



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KORONER KALP HASTALARINA VERİLEN EĞİTİMİN
ÖZ BAKIMA ETKİSİ**

Araş. Gör. BETÜL BAYRAK

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SIDIKA OĞUZ

2020-İSTANBUL

TEZ ONAYI

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

17.12.2020

Betül Bayrak

İmza



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgisini, emeğini, desteğini ve sabrını benden esirgemeyen her daim yanımda hissettiğim danışmanım Değerli Hocam Sayın Prof. Dr. Sıdika OĞUZ'a,

Tezimin her aşamasında desteklerini ve bilgilerini benimle paylaşan tez izleme jürimde yer alan değerli hocalarım Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR ve Prof. Dr. Vesile ÜNVER'e,

Doktora tezimin araştırma bölümüne katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Doktora eğitimim süresince ve akademisyenliğe adım atmam için beni her zaman destekleyen en kıymetli varlıklarım, canım annem Nurdan BAYRAK, canım babam Akif BAYRAK ve en değerli can yoldaşım ablam Gülşen BAYRAK UZUN'a,

Tanıştığımız günden bugüne yaşamımın tüm evrelerinde olduğu gibi doktora eğitimim boyunca da desteğini ve sabrını benden esirgemeyen canım arkadaşlarım Uzm. Fzt. Sibel GAYRETLİ ATAN'a, Yük. Müh. Arzu TOPKARA'ya ve Dr. Gülru YÜCEL'e

Sonsuz Teşekkürlerimi ve Saygılarımı Sunarım.

Araş. Gör.Uzm. Betül BAYRAK

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
ÖZET.....	1
SUMMARY	2
1.GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Koroner Kalp Hastalığı Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Koroner Kalp Hastalığı Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi.....	6
2.1.3. Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri	9
2.1.4. Koroner Kalp Hastalığı Belirti ve Bulgular	14
2.1.5. Koroner Kalp Hastalığında Tanı ve Tedavi	17
2.1.6. Koroner Kalp Hastalığında Öz Bakım	20
2.1.6. Koroner Kalp Hastalığında Hasta Eğitimi	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırmanın Evreni	28
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	29
3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	33

3.6. Veri Toplama Araçları	33
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-1).....	33
3.6.2. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri	33
3.6.3. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Kitapçığı	34
3.7. Veri Toplama Yöntem ve Süreci	35
3.7.1. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	35
3.7.2. Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi..	39
3.7.2.1. Girişim Grubunda Veri Toplama Süreci	39
3.7.2.2. Kontrol Grubunda Veri Toplama Yöntem ve Süreci	41
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	44
3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi	44
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları.....	46
4. BULGULAR	47
4.1. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları.....	47
4.1.1 Geçerlik analizleri	47
4.1.2 Güvenirlik Bulguları	60
4.2. Eğitimin Öz Bakıma Etkisinin Değerlendirilmesi ile İlgili Bulgular.....	64
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	75
5.1 Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması.....	75
5.1.1 Geçerlik Bulgularının Tartışması.....	75
5.1.2. Güvenirlik Bulgularının Tartışması	83
5.2 Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışması	85
5.2.1. Demografik Özelliklerin Tartışması	85

5.2.2. Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları ile Yaşam Tarzı Özelliklerinin Tartışması.....	88
5.2.3. Hastalık İle İlgili Özelliklerin Tartışması	92
5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Öz Bakım Puanlarının Tartışması	94
SONUÇLAR	101
ÖNERİLER.....	101
KAYNAKLAR	102
EKLER.....	123
ÖZGEÇMİŞ	141

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2-1. Koroner Kalp Hastalığı Sendromları.....	14
Tablo 3-1. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışma Tasarımı.....	38
Tablo 3-2. Randomize Kontrollü Çalışma Tasarımı.....	43
Tablo 3-3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	45
Tablo 4-1. Envanterin Sekiz Uzman Tarafından Puanlandırılması ve Kapsam Geçerlik İndeksi Bulguları	48
Tablo 4-2. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	49
Tablo 4-3. Hastalık ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	51
Tablo 4-4. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Alt Ölçeklerinin Faktör Analizi UygunluğunaYönelik Bulgular	52
Tablo 4-5. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Faktör Yapısına İlişkin Sonuçlar.....	53
Tablo 4-6. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri.....	55
Tablo 4-7. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Model Uyum İndeksi Değerleri.....	59
Tablo 4-8. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Maddelerinin Toplam Puan Analizi Sonuçları.....	60
Tablo 4-9. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Alt Ölçekleri Ortalama Puanları ve Cronbach's Alfa Değerleri	61
Tablo 4-10. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Test Tekrar Test Sonuçları	62
Tablo 4-11. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı Bulguları.....	63
Tablo 4-12. Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması	64
Tablo 4-13. Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları ve Yaşam Şekli ile İlgili Özelliklerin Karşılaştırılması	65
Tablo 4-14. Hastalık ile İlgili Özelliklerin Karşılaştırılması	67

Tablo 4-15. Girişim ve Kontrol Grubunun KKHÖBE’ nin Öz Bakımı Sürdürme Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4-16. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği Danışma Alt Boyutunun Karşılaştırılması	69
Tablo 4-17. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği Otonom Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4-18. Girişim ve Kontrol Grubunun KKHÖBE’nin Öz Bakımı Yönetme Ölçeğinin Karşılaştırılması	71
Tablo 4-19. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Yönetme Ölçeği Erken Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	72
Tablo 4-20. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Yönetme Ölçeği Geç Alt Boyutunun Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4-21. Girişim ve Kontrol Grubunun KKHÖBE’ nin Öz Bakımda Öz Güven Ölçeğinin Karşılaştırılması	74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Akut iskemik kalp hastalığının patogenetik mekanizmaları ve potansiyel klinik sonuçlar	8
Şekil 3-1. Veri toplama Prosedürü için KONSORT Şeması	31
Şekil 4-1. DFA Yol Diagramı	57
Şekil 4-2. Eğitimin Öz Bakımı Sürdürme Davranışlarına Etkisi	68
Şekil 4-3. Eğitimin Danışma Davranışlarına Etkisi	69
Şekil 4-4. Eğitimin Otonom Davranışlarına Etkisi	70
Şekil 4-5. Eğitimin Öz Bakımı Yönetme Davranışlarına Etkisi	71
Şekil 4-6. Eğitimin Erken Yönetme Davranışlarına Etkisi	72
Şekil 4-7. Eğitimin Geç Yönetme Davranışlarına Etkisi	73
Şekil 4-8. Eğitimin Öz Bakımda Öz Güven Davranışlarına Etkisi	74

