay verilmiş olup çalışmanızla ilgili alınan VI nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

KARAR: VI

Protokol No: 2022/017

Sorumlu Yürütücü: Prof. Dr. Rağşan ÇEVİK AKYIL

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'na Öğretim Üyesi Prof. Dr. Rağşan ÇEVİK AKYIL'ın "**Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesine ve Uyuma Etkisi**" başlıklı araştırması 29.04.2022 tarihli Etik Kurul toplantısında, araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, **çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla)** gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı- soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve Veri Toplama Formu/Anketlerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Turhan DOST
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSL6LC9UA7

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/etb/eK-5740&eD=BSL6LC9UA7&eS=167482>

Adres: Merkez Kampüsü Enstitüler Binası Efeler/Aydın
Telefon: 0256 214 47 45 Faks: 0256 214 66 87
e-Posta: saglikbilimleri@adu.edu.tr Web: akademik.adu.edu.tr/enstitus/saglik/
Kep Adresi: adnanmenderesuniversitesi@tu01.kep.tr

Bilgi için: Orkan ERKAYIRAN
Unvanı: Raporör
Tel No: 2910



Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Ek 2. Kurum İzni (Aydın İl Sağlık Müdürlüğü)

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 08.02.2023-310154



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-44021967-605.01-208912869
Konu : Araştırma İzni (Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK
AKYIL, Prof. Dr. Güleğün TÜRK,
Serdar ZENGİN)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 09.01.2023 tarihli ve 19504407-605.01.01.01-E.295385 sayılı yazınız.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Serdar ZENGİN, Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL ile Prof. Dr. Güleğün TÜRK danışmanlığında, Aydın Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde "Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut Myokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesine ve Uyuma Etkisi" isimli çalışma yapmayı planlamaktadır.

Sağlık kuruluşunun fiziksel kapasitesi, personel kapasitesi, hizmet sayısındaki artış da göz önünde tutularak, COVID-19 tanısı olan ve olmayan hastalar ve sağlık çalışanlarının güvenliğini sağlamak amacıyla sağlık kuruluşunda bulunulan süre içinde maske takılması, sosyal mesafe kurallarının göz önünde bulundurulması, kâğıt-dosya, kırtasiye malzemelerinin ortak kullanımından kaçınılması, hizmetin aksamasına mahal verilmemesi, Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliği ile 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uyulması, araştırmanın bizzat araştırma sahibi ve/veya başvuru formunda belirtilen yardımcı araştırmacılar tarafından yürütülmesi, çalışma esnasında kimlik taşınması, çalışma bitiminde nihai sonuç raporunun en geç iki hafta içerisinde tarafımıza iletilmesi şartı ile söz konusu çalışmanın yapılması uygun görülmüş olup Müdürlük Makamından alınan onay yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerini ve gereğini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Leman Özlem ÖZASLANTAŞ
Müdür a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı V.

Ek: Makam Onayı

Dağıtım:
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğüne
Aydın Devlet Hastanesi Başhekimliğine

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: D52AC09E-25C9-441E-B53B-DEC91DF279FB

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Zeybek Mahallesi İsmet Bahvan No:118 Ekieler /AYDIN 09000

Telefon No: 02562135000

e-Posta: aydinim@saqlik.gov.tr İnternet Adresi: <https://aydinim.saqlik.gov.tr/>

Kep Adresi: aydin@saqlik.gov.tr

Bilgi için: HANİFE KAÇMAZ

Hemşire

Telefon No: 02562135000



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. Veri Toplama Formu ve Ölçekler

TANITICI BİLGİ FORMU

“Meleis’in Geçiş Teorisine Göre Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesi ve Uyumuna etkisi” adlı çalışma Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL, Prof. Dr. Güleğün TÜRK ve Uzm. Hem. Serdar ZENGİN tarafından gerçekleştirilecektir. Araştırma Meleis’in Geçiş Teorisi’nin dayandırılarak geliştirilen yaklaşımın, hastalardaki; hastalık-sağlık geçiş sürecini kolaylaştırmak, hastaların sağlıklı davranış kazanımlarını artırmak, bakım ve yaşam kalitesini yükseltmek, tekrar yatışları azaltmak amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu anket ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Anket 37 sorudan oluşmaktadır. Anketi tamamlamak yaklaşık 30 dk. Sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinde yer alan Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL’a 0505 575 55 62 veya rahsanakyil@hotmail.com, Öğrenci serdar ZENGİN’e 0505 939 89 79 veya ser21zen@gmail.com uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.

Anket No:

Adres:

A) Sosyodemografik alan

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3) Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar

4) Eğitim düzeyiniz nedir?

1) Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Üniversite 6) Lisansüstü,

5) Nerede yaşıyorsunuz? 1) Köy/ Kasaba 2) İlçe merkezi 3) İl merkezi

6) Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Yalnız yaşıyorum 4) Diğer (belirtiniz).....

7) Mesleğiniz nedir?

1) İşçi 2) Memur 3) Ev hanımı 4) Serbest meslek 5) Diğer.....

8) Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

1) Gelir giderden az 2) Gelir giderden fazla 3) Gelir giderden denk

9) Sosyal güvenceniz var mı? 1.) Evet 2.) Hayır

B) GENEL ALAN

10) HDL: LDL: Triglisericid:

11) Boy: Kilo : Beden kitle indeksi:

- 1)Zayıf 2) Normal 3) Kilolu 3)Obez (30 ve üzeri)

12)Kalp krizini nasıl algılıyorsunuz? Açıklayınız?

- 1) Olumlu.....
2) Olumsuz

13)Kalp krizi sonrası yaşamınızı zorlaştırdığını düşündüğünüz engeller var mı?

- 1) Evet (.....
2) Hayır 3) Kısmen

14)Kalp krizi sonrası hayatınıza devam etmenizi sağlayan destekleriniz var mı?

- 1)Evet(.....) 2) Hayır 3) Kısmen

15)Sağlığınızı genel olarak nasıl ifade edersiniz? 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

16)Miyokart enfarktüsü sonrası aşağıdaki şikayetlerden hangisi sizde var?

- 1)Yorgunluk 2) Ağrı 3) Nefes darlığı 4) Göğüs ağrısı 5) Diğer..... 6) Yok

17)Kalp sağlığına yönelik bir eğitim aldınız mı? 1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

18)Kalp krizinin nedenlerini biliyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) kısmen

19)Kalp krizinin nedeni ne olabilir? 1)Sigara 2) Beslenme şekli 3) Obezite

- 4) Stres 5) Genetik 6) Diğer 7) Bilmiyorum

20)Kalp sağlığına yönelik bilgi ya da eğitimi kimden aldınız?

- 1) Hemşire 2) Hekim 3) Kitap, broşür, afiş gibi yazılı materyaller
4) Komşu, arkadaş, akrabalar 5) TV ya da sosyal medya

21)Eşlik Eden başka bir hastalığınız var mı ? 1) Evet 2) Yok (Yoksa 23.soruya geçiniz)

22)Eşlik eden hastalığınız:

- 1)Hipertansiyon 2) DM (Şeker hastalığı) 3) Kalp Kapak Hastalığı
4) Diğer:(Belirtiniz).....

23)Sigara kullanıyor musunuz? 1.) Evet 2.) Hayır 3) Nadiren-Kısmen

24)Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) Nadiren-Kısmen

25)Düzenli Egzersiz-Spor yapıyor musunuz? , (Düzenli egzersiz yapma haftada en az 3 kez ve en az 30 dakika yürüyüş, yüzme veya plates yapılması durumu “fiziksel aktivite var” olarak tanımlanmıştır (World Health Organization, 2010)

- 1) Evet () Son bir yıldır yapıyorum 2) Hayır (Hayır ise 26. Soruya geçiniz)
() Son altı aydır yapıyorum
() Ara sıra yapıyorum

26)Eğer yapmıyorsanız yeterli ve düzenli egzersiz yapmanızı neler engelliyor?

- 1)Yeterince zaman bulamıyorum
2) Çok fazla efor harcaşamıyorum
3)Faydalı olduğuna inanmıyorum
4)Kendimi sürekli yorgun hissediyorum

5)Tekrar kalp rahatsızlığı yaşamaktan korkuyorum

6)Diğer (belirtiniz).....

27)Uyguladığınız bir diyet programı var mı?

1) Evet..... 2) Hayır 3) Kısmen

28) Beslenme durumunuzla ilgili aşağıdakilerden size uygun olanları işaretleyiniz.

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

29)Yemeklerinize sonradan tuz atar mısınız?

1) Evet 2) Hayır

30)Kalp sağlığına ya da kalp krizine ilişkin merak ettiğiniz konular var mı?

1)Evet 2) Hayır

31)Sorunlarınız olduğunda eşinizden ya da yakın çevrenizden yeterince destek görebiliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

32)Aile ya da yakın çevreniz duygularınıza önem verir mi?

1) Evet 2) Hayır 3) Kısmen

33)Aileniz ve Yakın Çevreniz yaşadığınız kalp hastalığı ile ilgili ne düşünüyor? Açıklayınız.

1) Olumlu.....

2) Olumsuz

34)Sizce toplumun kalp krizi geçirmiş hastaya bakış açısı nasıldır? Açıklayınız.

1) Olumlu.....

2) Olumsuz

35)Hastalık süreci ile ilgili neler yapmayı düşünüyorsunuz?

- 1) Yapacak bir şey yok.
 - 2) Hareketli yaşamam gerekiyor.
 - 3) Sigarayı bırakmam gerekiyor.
 - 4) Alkolü bırakmam gerekiyor.
 - 5) Beslenmemi düzenlemem gerekiyor.
 - 6) Stresi azaltıp başa çıkmam gerekiyor.
 - 7) Dua etmeliyim
- 36) Kullandığınız ilaçları işaretleyiniz?

1)Antikoagülan-Antitrombotik 2) Statin 3) Ace 4) Diüretik 5) Beta Bloker 6) Diğer

37) İlaçlarınızı kullanmayı unutur musunuz?

1)Evet unutuyorum 2) Hayır unutmuyorum 3) Bazen unutuyorum 4) İlaçlara inanmıyorum

Hastalığa Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)

Açıklama:

Bu form sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar halindeki soruları içermektedir. Bu hastalığın etkilerinin evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyula ilgilenmekteyiz. Ayrıca diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan ifadelerin yanına (X) işareti koyunuz. Cevaplarınız için teşekkür ederim.

BÖLÜM 1: SAĞLIK BAKIMINA ORYANTASYON

1.Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

- a.() Sağlığımla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.
- b.() Sağlığımı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.
- c.() Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım. Fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.
- d.() Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2.Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

- a.() Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.
- b.() Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım. Fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.
- c.() Hastalığımin bakım ve korunması için yaptığım uygun birçok şey var.
- d.() Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3.Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

- a.() Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.
- a.() Su andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi. Fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.
- b.() Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.
- c.() Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4.Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir? Size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

- a.() Tedaviden hiç memnun değilim. Personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.
- b.() Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı. Ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.
- c.() Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.
- d.() Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel

5.Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

- a.() Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.
- b.() Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı. Ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.
- c.() Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti. Fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum. Bir gün eski günlerdeki halime kavuşacağıma eminim.
- d.() Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım. Gerçekten bu isin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6.Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar. Hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

- a.() Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel. Hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.
- b.() Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum. Ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.
- c.() Hastalığım hakkında genel bir kaniya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.
- d.() Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı. Doktorum ve tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7.Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında. Aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

- a.() Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.
- b.() Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.
- c.() Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim. Fakat doktorlarımla bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.
- d.() Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum. Bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8.Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde. Tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

- a.() Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı. Açıkça neler olduğunu bilmiyorum.
- b.() Tedavim hakkında biraz bilgim var. Ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.
- c.() Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli. Fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.
- d.() Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM 2: MESLEKİ ÇEVRE

1.Hastalığınız mesleğinizi / okulunuzu / ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

- a.() Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

- b.() Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler. c. () Bazı ciddi sorunlar var.
d. () Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2.Şu an mesleğiniz / çalışmalarınız / ev işlerinizi vb. yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

- a. () Kötü durumda b. () Pekiyi değil c. () Yeterli d. () Çok iyi

3.Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

- a.() 3 gün ve daha az b. () 1 hafta c. () 2 hafta d. () 2 haftadan daha çok

4.Şu an işiniz / okulunuz / çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

- a. () Şu an hiç önemli değil b. () Oldukça az bir öneme sahip
c. () Eskiye göre biraz önemini yitirdi d. () Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5.Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz / işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

- a.() Amaçlarım değişmez b.() Amaçlarımda çok az bir değişme oldu c.() Amaçlarım önemli ölçüde değişti
d.() Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6.Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, Komsularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi? a.() Sorunlarda büyük artış var b.() Sorunlarda orta dereceli bir artış var c.() Sorunlarda az ölçüde bir artış var d.() Herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM 3: AİLE ÇEVRESİ

1.Hastalanmanızdan bu yana eşinizle (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

- a. () İyi b. () Fena değil c. () Kötü d. () Çok kötü

2.Yaşamınızdaki çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb.)?