SEMBOLLER ve KISALTMALAR LİSTESİ

AHA	: American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
AKS	: Akut Koroner Sendromlar
AMI	: Akut Miyokard İnfarktüsü
JNC	: Joint National Comitte
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KKHÖBE	: Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
KRP	: Kardiyak Rehabilitasyon Programı
NCEP	: National Cholesterol Education Program
NSTEMI	: ST Yükselmeziz Miyokard İnfarktüsü
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SC-CHDI	: Self Care of Coronary Heart Disease Inventory
STEMI	: ST yükselmeli Miyokard İnfarktüsü

Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi

Öğrenci: Betül Bayrak

Danışman : Prof. Dr. Sıdıka Oğuz

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Metodolojik ve randomize kontrollü deneysel nitelikte olan bu araştırmanın amacı, koroner kalp hastalarına verilen eğitimin öz bakıma etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Haziran 2017 - Mart 2019 tarihleri arasında İstanbul’ da üç eğitim ve araştırma hastanesinde koroner kalp hastalığı tanısı ile yatan hastalarla yapıldı. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri’ nin geçerlik ve güvenirlik çalışması 272 hasta ile yürütüldü. Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi 78 hasta ile değerlendirildi. Girişim grubundaki hastalara yüz yüze ve eğitim kitapçığı ile bireysel öz bakım eğitimi verildi, kontrol grubundaki hastalara genel bakım uygulandı. Gruplara birinci, üçüncü, dördüncü ve altıncı aylarda telefonla izlem yapıldı. Araştırma verilerinin toplanmasında “Hasta Tanıtım Formu” ve “KKHÖBE” kullanıldı. Verilerin analizinde, öz bakım puanlarının karşılaştırmasında Friedman, Wilcoxon ve Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: KKHÖBE’ nin faktör yapısı iyi bir model uyumu gösterdi ve cronbach's α değerleri 0,63 ile 0,95 arasında değişmekteydi. Öz bakımı sürdürme, yönetme ve öz bakımda öz güven ölçek puanları ile sürdürme ölçeği otonom ve danışma alt boyutunda ve yönetme ölçeği erken ve geç alt boyutunda girişim grubunun puanları üçüncü ve altıncı aylarda daha yüksekti ($p<0,0001$). Ayrıca otonom alt boyutunda kontrol grubunun grup içi puanları üçüncü ve altıncı aylarda azaldığı görüldü ($p<0,0001$).

Sonuçlar: KKHÖBE Türkiye’ de kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır. Bilimsel yaklaşıma dayalı hemşire tarafından verilen eğitim programı, koroner kalp hastalarında öz bakımı sürdürme, yönetme ve öz bakımda öz güven davranışlarını artırmaktadır.

Anahtar Sözcükler: öz bakım, hasta eğitimi, koroner kalp hastalığı, geçerlik, güvenirlik

The Effect of Education Given to Coronary Heart Patients on Self-Care

Student : Betül Bayrak

Supervisor: Prof. Dr. Sıdıka Oğuz

Department: Nursing Department

SUMMARY

Objective: This methodological and randomized controlled experimental study' aim was to evaluate the effect of education given to coronary heart patients on self-care.

Materials and Methods: The study was conducted between June 2017-March2019 with hospitalized coronary heart patients in three training and research hospitals in Istanbul. Coronary Heart Disease Self Care Inventory' validity and reliability study was conducted with 272 patients. The Effect of Education Given to Coronary Heart Patients on Self-Care was evaluated with 78 patients. Individual self-care training were given to intervention group by face to face and training booklet, general care was given to control group. The groups were followed up in the first, third, fourth and sixth months. Data were collected with "Patient Information Form" and "SC-CHDI". In the data analysis, Friedman, Wilcoxon and Mann Whitney U test were used in comparison of self care scores.

Results: SC-CHDI' factor structure showed a good model fit, cronbach's α values varied between 0.63-0.95. In third and six months, intervention group had higher self-care maintenance, management, confidence scores, and maintenance scale in autonomous and counsultative sub-dimension, management scale in early and delayed sub-dimension at compared to control group ($p < 0.0001$). Additionally, in autonomous sub-dimension, within-group scores of control group decreased at third and sixth months ($p < 0.0001$).

Conclusions: SC-CHDI was a valid and reliable tool can be used in Turkey. The educational program given by the nurse based on scientific approach increases self-maintenance, self-management and self-confidence behaviors in coronary heart patients.

Keywords: self-care, patient education, coronary heart disease, validity, reliability.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Koroner Kalp Hastalığı (KKH), dünyada tüm ölüm nedenlerinin birinci sırasında yer alan bir kardiyovasküler hastalıktır (KVH) (Virani ve ark., 2020). Aynı zamanda ülkemizde de tüm ölüm nedenlerinin birinci sırasında gösterilen dolaşım sistemi kaynaklı ölümlerin ilk sırasında yer almaktadır. (TUİK, 2018). Küresel olarak bu hastalığın en önde gelen ölüm sebebi olmasının nedeni 65 yaş üstü nüfusun hızla artması olarak gösterilmektedir (Roser& Ritchie, 2016). Ancak yaşlanma KKH için her ne kadar majör bir etken olsa da bu hastalıktan korunmak için kontrol edebileceğimiz çok sayıda risk faktörü vardır (Hajar, 2017). Hastalığın birincil korunmasında önemli olan bu faktörler, hastalık ortaya çıktıktan sonra da sekonder korunmada, hastalık yönetiminde/tedavisinde (Shah&Chyu, 2010) ve öz bakımda başlıca ele alınan yaşam tarzı değişikliği davranışlarının (Riegel ve ark., 2017) temelini oluşturmaktadır.