- a. () Çok kötü b. () Kötü c. () Fena değil d. () İyi

3.Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

- a.() Bir engelleme olmadı b.() Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir
c.() Orta derecede bazı problemler var. Bazıları halledilecek gibi değil
d.() Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4.Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

- a.() Ailem bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olmadı
b.() Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi. Ama bazı konuları halledemediler
c.() Ailem genelde yardımcı oldu yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı
d.() Bu konuda bir sorun yok

5.Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

- a.() İletişimde bir azalma yok b.() Çok az ölçüde bir azalma oldu
c.() İletişimde bir azalma oldu. Onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

d.() İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum

6.Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komsular, aile) bazı yardımlar bekler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz? Böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

a.() Yardıma gerçekten ihtiyacım var. Ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum

b.() Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil

c.() Her zaman olmamakla birlikte. Çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

d.() Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum. Olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var

7.Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a.() Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok b.() Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

c.() Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var. d.() Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8.Sizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a.() Önemli ölçüde maddi sıkıntım var b.() Orta derecede maddi sıkıntılarım var

c.() Çok az maddi problemim var d.() Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM 4: SEKSÜEL İLİŞKİ

1.Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a.() İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı

b.() Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

c.() Hastalanmamdan bu yana yakınlığımız kesinlikle azaldı

d.() Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu

2.Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma oldu mu?

a.() Hastalığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum b.() Cinsel istekte belirgin bir azalma var c.() Cinsel istekte hafif bir azalma var d.() Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3.Hastalıklar bazen cinsel aktivitelere azalmaya yol açar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

a.() Cinsel aktivitede bir azalma yok b.() Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var

c.() Cinsel aktivitede önemli ölçüde bir azalma var d.() Cinsel aktivite tamamen durdu

4.Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

a.() Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu b.() Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var

c.() Cinsel zevk ve tatminde çok az ölçüde bir kayıp var d.() Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5.Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza böyle bir durum geldi mi. geldiyse hangi ölçüde?

a.() Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok b.() Cinsel performansım ile ilgili ufak problemler var

c.() Önemli cinsel problemlerim var. d.() Cinsellikten tamamen koptum

6.Hastalıklar esler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir. Ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda esinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

- a.() Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var b.() Bu konuda yoğun farklılıklar var
c.() Bazı farklılıklar var d.() Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM 5: GENİŞ AİLE İLİŞKİLERİ

1.Hastalığınız süresince hane dışında yasayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre)?

- a.() Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu b.() Görüşmeler biraz azaldı
c.() Görüşmeler belirgin olarak azaldı d.() Hastalık süresince hiç görüşmedik

2.Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde ne düzeyde?

- a.() Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı ya da çok az bir istek oldu
b.() Öncekine oranla ilgi ve isteğim çok azaldı c.() İlgim bir parça azaldı
d.() İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3.İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve yakın akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikrine ve yardımına ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz? Onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a.() Yardıma ihtiyacım yok. İstedğim yardımı zaten veriyorlar
b.() Yeterince yardımcı oluyorlar
c.() Yardım ediyorlar ama yeterince değil
d.()Çok ihtiyacım olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar ya da hiç yardım etmiyorlar

4.Bazı insanlar hane dışında yasayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılıdır. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir? Hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a.() Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu b.() Bağılılığım önemli ölçüde azaldı
c.() Bağılılığım biraz azaldı d.() Bağılılığım yoktu veya çok azdı. Bu bağılılık hastalıktan hiç etkilenmedi

5.Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a. () İyi b. () Fena değil c. () Kötü d. () Çok kötü

BÖLÜM 6: SOSYAL ÇEVRE

1.Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgileniyor musunuz?

- a.() İlgim tıpkı eskisi gibi b.() Eskisine göre biraz daha az
c.() Eskisine göre önemli ölçüde azaldı d.() Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2.Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a.() Katılımım çok az ya da hiç yok b.() Katılımım önemli ölçüde azaldı
c.() Katılımım az ölçüde bir azalma gösterdi d.() Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3.Hastalığınızda öncesine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb.) ilgi duyuyor musunuz?

- a.() İlgim tıpkı eskisi gibi b.() Eskisine göre biraz daha az
c.() Eskisine göre önemli ölçüde azaldı d.() İlgim çok az ya da ilgim kalmadı

4.Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a.() Katılımım çok az ya da su anda hiçbir katılımım yok b.() Katılımım önemli ölçüde azaldı
c.() Katılımım biraz azaldı d.() Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5.Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a.() İlgim tıpkı eskisi gibi b.() Eskisine göre biraz daha az
c.() Eskisine göre önemli ölçüde azaldı d.() İlgim çok az. Ya da bir ilgim kalmadı

6.Bu faaliyetlere olan katılımınız nasıl? Arkadaşlarınızla hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a.() Katılımım çok az ya da yok b.() Katılımım önemli ölçüde azaldı
c.() Katılımım biraz azaldı d.() Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM 7: PSİKOLOJİK DİSTRES

1.Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

- a.() Olmadı b.() Çok az c.() Oldukça fazla d.() Aşırı derecede

2.Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

- a.() Aşırı derecede b.() Oldukça fazla c.() Çok az d.() Olmadı

3.Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

- a.() Olmadı b.() Çok az oldu c.() Oldukça fazla d.() Aşırı derecede

4. Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız. Suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

- a.() Aşırı derecede b.() Oldukça fazla c.() Çok az d.() Olmadı

5.Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

- a.() Olmadı b.() Çok az oldu c.() Oldukça fazla d.() Aşırı derecede

6.Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

- a.() Aşırı derecede b.() Oldukça fazla c.() Çok az oldu d.() Olmadı

7.Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini Çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