Koroner Kalp Hastalığı doğası gereği tekrarlayan olaylar ve mortalite açısından yüksek risktir (Janssen ve ark., 2013). Hastalığın tanı ve tedavisindeki gelişmeler çok iyi hasta sonuçları vermesine ve ölüm oranlarını azaltmasına rağmen nöks infarktlar sebebi ile hastaneye yeniden yatış ve ani kardiyak ölüm oranlarında ciddi bir artış devam etmektedir (Labrunée ve ark., 2012). Bunların en önemli sebebinin hastaların öz bakımında sorumluluk almada yetersizlikleri sonucu, hastalık yönetiminde başarısız olmaları olarak bildirilmektedir (Riegel ve ark., 2017). Bunun önüne geçebilmek için, taburculuk sonrası hastalarda yaşam tarzı değişikliğini hedefleyerek öz bakım davranışlarını geliştiren Kardiyak Rehabilitasyon programlarının (KRP) medikal tedavi ile birlikte kullanılması önerilmektedir (Karmali ve ark., 2014). KKH'nda yaşam tarzı değişikliği yapılması gereken risk faktörleri, öz bakımın sürdürülmesinde yeterliliği arttıran; kalp sağlığını koruyan beslenme önerilerine uymak, kilo vermek veya kilo kontrolü yapmak, hipertansiyondan korunmak ya da kan basıncını takip etmek, kan sulandırıcıları düzenli kullanmak, ilaç takip sistemi kullanarak medikal tedaviye maksimum uyum sağlamak, yağsız/az yağlı beslenme önerilerine sadece evde değil ev dışında gidilen her yerde uyabilmek, sigarayı bırakmak ya da sigara içilen ortamlardan uzak durmak ve düzenli fiziksel aktivite yapmaktır (Riegel ve ark., 2017; Dickson ve ark, 2017; Bayrak & Oğuz, 2019). KKH olan hastaların herhangi bir destek programı olmadan

bu yaşam tarzı değişikliğine ayak uydurabilmesi oldukça zordur. Bu nedenle KRP uygulamalarının en önemli basamağı olan hasta eğitimi aşamasının klasik yöntemlerden farklı ve kişiye özgü motivasyonel yaklaşımı olan, problem çözmeye odaklı olması gerekir (Prochaska ve ark., 1982). KRP dünyada her ne kadar yaygın olsada ülkemizde özel merkezler dışında yaygın değildir. Ayrıca KRP uygulamalarının bir bölümünü hasta eğitimi oluştursa da merkezinde fiziksel egzersiz uygulamaları vardır (Su & Yu, 2019). Öz bakımı sürdürme davranışları çok daha kapsamlı ve sürekli bireysel takip gerektirir (Riegel ve ark., 2017). Hemşireler hastaneye yatıştan taburculuğa kadar geçen sürede hastalar ile en çok vakit geçiren sağlık hizmeti sağlayıcıları olduğu için KKH olan bireylerin öz bakım gereksinimlerini belirlemede önemli rolleri vardır (Riegel ve ark., 2017). Türkiye’de KKH olan bireylerin öz bakım davranışlarını değerlendiren spesifik bir ölçek olmaması ve hastalığın yönetiminde tam hasta uyumunun sağlanmasında hemşire liderliğinde planlanan bir bilimsel yaklaşıma dayalı eğitim programının etkinliğini gösteren bir çalışma olmaması literatürde önemli bir eksikliklerdir.

Bu nedenle çalışma, KKH olan hastaların öz bakım davranışlarını ölçmek için The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI)’nin kültürel açıdan uygun ve işlevsel bir Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla uyarlamasını yapmak için metodolojik; KKH olan hastalara taburculuk öncesi verilen eğitimin öz bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla girişimsel nitelikte randomize kontrollü bir çalışma olarak yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

Koroner kalp hastalığının (KKH) en yaygın belirtisi olan anjinanın tanımı ilk defa 17. yüzyılda Heberden tarafından yapılmıştır. Halle Üniversitesi'nde kardiyolog olan Profesör Friedrich Hoffmann, ilk kez KKH' nın kökenini tanımlarken koroner arterlerdeki azalmış kan geçişinden kaynaklandığını ortaya koymuştur. Hoffmann' ın bu tanımından yaklaşık bir asır sonra, patoloğlar koroner arterler ve trombotik tıkanmalara odaklanmışlardır (Nabel & Braunwald, 2012). 19. yüzyılın sonunda fizyologlar, bir köpekte bir koroner arterin tıkanmasının ventriküllerde hafif titreşimlerle sonuçlandığını ve hızla ölümcül hale geldiğini gözlemlemişlerdir. Patoloğlar 1879'da miyokard enfarktüsün nedeninin koroner tromboz olduğu sonucuna varmışlardır (Nabel & Braunwald, 2012; Malakar ve ark., 2019).

Günümüzde KKH diğer adıyla Koroner arter hastalığı (KAH), hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önde gelen ölüm nedeni olduğu tespit edilen bir kardiyovasküler hastalık olarak gösterilmektedir (Naghavi ve ark., 2015). KKH, doğası gereği enflamatuvar olan, stabil anjina, kararsız (stabil olmayan) anjina, miyokard enfarktüsü (MI) gibi iskemik kalp hastalıkları veya ani kalp ölümü ile kendini gösteren aterosklerotik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Malakar ve ark., 2019).

2.1. Koroner Kalp Hastalığı Epidemiyolojisi

Koroner Kalp Hastalığı (KKH), dünyada tüm ölüm nedenlerinin ilk sırasında gösterilen bir kardiyovasküler hastalıktır (KVH). Küresel olarak 2017 yılında 17,8 milyon ölüm KVH nedeniyle olmuştur ve 126,5 milyon kişinin KKH ile yaşadığı ve erkeklerde kadınlara göre (sırasıyla 68,5 ve 57,9 milyon kişi) daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Doğu Avrupa, Kuzey Afrika ve Orta Doğu, dünyadaki en yüksek KKH prevalans oranlarına sahip ülkelerdir (Virani ve ark., 2020). Amerikan Kalp Birliği (American Heart Association-AHA) istatistiklerinde 2017 yılında 365,914 kişinin KKH nedeni ile hayatını kaybetmiş olduğu gösterilmektedir ve 20 yaş üstü 18,2 milyon yetişkinde (yaklaşık %6,7) KKH olduğu bildirilmektedir. Ayrıca KKH kaynaklı her 10 ölümden ikisinin 65 yaşın altındaki yetişkinlerde meydana geldiği tahmin edilmektedir (Benjamin ve ark., 2019). Türkiye İstatistik

Kurumu (TUİK) 2018 yılı istatistiklerine göre, ülkemizdeki 161 bin 920 kişinin dolaşım sistemi hastalıkları nedeni ile öldüğü bildirilmiştir. Türkiye'deki tüm ölüm nedenlerinin birinci sırasında (%38,4) dolaşım sistemi hastalıkları olduğu, dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı ölümlerin ilk sırasında (%39,7) ise iskemik kalp hastalıklarının yer aldığı görülmektedir. Toplumda kardiyovasküler hastalıkların yaşla birlikte görülme oranı artmaktadır. Ülkemizin yaş ve cinsiyete göre seçilmiş ölüm nedenleri dağılımı 2017, 2018 verileri değerlendirildiğinde, dolaşım sistemi kaynaklı ölümlerin 45-54 yaş aralığında erkeklerde (13, 093) kadınlara (6,086 kişi) göre, 75-84 yaş aralığında ise kadınlarda (27,498) erkeklere (23,874) göre daha fazla olduğu görülmektedir. (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>, Erişim tarih: 25 Haziran 2020). Risk altındaki bireylerin % 70'inden fazlasının iskemik kalp hastalıkları için birden fazla risk faktörüne sahip oldukları ve genel popülasyonun sadece %2-7'sinde risk faktörü olmadığı bilinmektedir. Sadece obezite, diyabet ve metabolik sendrom prevalansının artması nedeniyle değil, aynı zamanda nüfusun yaşlanması nedeniyle, iskemik kalp hastalıkları insidansının artmaya devam etmesi beklenmektedir. (https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFinding, Erişim tarihi: Ekim 2020). Nitekim, Birleşmiş Milletler 65 yaş üstü nüfusun 2019'da 11/1 iken 2050'de 6/1'e yükseleceğini tahmin etmektedir (Burden of Disease. Our World Data. [Mar;2020];Roser M, Ritchie H. <https://ourworldindata.org/burden-of-disease> 2016, Erişim tarihi: Şubat 2020). Bu nedenle dünya genelinde artan yaşam süresi ile birlikte iskemik kalp hastalıkları için birinci sırada gösterilen KKH insidansının da artacağı tahmin edilmektedir.

2.1.2. Koroner Kalp Hastalığı Etiyolojisi ve Fizyopatolojisi

Koroner Kalp Hastalığı (KKH)'nın ana nedeni koroner aterosklerozdur (arteriyoskleroz) (Buja, 2015).

Ateroskleroz, damar duvarının kronik, çok faktörlü hasarlanmaya verdiği enflamatuvar yanıt olarak gelişen ve koroner arterlerde aterosklerotik plakların (fibröz plaklar, ateromlar) oluşumuna yol açan (Andersson ve ark., 2010; Libby&Ridker,2011; Badimon, Padró ve Vilahur, 2012) ve yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, sigara, diyabet ve genetik gibi iyi bilinen risk faktörleri tarafından hızlandırılan, orta büyüklükteki arterlerin intimasının (iç astar) düşük dereceli enflamatuvar durumu olarak tanımlanmaktadır (Ambrose&Singh,2015).

Enflamasyon, aterosklerozun patogeneğinde ve klinik ifadesinde, aterosklerozun artık bir enflamatuvar hastalık olarak kabul edildiğini gösterir (Andersson ve ark.,2010; Libby&Ridker,2011). Enflamatuvar sürecin birçok temel özelliğinin aterosklerotik lezyonların gelişiminde ortaya çıktığı bulunmuştur (Van Vré, 2012).

Koroner ateroskleroza neden olan plaklar, çeşitli fibröz doku, hücreler ve lipid karışımlarından oluşan kalınlaşmış intima bölgeleridir (Maximilian Buja&McAllister, 2007; Buja, 2015).

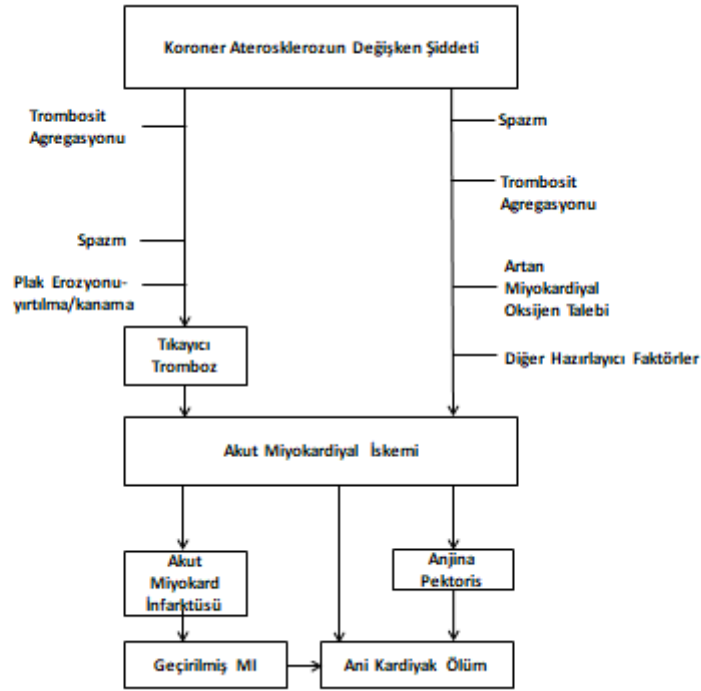
Plakların başlamasında ve büyümesinde önemli etkenler şunlardır: endotel hasarı veya disfonksiyonu; monosit/makrofaj birikimi; T lenfositlerin akışı; trombosit agregasyonu ve bağlanması; düz kas proliferasyonu; plazma LDL akışı; LDL'nin oksidasyonu; oksidatif olarak modifiye edilmiş LDL alımından kaynaklanan köpük hücrelerde progresif lipid birikimi; köpük hücrelerin apoptotik ölümü; hücre dışı lipid birikimi; ve kan basıncı ve kan akışı düzeniyle ilgili hemodinamik etkilerdir (Buja, 2015).

Bir çok nedenle ortaya çıkan ve aterosklerotik süreci başlatan plakların yüzeyine komşu enflamasyon alanları, trombozun patogeneğinde önemlidir (Bentzon, 2014). Lokalize erozyon ve plak çatlaması trombosit agregasyonu ve tromboza neden olabilir. Herhangi bir mekanizma ile plak yüzeyinin bozulması, lümen içi trombüs oluşumuna zemin hazırlar (Buja, 2015).