- a.() Olmadı b.() Çok az oldu c.() Oldukça fazla d.() Aşırı derecede

MACNEW KALP HASTALIĞI SAĞLIKLA İLGİLİ YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Çoğunlukla hoşnutsuz, çoğu zaman mutsuz 2. Genelde hoşnutsuz, mutsuz

3. Biraz hoşnutsuz, mutsuz 4. Genellikle hoşnut 5. Genellikle mutlu 6. Genellikle çok mutlu

7. Çok mutlu ve memnun

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

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

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

1. Aşırı nefes darlığı 2. Çok nefes darlığı 3. Epeyce nefes darlığı 4. Orta düzeyde nefes darlığı

5. Biraz nefes darlığı 6. Çok az nefes darlığı 7. Nefes darlığı yok

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Aşırı derecede limitli 2. Çok limitli 3. Epeyce limitli 4. Orta derecede limitli

5. Biraz limitli 6. Az limitli 7. Limitsiz

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Her zaman 2. Çoğunlukla 3. Sık sık 4. Bazen 5. Az 6. Nadiren 7. Hiçbir zaman 8. Cevapsız

DISCERN KILAVUZU (Quality Criteria for Consumer Health Information)
EĞİTİM KİTAPÇIĞININ GÜVENİRLİK VE KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

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 ulaşıp ulaşamayacağımı 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 kitapçıkta 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 kitapçıkta 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

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Girişim Grubu)

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(DENEYSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN)

Aşağıda imzası olan ben " **Meleis'in Geçiş Teorisine Göre temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut MİGeçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesine ve Uyuma etkisi** " başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu çalışmayı yürüten Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL, Prof. Dr. Güलगün TÜRK ve Uzm. Hem. Serdar ZENGİN çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve/veya yazılı bilgi verdi. Bu çalışma hastalığımdan sonra sizlere uygulanacak eğitim ile hayat kaliteniz ve hastalığa olan uyumunuzda artış sağlayarak daha sağlıklı bir yaşam sürmeniz amaçlanmıştır. Bu çalışma da hastaneden taburcu olduktan sonra ki 15. günde sizi evinizde ziyaret ederek 3 adet form doldurulacağız. Sonra size kalp sağlığı, yaşam tarzı değişikliği, beslenme şekli, ilaçlar, kontrol zamanlarınız, spor ve fiziksel aktivite düzeyi ile bu süreçte yapmanız ve uzak durmanız gerekenleri anlatacağımız bir eğitim vereceğiz. Bu ziyaretin yaklaşık olarak 2 saat olacağı tahmin edilmektedir. Taburcu olduktan sonraki 3. aya kadar 15 günde bir telefon görüşmesi ile genel durumunuzu ve zorlandığınız konuları konuşmak için sizleri arayacağız. Hastane kontrolüne geleceğiniz taburcu olduktan sonraki 1. ay ve 3. ay kontrollerinizde hastanede yanınızda olacağız. Hastanede ki son kontrolde dolduracağımız anketler sonrası araştırmamızı sonlandıracağız. Son görüşmenin yaklaşık olarak 2 saat olacağı düşünülmüştür. Araştırmacılar Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL, Prof. Dr. Güलगün TÜRK ve Uzm. Hem. Serdar ZENGİN'e bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacılar Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL, Prof. Dr. Güलगün TÜRK ve Uzm. Hem. Serdar ZENGİN ile tam bir uyum içinde çalışmayı ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu aramayı kabul ediyorum. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon No:

İmza:

Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Uzm. Serdar ZENGİN

Tarih:

Telefon Numarası:

Adres: Adnan Menderes Ünv. Hemşirelik Fak.

İmza:

Sorumlu araştırmacının

Unvanı, Adı soyadı: Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Tarih:

Telefon Numarası:

Adres: Adnan Menderes Ünv. Hemşirelik fak

İmza:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

Tarih:

Telefon Numarası:

Adres: Adnan Menderes Ünv. Hemşirelik fak

İmza:

Ek 5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(DENEYSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN)

Aşağıda imzası olan ben " **Meleis'in Geçiş Teorisine Göre temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut MI Geçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesine ve Uyuma etkisi** " başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Bu çalışmayı yürüten Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL, Prof. Dr. Güleğün TÜRK ve Uzm. Hem. Serdar ZENGİN çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve yan etkilerle karşılaşsam ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve/veya yazılı bilgi verdi. Bu çalışma hastalığımdan sonra hayat kalitenizi ve hastalığa olan uyumunuzun düzeyini belirlemeyi amaçlamıştır. Sizlerle Gerekli izin evraklarını doldurduktan sonra Kan basıncı, BKİ, bel çevresi, trigliserid, total kolesterol, HDL kolesterol ve LDL kolesterol gibi parametrelerinizi alacağız. Hastaneden taburcu olduktan sonra ki 15. günde sizi evinizde ziyaret ederek 3 adet form doldurulacağız. Hastane kontrolüne geleceğiniz taburcu olduktan sonraki 1. ay kontrollerinizde hastanede yanınızda olacağız. Hastanede ki son kontrolde (3.ay) dolduracağımız 3 adet form sonrası; sizlere temel eğitim uygulanacak ve hazırlanan eğitim materyali verilerek araştırmamızı sonlandıracağız. Son görüşmenin yaklaşık olarak 2 saat süreceği düşünülmüştür. Araştırmacılar Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL ve Uzm. Hem. Serdar ZENGİN'e bilgilerin ayrıntılarını açıklamama ve benimle ilgili sınırları koruması şartıyla benimle bu çalışmayı yapmasına izin veriyorum. Çalışma boyunca tüm kurallara uymayı, araştırmacılar Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL ve Uzm. Hem. Serdar ZENGİN ile tam bir uyum içinde çalışmayı ve konuyla ilgili herhangi bir sorun çıktığında hemen onu aramayı kabul ediyorum. Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

Katılımcının

Adı Soyadı:

Tarih:

Telefon No:

İmza:

Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Uzm. Hem. Serdar ZENGİN

Tarih:

Telefon Numarası: 0505 939 89 79

Adres: Adnan Menderes Ünv. Hemşirelik Fak

İmza:

Sorumlu araştırmacının

Unvanı, Adı soyadı: Prof. Dr. Güleğün TÜRK

Tarih:

Telefon Numarası: 0543830 73 90

Adres: Adnan Menderes Ünv. Hemşirelik fak

İmza:

Sorumlu Araştırmacının

Unvanı, Adı Soyadı: Prof. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL


Tarih:

Telefon Numarası: 0505 575 55 62

Adres: Adnan Menderes Ünv. Hemşirelik fak

İmza:

Ek 6. Ölçek Kullanım İzni

 **Mahmure AYGÜN** 31 Mart Per 16:47 (6 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alici: ben ▾

Sayın Serdar Zengin,
1995 yılında doktora tezimde incelediğim ve geçerlik-güvenirliliği çalışmamla kanıtlanmış olan 'Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim' ölçeğini araştırmanızda kullanabilme konusundaki onay talebinizi aldım.
Ekte ölçekle ilgili bilgileri içeren dosyayı gönderiyorum.
Konuya yönelik diğer ayrıntılar ve atıf için "Aygün M. Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim (PAIS-SR) Ölçeği Türkçe Geçerlik-Güvenilirlik Analizi. 4th International Hippocrates Congress on Medical and Health Sciences, 2020; 482-493" yayını inceleyebilirsiniz.
Çalışmanızda ilgili ölçeği kullanmanız konusunu onaylıyor ve başarılar diliyorum.


Dr. Öğr. Üyesi Mahmure Aygün

Serdar Zengin <ser21zen@gmail.com>, 30 Mar 2022 Çar, 01:08 tarihinde şunu yazdı:

...

MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi kullanım izni

Gelen Kutusu x

 **Serdar Zengin** <ser21zen@gmail.com> 30 Mart Çar 01:23 (7 gün önce) ☆ ↶ ⋮

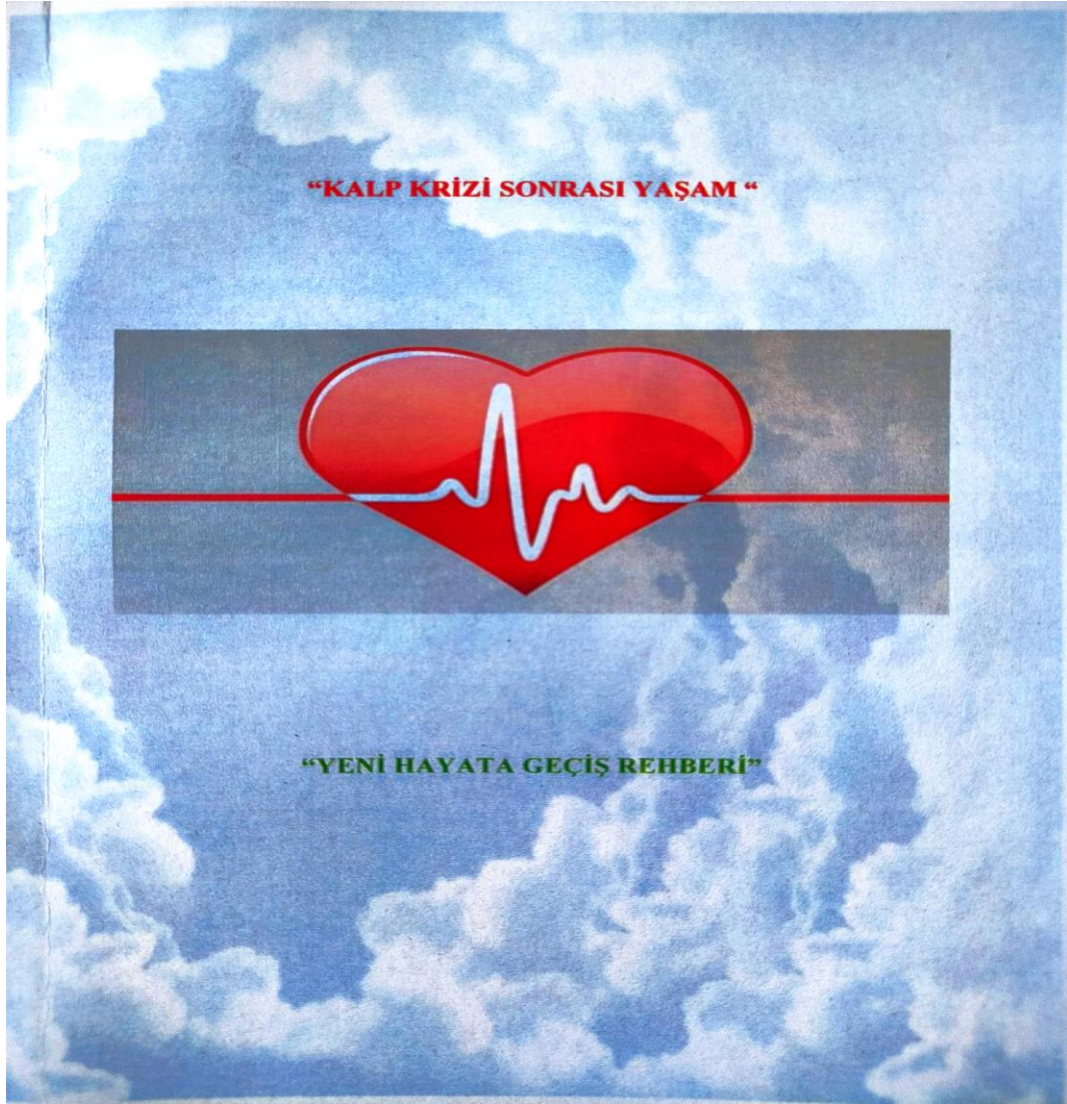
Alici: arzudaskapan ▾

Değerli hocam merhaba.
Ben Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programı tez dönemi öğrencisi Serdar ZENGİN. Prof.Dr. Raşan ÇEVİK AKYIL hocamın danışmanlığında yapmayı planladığımız **'Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Oluşturulmuş Hemşirelik Yaklaşımının, Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Koroner Arter Hastalarının; Kalp Yaşam Kalitesine, İlaç Uyumuna Ve Psikososyal Uyumuna Olan Etkisi'** konulu tez çalışmam da geçerlik güvenirliğini yapmış olduğunuz ve makalesine ulaştığımız "The validity and reliability of the Turkish version of the MacNew Heart Disease Questionnaire in patients with angina" konulu çalışmadaki ölçeği kullanmayı arzu ediyoruz. Ölçeğin Türkçe versiyonunu kullanmamız için izin vermenizi rica eder,
İyi çalışmalar dilerim. Saygılarımla

 **arzu daskapan** 31 Mart Per 09:54 (6 gün önce) ☆

Kullanabilirsiniz İyi çalışmalar iPhone'umdan gönderildi Serdar Zengin <ser21zen@gmail.com> şunları yazdı (30 Mar 2022 01:23):

Ek 7. Meleis'in Geçiş Kuramına Temellendirilmiş Eğitim Materyali



Bu materyale ulaşmak için ser21zen@gmail.com adresine adınızı soyadınızı ve materyale neden ulaşmak istediğinizi belirten bir mail gönderiniz. Onay sonrası eğitim kitapçığı tarafınıza gönderilecektir.