Plak kanaması trombozlu veya trombozsuz meydana gelebilir. Plak rüptürü ve tıkalıcı tromboz genellikle hassas plak tarafından önceden önemli bir lümen daralması olmaksızın meydana gelir. Bu durum koroner spazmin oluşmasına yol açar (Buja, 2015).

Koroner arter spazmı mekanizmaları, damar duvarında, endotel hasarı ve damar düz kas hücrelerinin hiperreaktivitesini içeren, vazokonstriktif bir uyarı ile birleşen değişiklikleri içerir. Spazm genellikle aterosklerotik lezyonlarla ilişkilidir (Lanza, 2011).

Stabil olmayan anjina pectoris öyküsü olan hastaların koroner arterlerinde koroner spazm fizyopatolojisini açıklayan inflamatuvar mediyatörlerin aterosklerotik lezyonlar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durum koroner kalp hastalığının başlangıcını içeren fizyopatolojik sürecin göğüs ağrısına (angina) neden olduğu durumları ifade eder (Lanza, 2011; Buja, 2015).



Şekil 2.1. Akut iskemik kalp hastalığının patogenetik mekanizmaları ve potansiyel klinik sonuçlar (Kaynak: Maximilian Buja, L., McAllister, H.A. (2007). Coronary Artery Disease: Pathologic Anatomy and Pathogenesis. In: Willerson J.T., Wellens H.J.J., Cohn J.N., Holmes D.R. (Eds) Cardiovascular Medicine. Springer, London)

Koroner Kalp Hastalığı, akut koroner sendromlar olarak tanımlanan stabil anjina pektoris, stabil olmayan anjina pektoris ve akut miyokart infarktüsü (AMI) aynı zamanda iskemik kalp hastalıkları olarak gösterilmektedir ve bu fizyopatolojik sürecin tanımlayıcısı anjinadır. Ayrıca koroner aterosklerozun yaygın olarak görülen bir diğer klinik durumu ani kardiyak ölümdür (Buja, 2015).

Akut Miyokart İnfarktüsü (AMI), EKG'ye göre ST yükselmeli miyokard infarktüsü (STEMI) ve ST yükselmez miyokard infarktüsü (NSTEMI) olarak ikiye ayrılır. STEMI her zaman veya çoğu zaman tam koroner tıkanma ile kendini gösterir ve miyokardiyal nekrozun derecesi NSTEMI'den daha büyüktür. NSTEMI, daha düşük bir toplam koroner tıkanma insidansına sahiptir, ancak arter lümeni tamamen tıkanmamışsa, genellikle bir veya daha fazla arterde en sık intralümenal koroner trombus ile ciddi bir tıkanma (>% 70 çap darlığı) gösterir (Ambrose&Singh,2015).

Konjenital anomaliler, diseksiyon, emboli, vaskülit ve koroner arterlerin diğer durumları dahil olmak üzere iskemik kalp hastalığının aterosklerotik olmayan nedenleri de vardır. Kokain kullanımı, koroner spazm ve/veya trombozun bir sonucu olarak akut miyokardiyal iskemi ve enfarktüsü hızlandırabilir (Buja, 2015).

2.1.3. Koroner Kalp Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner kalp hastalığında “risk faktörleri” kavramı ilk olarak 1957’de Framingham kalp çalışması (FKÇ)’ sının sonuçlarında ortaya konmuştur. FKÇ, sigara, kan basıncı ve kolesterol seviyelerinin koroner kalp hastalığı insidansı ile epidemiyolojik ilişkisini göstermiştir. FKÇ temellerine dayanarak sonradan yapılan epidemiyolojik çalışmaların sonuçları ile başlıca risk faktörleri kontrol edilebilir ve kontrol edilemez olarak iki gruba ayrılmıştır. Kontrol edilebilen (değiştirilebilir) risk faktörleri şunlardır: yüksek kan basıncı; yüksek kan kolesterol seviyeleri; sigara içmek; diyabet; aşırı kilo veya obezite; fiziksel aktivite eksikliği; sağlıksız beslenme ve stres. Kontrol edilemeyenler ise şunlardır: yaş (yaşlanmak riski artırır); cinsiyet (erkekler genellikle daha yüksek koroner arter hastalığı riski altındadır); ve ırk aile öyküsüdür (Hajar, 2017).

Hipertansiyon; KKH gelişimindeki en önemli risklerden biridir. Kan basıncını kontrol etmenin önemi, 1977’de ilk defa "Yüksek Kan Basıncının Saptanması, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Ortak Ulusal Komite (JNC) Raporu" nda uygulama kılavuzlarında ele alındı (Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 1977;237(3):255–261. <https://doi.org/10.1001/jama.1977.03270300059008>).

Evrensel olarak hipertansiyonun aterosklerotik KKH insidansını artırdığı kabul edilmektedir ve KKH için risk yükü 2 ile 3 kattır. KKH, her yaştan hipertansif hastalar için en yaygın risk faktörüdür. Hipertansiyon, miyokard infarktüsü, anjina pectoris ve ani kardiyak ölüm olmak üzere KKH’nın tüm klinik belirtilerine yatkınlık sağlar (Vasan ve ark., 2001).

Yüksek Kan Basıncının Saptanması, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Ortak Ulusal Komite (JNC)’ nin yedinci çalışmasında, kan basıncı 120-139/80-89 mmHg olanların prehipertansif olduğunu, yani bu bireylerin gelecekte hipertansif hale gelebileceğini tespit edilmiştir (Hajar, 2017). AHA’ nın 2017 yılında yayınladığı klavuza göre 130-139/80-89 mmHg değeri Evre 1 HT (Prehipertansiyon) olarak

tanımlanmaktadır (Whelton ve ark., 2017). 115/75 mmHg kadar düşük bir seviyeden başlayarak, sistolik kan basıncında her 20 puanlık artışta veya 40-70 yaş arası yetişkinler için diyastolik kan basıncında her 10 puanlık artışta MI ve inme ikiye katlanır. KVH için yüksek kolesterol, obezite ve diyabet gibi diğer risk faktörlerinin varlığı, prehipertansiyonu olan kişilerde normal tansiyonu olanlara göre daha fazla görülmektedir. Prehipertansiflerde KVH riski, mevcut ilişkili risk faktörlerinin sayısı ile artar. Bu nedenle, prehipertansiyon, KKH için daha büyük bir risk oluşturur. (Hajar, 2017).

Hiperkolesterolemi; KKH için diğer önemli risk kolesteroldür. Klinisyenler ve epidemiyologların çalışmaları sonucunda, kanda kolesterolü taşıyan başlıca lipoprotein olan düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolün (LDL-K) bileşeninin de doğrudan KKH ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Klag ve ark., 1993). Güncel kılavuzlar, LDL-K'yi yüksek kan kolesterol tedavisi için birincil hedef olarak tanımlamaktadır (First and Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report., 2002). KKH riski için serum kolesterolü düşürmenin faydalarının yaşa bağlı olduğu gösterilmiştir. Serum kolesterolünde %10'luk bir azalma, 40 yaşında %50, 50 yaşında %40, 60 yaş ve 70 yaşında %20 KKH riskinde azalma sağlar (Law, 1994; Kim ve ark., 2020). Ayrıca yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL-K), ateroskleroz için önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. HDL-K'nin yükseltilmesi, KKH insidans oranını düşürmek için kabul edilen bir terapötik strateji haline gelmiştir. Fibratlar, niasin ve bir kolesterol ester transfer proteini olan torcetrapib gibi HDL-K'yi artıran bazı ilaçlar vardır, ancak yalnızca fibratların büyük koroner olay riskini azalttığı gösterilmiştir. HDL düzeyindeki 1 mg/dL artışın erkeklerde %2, kadınlarda %3 koroner riskte azalma ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir (Hajar, 2017).

Sigara içmek; FKÇ ve daha sonrasında yapılmış epidemiyolojik çalışmalar, sigara içenlerin miyokard enfarktüsü (MI) veya ani kardiyak ölüm riskinin arttığını ve bu riskin her gün içilen sigara sayısı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Lakier, 1997). Sigaranın kalp üzerindeki zararlı etkileri;

- ✓ Sigara içmek, iskemik kalp hastalığından morbidite ve mortalite riskini yaşam boyu sigara içmeme ile karşılaştırıldığında yaklaşık iki katına çıkarmaktadır ve risk, sigara içme süresi ve miktarı ile ilişkilidir (Critchley&Capewell, 2003).
- ✓ KKH hastalarında sigarayı bırakmanın tüm nedenlere bağlı ölüm ve ölümcül olmayan MI riskini azalttığına dair kanıtlar vardır. Bu nedenle, iskemik kalp hastalığı olan tüm hastalara sigarayı bırakmaları tavsiye edilmelidir çünkü bu ilk kez geçirilen MI ve ölümcül ve ölümcül olmayan nüks MI için güçlü bir risk faktörüdür. (Critchley&Capewell, 2003).
- ✓ Sigara içmeye bağlı morbidite ve mortalite riski, sigarayı bıraktıktan hemen sonra düşer, ancak sigarayla ilişkili risk tamamen tersine dönene kadar 20 yıldan uzun zaman alabilir (Campbell, 1998).
- ✓ Hastaların yaklaşık % 20'si akut MI sonrasında sigarayı bırakır ve sonuç olarak ölüm oranlarında ve infarkt nükslerinde % 40 azalma olur (British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association, 2005).
- ✓ 50 yaşın altındaki sigara içenler için KKH gelişme riski, aynı yaştaki sigara içmeyenlere göre 10 kat daha fazladır. Pasif sigara içmek de KKH riskini artırır (British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association, 2005).

Diyabetes Mellitus; Framingham kohortunun 20 yıllık sürveyansına dayanarak, diyabetin klinik aterosklerotik hastalık riskini iki ile üç kat artırdığı bildirilmiştir. Diyabet ve KKH arasında kesin bir ilişki vardır (Kannel& McGee, 1979). Amerikan Kalp Derneği kılavuzlarında diyabetle ilgili bildirimi yapılmış önemli istatistikler şunlardır:

- ✓ Diyabetli 65 yaş ve üzerindeki kişilerin en az % 68'i bir tür kalp hastalığından ve % 16'sı inmeden ölmektedir.
- ✓ Diyabetli yetişkinlerin kalp hastalığından ölme olasılığı, diyabeti olmayan yetişkinlere göre iki ile dört kat daha fazladır.
- ✓ Diyabet KKH için yedi ana kontrol edilebilir risk faktöründen biridir (Nesto, 2004).
- ✓ Diyabetli kişilerde hipertansiyon, sigara, anormal kolesterol, obezite, fiziksel aktivite eksikliği ve metabolik sendrom gibi KKH geliştirme riski taşıyan başka

durumlar da varsa glikoz seviyeleri kontrol altında olsa ve diyabet tedavi edilse bile kalp hastalığı ve inme riskini büyük ölçüde artırır. Ancak, bu risk faktörlerini yöneterek, diyabetli kişiler KKH gelişimini önleyebilir veya geciktirebilir (Hajar, 2017).

Fiziksel hareketsizlik; aktif bireylere kıyasla hareketsiz bireyler için KKH'den tahmini ölüm riski 1,9'dur. Fiziksel hareketsizlik sadece KKH değil diğer birçok kronik hastalığın başta gelen risk faktörüdür. Bu nedenle fiziksel egzersiz önerisi, genel nüfus için (yetişkinlerde, yaşlılarda ve çocuklarda) önleyici politikaların önemli bir unsuru haline gelmiştir (Hajar, 2017).

Obezite; tüm nedenlere bağlı ölümler için bağımsız bir risk faktörüdür. KKH, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve uyku apnesi gibi komorbiditelerle ilişkili metabolik bir bozukluktur. Fazla yağ dokusu biriktikçe metabolik profilde değişiklikler ve kardiyak yapı ve fonksiyonda çeşitli adaptasyonlar meydana gelir. Yakın zamanda yapılan bir araştırma, çocukluk döneminde daha yüksek vücut kitle indeksinin yetişkinlikte artmış KKH riski ile ilişkili olduğunu bildirmektedir (Poirier, 2006). Yetişkinlerde ve çocuklarda aşırı kilo ve obezitenin önlenmesi ve kontrolü, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde anahtar bir unsur haline gelmiştir (U.S. Preventive Services Task Force, 2003)

Kardiyovasküler hastalıkların klinik fenotipini belirlemek için genetik ve çevresel faktörlerin birbirleriyle etkileşime girdiği bilinmektedir (Girelli ve ark., 2009). Yaş, cinsiyet ve ırkın KKH' nın gelişmesinde %63 ile %80 arasında yüksek risk teşkil ettiği 2019 yılında yapılan bir çalışmada gösterilmiştir ve kontrol edilebilir risk faktörlerinin yalnızca çok düşük bir oranda bu hastalığın gelişmesinde rolü olduğu bildirilmiştir. Yine de, kontrol edilebilir risk faktörlerinin kontrolü, KKH olaylarında önemli azalmalar sağlar (Pencina, ve ark., 2019).