Ek 8. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Temellendirilmiş Eğitim Planı

Akut Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların; Kalp Yaşam Kalitesi Ve Uyum Düzeylerini Artırmak	
AMAÇ	HEDEFLER
<ul style="list-style-type: none"> Taburcu olduktan sonraki süreci bilmeli Göğüs ağrısının nedenini bilmeli Kalp krizi belirtilerinin farkında olabilmeli Göğüs ağrısı sırasında yapması gerekenleri bilmeli Hastalığı ile ilgili risk faktörlerinin farkında olabilmeli Risk faktörlerini belirleyebilmeli Sağlıklı seçimler konusunda istekli olabilmeli Yaşam şekli değişikliğine karar verebilmeli Sağlıklı yaşam için hedefler belirleyebilmeli 	<p>İÇERİK/KAPSAM</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Kalbiniz ve kalp krizi • Sağlıklı yaşam için yapılması gerekenleri uygulamanın önemi • Sağlıklı seçimler • Kalp krizi ne demektir ✓ Kalp krizi belirtileri ✓ Göğüs ağrısı durumunda yapılması gerekenler ✓ Kalp hastalığı ile ilgili risk faktörleri ✓ Yaşam şekli değişikliği ✓ Taburculuk sonrası neler yapmalısınız
<ul style="list-style-type: none"> Tüketmesi gereken besinleri sayabilmeli Tüketmekten kaçınması gereken besinleri sayabilmeli Tüketmesi gereken doğru besinlere karar verebilmeli Uygun şekilde beslenmeye istekli olabilmeli Doğru besin grubunu tüketebilmeli Sakıncalı besinleri diyetinden çıkarabilmeli 	<p>GEÇİŞ SÜRECİ KURAMI İLE İLİŞKİSİ</p> <p>Geçiş tipi: Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Farkındalık ✓ Sorumluluk alma ✓ Değişim ve farklılıkları ✓ Zaman akışı ve geçiş <p>Yanıt şekilleri:</p> <p>Gelişim (Süreç) göstergeleri; Sorulara doğru cevaplar verme</p> <p>Farklı sorular sorma</p> <p>Başka hastaları merak etme</p> <p>Yardım isteme</p> <p>Sonuç göstergeleri: Ölçek puanları</p>
<ul style="list-style-type: none"> Aktif yaşamın kalp hastalıkları açısından önemini bilmeli Egzersiz başlama zamanını bilmeli Kendine uygun egzersiz türünü seçebilmeli Aktif yaşamın öneminin farkında olabilmeli 	<p>Geçiş tipi: Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Farkındalık ✓ Sorumluluk alma ✓ Değişim ve farklılıkları ✓ Zaman akışı ve geçiş <p>Yanıt şekilleri:</p> <p>Gelişim(süreç) göstergeleri; Sorulara doğru cevaplar verme</p> <p>Farklı sorular sorma</p> <p>Başka hastaları merak etme</p> <p>Yardım isteme</p> <p>Sonuç göstergeleri: Ölçek puanları</p>
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aktif Yaşam ve Egzersiz ✓ Spor yapmak ile ilgili bilgiler ✓ Aktif yaşam ile ilgili tavsiyeler ✓ Günlük işlerinize geri dönüş 	<p>Geçiş tipi: Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Farkındalık ✓ Sorumluluk alma ✓ Değişim ve farklılıkları

<ul style="list-style-type: none"> • Aktif yaşamaya istekli olabilmeli • Egzersiz yaparken nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmeli Egzersizi sonlandırma zamanına karar verebilmeli 		<p>✓ Zaman akışı ve geçiş</p> <p>Yanıt şekilleri: Gelişim(süreç) göstergeleri ; Sorulara doğru cevaplar verme Farklı sorular sorma Başka hastaları merak etme Yardım isteme</p> <p>Sonuç göstergeleri: Ölçek puanları</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ne zaman başlayabileceğini bilmeli • Göğüs ağrısı yaşama durumunda ne yapacağını bilmeli • Hangi durumlarda erteleme gerektğine karar verebilmeli 	<p>❖ Cinsel Yaşam</p> <p>✓ Cinsel yaşam geçişi ile ilgili bilgiler</p>	<p>Geçiş tipi : Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <p>✓ Farkındalık ✓ Sorumluluk alma ✓ Değişim ve farklılıkları ✓ Zaman akışı ve geçiş</p> <p>Yanıt şekilleri: Gelişim göstergeleri ; Sorulara doğru cevaplar verme Farklı sorular sorma Başka hastaları merak etme Yardım isteme</p> <p>Sonuç göstergeleri: Ölçek puanları</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sigaranın kalp sağlığına etkisinin farkında olabilmeli • Alkolün kalp sağlığına etkisinin farkında olabilmeli 	<p>❖ Sigara ve Alkol Kullanımı</p> <p>✓ Sigara ve alkol kullanımı ✓ Bırakmada etkili yöntemler ✓ Destek mekanizmaları</p>	<p>Geçiş tipi: Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <p>✓ Farkındalık ✓ Sorumluluk alma ✓ Değişim ve farklılıkları ✓ Zaman akışı ve geçiş</p> <p>Yanıt şekilleri: Gelişim göstergeleri; Sorulara doğru cevaplar verme Farklı sorular sorma Başka hastaları merak etme Yardım isteme</p> <p>Sonuç göstergeleri: Ölçek puanları</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hastalık sonrası yaşadığı duyguları ifade edebilmeli • Stresle etkili bir şekilde baş etmeye istekli olabilmeli • Stresin azaltılmasına yönelik etkili yöntemleri kullanabilmeli 	<p>❖ STRES VE STRES YÖNETİMİ</p> <p>✓ Kalp krizi sonrası yaşanan duygular ✓ Stresle etkili baş etme yöntemleri</p>	<p>Geçiş tipi : Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <p>✓ Farkındalık ✓ Sorumluluk alma ✓ Değişim ve farklılıkları ✓ Zaman akışı ve geçiş</p> <p>Yanıt şekilleri: Gelişim göstergeleri; Sorulara doğru cevaplar verme Farklı sorular sorma Başka hastaları merak etme</p>