Yaş: KKH prevalansı hem erkeklerde hem de kadınlarda 35 yaşından sonra artar. Erkek ve kadınlarda 40 yaşından sonra yaşam boyu KKH gelişme riski sırasıyla % 49 ve % 32'dir (Sanchis-Gomar, ve ark., 2016).

Cinsiyet: Erkekler, kadınlara kıyasla daha yüksek risk altındadır

Etnik köken: Afrikalı Amerikalılar, Hispanikler, Latinler ve Güneydoğu Asyalılar, KKH morbiditesi ve mortalitesi riski yüksek olan etnik gruplardır (Brown, ve ark., 2020).

Aile öyküsü: Aile öyküsü de önemli bir risk faktörüdür. Ailede 50 yaşın altında erken kalp hastalığı öyküsü olan hastalarda artmış KKH mortalite riski vardır (Bachmann, ve ark., 2012). Ayrıca yakın zamanda yapılmış bir çalışmada, 55 yaşından önce KKH tanısı almış bir baba veya erkek kardeş ile 65 yaşından önce teşhis edilmiş bir anne veya kız kardeşin risk faktörü olarak kabul edildiği belirtilmiştir (Hajar, ve ark., 2017)



2.1.4. Koroner Kalp Hastalığı Belirti ve Bulgular

İskemik kalp hastalığı olarak da bilinen koroner kalp hastalığının klinik belirtileri, anjina pektoris, miyokardiyal infarktüs ve ani kardiyak ölüm gibi akut koroner sendrom (AKS) formlarını kapsayan bir spektrumda çeşitlilik göstermektedir (Buja, 2015).

Tablo 2-1. Koroner Kalp Hastalığı Sendromları

Kararlı anjina pektoris
Kararsız anjina pektoris
Varyant anjina ("Prinzmetal anjina")
Akut miyokard infarktüsü
Q dalgası olmayan veya ST yükselmesiz (genellikle transmural olmayan infarktüsler)
Q dalgası veya ST segment yükselmesi (genellikle transmural miyokardiyal infarktüsler)

Kaynak: Willerson, J.T., Armstrong, P.W. (2015) Coronary Heart Disease Syndromes: Pathophysiology and Clinical Recognition. In: Willerson J., Holmes, Jr. D. (eds) Coronary Artery Disease. Cardiovascular Medicine. Springer, London.

Angina pektoris, kalp kasındaki göreceli oksijen eksikliğinden kaynaklanan göğüs ağrısını tanımlamak için kullanılan klinik bir terimdir. Angina genellikle hasta tarafından egzersiz veya duygu ile tetiklenen ve dinlenme ile rahatlayan sol prekordiyal gerginlik veya ağrı olarak tanımlanır. Birçok hasta anjinayı, göğüs sıkışması, göğüs basıncı veya efor, duygu ve/veya soğuğa maruz kalma ile ilişkili ağrı olarak tanımlar. Anjina hastalarının çoğu, altta yatan aterosklerotik koroner arter hastalığına (KAH) sahiptir (Rude ve ark., 1984).

Stabil Anjina: Egzersiz, soğuğa maruz kalma, duygusal strese maruz kalma sırasında veya büyük bir öğün yedikten sonra gelişir ve dinlenme ile geçer.

Fizik muayene/hasta bulguları: çoğunlukla önemli fiziksel bulgu yoktur. sistemik arteriyel hipertansiyon, hiperlipidemi, kalp kapak hastalığı, kalp yetersizliği veya periferik ateroskleroz gibi ilişkili risk faktörleri, yüksek kan basıncı, belirgin bir dördüncü kalp sesi (S₄), vurgulanmış aort kapanma sesi, paradoksal olarak

bölünmüş ikinci kalp sesi (S2), periferik nabız azalması görülebilir. Elektrokardiyogram (EKG) normal olabilir, ancak anjin sırasında sıklıkla ST ve T dalgası değişiklikleri, genellikle ST segment çökmesi ve T dalgası düzleşmesi veya inversiyonu gözlenir.

Varyant anjina ("Prinzmetal anjina"): EKG'de ST segment yükselmesi ve koroner arter lümeninin fokal obliterasyonuna neden olan koroner arter spazmının varlığı ile ilişkili, genellikle sabahın erken saatlerinde hastaları uyandıracak kadar şiddetli, istirahat durumunda ortaya çıkar.

Fizik muayene/hasta bulguları: varyant anjinası olan hastalarda göğüs ağrısı sırasında kaydedilen EKG'de genellikle ST segment yükselmesi vardır. Göğüs ağrısı epizodlarına bazen atriyoventriküler blok veya ventriküler ektopik aktivite eşlik eder ve geçici ventriküler taşikardi vardır.

Tekrarlayan göğüs veya epigastrik “gerginlik” veya “basınc” olarak tanımlanır ve genellikle karakter olarak hastalar tarafından “şiddetli değil” olarak ifade edilir. Tipik olarak, anjin epizodları 30 dakikadan daha kısa süre devam eder. Bazı durumlarda ise daha şiddetli ve uzun süreli göğüs ağrısı veya mide bulantısı ile ilişkili olup miyokard enfarktüsünden ayırt etmek güç olabilir (Willerson& Armstrong, 2015).

Fizik muayene/hasta bulguları: şiddetli koroner arter stenozu olan kişilerde miyokardiyal oksijen ihtiyacı artar, bu nedenle taşikardi veya sistemik hipertansiyon görülür. Yüksek serum C-reaktif protein (CRP) seviyeleri ile kararsız anjinası olan hastaların, serum troponin I veya T seviyelerinde yükselmeler veya serum interlökin-6 konsantrasyonlarında veya çoklu biyobelirteçlerde artışlar vardır (Thygesen ve ark., 2012).