		Sonuç göstergeleri : ölçek puanları
<ul style="list-style-type: none"> ilaç kullanırken dikkat etmesi gerekenleri bilmeli ilaçların kullanım nedenlerini bilmeli 	<p>ilaç Kullanımı</p> <ul style="list-style-type: none"> ilaç etkileri ilaç yan etkileri 	<p>Sonuç göstergeleri : Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <ul style="list-style-type: none"> Farkındalık Sorumluluk alma Değişim ve farklılıkları Zaman akışı ve geçiş <p>Yanıt şekilleri:</p> <p>Gelişim göstergeleri; Sorulara doğru cevaplar verme Farklı sorular sorma Başka hastaları merak etme Yardım isteme</p>
<ul style="list-style-type: none"> Hastalığı sonrası yapılabilecek testlerin öneminin farkında olabilmeli Hastalığı ile ilgili komplikasyon gördüğünde hastaneye başvurabilmesi Tetkiklerle ilgili farkındalığı oluşmalı 	<p>Kardiyojojide Kullanılan Tetkikler</p>	<p>Sonuç göstergeleri: Ölçek puanları</p> <p>Geçiş tipi: Sağlık hastalık</p> <p>Geçiş özellikleri kavramı</p> <ul style="list-style-type: none"> Farkındalık Sorumluluk alma Değişim ve farklılıkları Zaman akışı ve geçiş <p>Yanıt şekilleri:</p> <p>Gelişim göstergeleri; Sorulara doğru cevaplar verme Farklı sorular sorma Başka hastaları merak etme Yardım isteme</p>
GEÇİŞ KURAMINA DAYALI HEMŞİRELİK SİSTEMİ (FİZİKSEL PSİKOLOJİK, SOSYAL VE SPIRİTÜEL HEMŞİRELİK BAKIMI)		
<p>1. Hazır oluş</p> <p>Tanıttıcı bilgi formu ile hasta tanınmalı</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastanın yaşadığı süreçle ilgili kendini ifade etmesini sağlamak. (Ümitsizlik, anksiyete) Kalp krizine ilişkin duygularını anlamak. Kalp krizine ilişkin bildiklerini anlatmasını sağlamak. Hayatında ki önemli dönem noktalarını sorgulamak. (Yakınlarında kalp krizi) Sosyal destek durumlarını anlamak-sorgulamak Fiziksel, cinsel, psikososyal, alana dönük yaşam şeklini anlamak 	<p>2. Eğitim</p> <p>Kalp krizi sonrası ihtiyacı olan temel bilgileri içerecek şekilde güncel ve kanıta dayalı bilgiler ışığında hazırlanmış materyal ile eğitim verilmeli</p> <ul style="list-style-type: none"> Kalbimiz ve Kalp krizi Sağlıklı Beslenme Aktif Yaşam ve Egzersiz Cinsel Yaşam Sigara ve Alkol Kullanımı Stres ve Baş etme yöntemleri ilaç Kullanımı Tanılamada ve kontrolde Kullanılan Tetkikler 	<p>Sonuç göstergeleri : ölçek puanları</p>
<p>3. Rol model</p> <ul style="list-style-type: none"> Kalp krizi yaşayan diğer bireylerle iletişim kurmasını sağlamak. Gelecek zaman ilgili olumlu hayal kurmasını sağlamak. Kalp krizi sonrası olumlu süreç yaşamış başka hastaların videolarını izletmek 	<p>4.Değerlendirme</p> <ul style="list-style-type: none"> MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Anketi Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği 	

EĞİTİM 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?

Ek 9. Telefon Görüşmeleri ve Danışmanlıkla İlgili Hasta Yönlendirme Protokolü

TELEFON GÖRÜŞMELERİ VE DANIŞMANLIKLA İLGİLİ HASTA YÖNLENDİRME PROTOKOLÜ			
Danışmanlık Konuları	Girişim	Yönlendirme	Değerlendirme
1. Ağrı ➤ 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	<ul style="list-style-type: none"> Koordinasyonun Sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> Acil servise yönlendirme 	1).görüşme 2).görüşme 3).görüşme
2. İlaçlar ➤ Yan etkileri ➤ İlaçlarını zamanında kullanma	<ul style="list-style-type: none"> Nedenleri sorgulayarak çözüm yolları arama 	<ul style="list-style-type: none"> Polikliniğe yönlendirme 	1).görüşme 2).görüşme 3).görüşme
3. Fizyolojik Değişikler ➤ Sağlıklı beslenme, ➤ Aktif hayat ve egzersiz, ➤ Sigara ve alkol kullanımının sorgulanması	<ul style="list-style-type: none"> Genel durumu sorgulama. Sorun ya da uyumsuzluk halinde nedenleri sorgulayarak çözüm yolları arama. 	<ul style="list-style-type: none"> Uyumsuzluğun devamı halinde Diyetisyen, Fizyoterapist, Yeşilay ve sigara bıraktırma polikliniklerine yönlendirme. Eğitim kitapçığına yönlendirme 	1).görüşme 2).görüşme 3).görüşme
4. Psikolojik Değişikler ➤ Stres durumu, stres ile baş etme tekniklerinin etkin kullanımı	<ul style="list-style-type: none"> Genel durumu sorgulama. Sorun ya da uyumsuzluk halinde nedenleri sorgulayarak çözüm yolları arama. 	<ul style="list-style-type: none"> Eğitim kitapçığına yönlendirme Uyumsuzluğun devamı halinde psikoloğa yönlendirme. 	1).görüşme 2).görüşme 3).görüşme
5. Spiritüel Değişikler ➤ Moral, duygu durumu, tavsiye ve tekniklerin kullanımı ➤ Stresle baş etme durumu	<ul style="list-style-type: none"> Genel durumu sorgulama. Sorun ya da uyumsuzluk halinde nedenleri sorgulayarak çözüm yolları arama. Eğitim kitapçığına yönlendirme 	<ul style="list-style-type: none"> Uyumsuzluğun devamı halinde psikoloğa yönlendirme. Eğitim kitapçığına yönlendirme 	1).görüşme 2).görüşme 3).görüşme
6. Kontroller ve ilaçların yazılmasına ilişkin bilgi aktarma	<ul style="list-style-type: none"> Rutin kontrol protokolünü paylaşma. 	<ul style="list-style-type: none"> Gerekli durumlarda polikliniğe yönlendirme Eğitim kitapçığına yönlendirme 	1).görüşme 2).görüşme 3).görüşme
7. Eğitim konuları dışında sorulan soruları cevaplama. ➤ Yurt dışı seyahati, ağır sporlara başlama, başka bir ilaç kullanımı vb.	<ul style="list-style-type: none"> Bilgi paylaşımı 	<ul style="list-style-type: none"> Kardiyoloji hekimine yönlendirme. 	1).görüşme 2).görüşme 3).görüşme

Ek 10. Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Temellendirilmiş Bireysel Eğitim ve Telefonla İzlem Planı

Konu	Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Meleisin Geçiş Teorisine Temellendirilmiş Hemşirelik Yaklaşımı		
Eğitimci	Uzm. Hem. Serdar ZENGİN		
Hedef Grup	Girişim Grubu		
Tarih	Miyokard enfarktüsü geçiren hastanın taburculuktan sonraki 2. haftası		
Kullanılacak Yöntemler-materyal	Klasik anlatım, soru-cevap, beyin fırtınası, / bilgisayar, eğitim kitapçığı 3 boyutlu kalp maketi.		
Görüşme Yeri	Hastanın kendi evi ya da hastane eğitim odası		
Eğitimin Uygulanması	Taburcu Olduktan Sonraki 15. Gün Hasta Evinde Önce Form ve Ölçekler Uygulanacak Sonra Eğitim verilecek (Öğrenim gereksiniminin belirlenmesi)		Kullanılacak formlar <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tanıtım formu • MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi • Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği
Görüşme Süresi: 120-180 Dk.	Konular	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kalbiniz ➤ İlaç Kullanma ➤ Sağlıklı Beslenme ➤ Spor Ve Egzersiz ➤ Cinsel Yaşam ➤ Sigara Ve Alkol Kullanımı ➤ Stresle baş etme Yöntemleri ➤ Kalp Hastalıklarındaki Tanılama Yöntemleri 	
İzlem	Miyokard enfarktüsü sonrası telefon ve yüz yüze görüşme izlem planı ve uygulanacak ölçekler.		
TELEFONLA GÖRÜŞME Taburculuktan sonra ki 45. gün 60. gün 75. gün	Telefonla izlem (Gelişim Göstergeleri) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Değerlendirme ve problemleri tanımlama ✓ Eğitim konuları ve Hatırlatmalar Güçlendirme-Cesaretlendirme ✓ Ortak hedefler belirleme ✓ Planlama ve Sonlandırma 	YÜZ YÜZE GÖRÜŞME <ul style="list-style-type: none"> ✓ Taburculuktan sonraki 1.ay ✓ 3. ay kontrol muayenesi sırasında hastanede yüz yüze görüşme 	KULLANILACAK FORMLAR <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tanıtım formu • MacNew Kalp Hastalığı Sağlıkla ilgili Yaşam Kalitesi Anketi • Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Meleis’in geçiş teorisine göre temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımının, akut miyokard enfarktüsü geçiren hastaların; kalp yaşam kalitesine ve uyuma etkisi” başlıklı Yüksek Lisans/Doktora tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Serdar ZENGİN

... / ... / ...

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : ZENGİN Serdar
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Diyarbakır / 27.04.1986
Telefon : 0 505 939 89 79
E-posta : ser21zen@gmail.com
Yabancı dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği	2025
Y. Lisans	Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği	2016
Lisans	Uludağ Üniversitesi, Sağlık bilimleri Fakültesi,	2008

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2006-2013	Bursa Yıldırım Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Acil Servis	Radyoloji Teknikeri
2010-2012	Bursa Yıldırım Sağlık Sağlık meslek lisesi / Meslek Dersi Öğretmenliği	Öğretmen
2013-2019	Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi /Koroner Anjiyo Laboratuvarı Diyarbakır Farabi mesleki ve Teknik	Anjiyo Operatörü

2014-2018	Anadolu Lisesi	Öğretmen
2019-Halen	Söke Fehime Kocagöz Devlet Hastanesi/ Acil servis	Acil Radyoloji Opr.

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

- **Zengin S.** “Koroner Arter Hastalarında Bitkisel Kökenli Tamamlayıcı Besin Öğelerinin Kullanımı ve Hemşirelik Süreci”, Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics. 2017;3(2):97-102
- **Zengin S.** “Anjiyografi Yapılan Koroner Arter Hastalarında Geleneksel Besin Öğelerinin Kullanımı” Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi. 2019; Cilt: 1 Sayı: 3

2.BİLDİRİLER

- **Özcanarslan F, Zengin S.** “Koroner arter hastalarında bitkisel ürün kullanımı”, Sözel Bildiri, 5-8 Aralık 2017

3.KİTAP BÖLÜMÜ

- Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Algoritmalar Ve Klinik Karar Verme İç Hastalıkları Hemşireliği, Bilimsel Kitap, Bölüm(ler), **ÜST SOLUNUM YOLU HASTALIKLARI**, Hipokrat Yayınevi, 2022 Elif ÜNSAL AVDAL-978-625-7399-64-7
- **Hiperaldostrenizim Ve Hemşirelik Bakımı, Endokrin Hemşireliği**, Bilimsel Kitap, Bölüm(ler),. Hipokrat yayınevi, 2020 Elif Ünsal AVDAL-978-606-787-84-9

4.KATILDIĞI KURSLAR

- **Zengin S.** Kronik Hastalıklarda Bilişsel Farkındalık Kursu, 2. Uluslararası İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi, 2020
- **Zengin S.** III. Araştırmacılar İçin Deney Hayvanları Kullanım Sertifikası Kursu, 3-13 Ocak 2022
- **Zengin S.** Akademik Yayın Süreci Eğitimi. Kapadokya Üniversitesi, 4-8 Ocak 2023