Kararsız Anjina; ST elevasyonu olmayan MI (NSTEMI) ile patogeneze olarak yakından ilişkilidir. retrosternal göğüs ağrısı şeklinde veya yanma hissi, hazımsızlık hissi, nefes darlığı semptomları ile karakterize klinik bir durumdur. Göğüste veya boyna, çeneye, dişlere, kollara, sırtta ve epigastriyuma yayılım şeklinde hissedilir. Özellikle yaşlı hastalarda dispne, yorgunluk, bulantı ve kusma, hazımsızlık, baş dönmesi gibi semptomlar da eşlik edebilir. 15-30 dk devam eden bir ağrı vardır. Semptomlar eforla ortaya çıkar ve sıklıkla hızlı ilerleyen ve daha kolay ortaya çıkan ve daha uzun süren epizodlar halindedir.

Fizik muayene/hasta bulguları; spesifik hiç bir bulgu yoktur ve ağrısız dönemde muayene tamamaen normal olabilir. İskemik epizodlar arası sol ventriküler bir apikal vuru, S3 veya S4 kalp sesi veya geçici iskemik mitral yetmezlik üfürümü saptanabilir. İskemi epizodlarında pulmoner konjesyon veya ödem, terleme, hipotansiyon gibi geçici sol ventrikül yetmezlik bulguları görülebilir.

Akut miyokard infarktüsü: Koroner kan akışında birincil bir azalma ile, anjin gelişimi ile efor arasında bir ilişki yoktur ve anjin ataklarının çoğu, sınırlı aktivite sırasında ve dinlenme sırasında meydana gelir. Göğüs ağrısından sonra, kan basıncında ve / veya kalp atış hızında artış görülebilir. Kardiyojenik şok geliştiğinde ise hipotansiyon görülür.

Anjina 30 dakika veya daha uzun sürer. Genellikle retrosternal veya sol prekordiyal olarak tanımlanır - ağırlık, gerginlik veya “göğsümde ağırlık” - ve mide bulantısı ve diyaforez (terleme) ile ilişkilidir. Ağrı sırt, boyun, çene veya sol kola, özellikle de kolun ulnar yönüne doğru yayılabilir. Bazen sadece sırt, çene, sol kol veya boyun etkilenir. Ağrı, genellikle bireyin yaşadığı en şiddetli ağrı olarak tanımlanır. Yavaş yavaş şiddetlenir, zirveye ulaşır ve sonra geriler. Akut MI'ları olan bazı hastalar, enfarktüslerinden önce saatler ile günler boyunca kararsız anjina görülür (Willerson& Armstrong, 2015).

Koroner kan akımındaki azalma ve kalbe oksijen iletimi daha uzun ve 30 dakika ile bir iki saat sürerse, NSTEMI; yetersiz miyokardiyal oksijen iletimi süresi 2 saatten fazla sürdüğünde, STEMI oluşur (Shah&Chyu, 2010).

Q dalgası olmayan enfarktüs veya NSTEMI: Enfarktüs, kalbin iç duvarında veya alt dokusunda başlar ve orada ilk 30 dakika ile iki saat arasında sınırlanır. Koroner arter trombozu geçiciyse veya tam koroner arter tıkanmasına neden olmuyorsa, enfarktüs genellikle büyük ölçüde subendokardiyum (veya kalbin orta duvarı) ile sınırlı kalır.

Q dalgalı enfarktüs veya STEMI: koroner arter tıkanıklığı daha uzun süre devam eder ve miyokardiyal nekrozu takip eden iki üç saatte epikardiyuma ilerler (Thygesen ve ark., 2012).

Fizik muayene/hasta bulguları: Kararsız angina, NSTEMI ve STEMI olan hasta tipik olarak sıkıntılı görünür. EKG sıklıkla anjina sırasında ST ve T dalgası değişiklikleri gösterir. kararsız anjina ve NSTEMI olan hastalarda genellikle ST segment

depresyonu veya T dalgası düzleşmesi veya inversiyonu vardır. İlk önce ağrı ortaya çıkar ve bunu kan basıncında ve/veya kalp atış hızında artış takip eder. STEMI olan hastalarda kardiyojenik şok, sol ventrikül yetmezliği görülür. Düşük kan basıncı, normal sistemik perfüzyon için yetersizdir, bu nedenle serin cilt, zihinsel karışıklık ve oligüri mevcuttur. Sağ ventriküler yetmezliği olan hastalarda juguler venöz basınç artmıştır. CK, CK-MB ve troponin I veya T düzeylerinin arttığı görülür (Willerson& Armstrong, 2015).

2.1.5. Koroner Kalp Hastalığında Tanı ve Tedavi

Koroner Kalp Hastalığının tanısında elektrokardiyogram (ekg), ekokardiyogram (eko), egzersiz stres testi, nükleer stres testi, kalp kateterizasyonu ve anjiyogram, kardiyak bilgisayarlı tomografi taraması, biyokimyasal kardiyak belirteçler gibi invaziv ve invaziv olmayan yöntemler kullanılır. Hasta öyküsü ve fiziksel muaynesi sonrası uygun görülen bu yöntemler ile kesin tanı konulur (Shah&Chyu, 2010).

Elektrokardiyogram (EKG); aktif iskemiden etkilenebilen kalbin elektriksel aktivasyonu hakkında anlık bilgi verir. Böylece, EKG yorumu miyokardiyal iskeminin varlığı, boyutu ve ciddiyeti hakkında dolaylı bilgi sağlar. EKG yorumu, miyokardiyal iskemi ile ilgili olduğundan şüphelenilen semptomları (ağrı, nefes darlığı, baş dönmesi, vb.), öykü ve fizik muayene ile birlikte hastaların ilk değerlendirmesinin önemli bir parçasıdır (Birnbaum ve ark., 2014).

Ekokardiyogram (EKO); en çok kullanılan ve kapsamlı kardiyovasküler görüntüleme yöntemidir. Kardiyak yapı ve işlevi değerlendirmek için ilk tercih edilen muayene olarak kabul edilir. Sistolik ve diyastolik fonksiyon ve intrakardiyak hemodinamik ile birlikte kalp kapaklarının fonksiyon ve morfolojisinin yanı sıra kalp odalarının boyutu ve şeklini içeren kalp yapısı hakkında bilgiler sağlar. Kardiyak yapıları daha yakından tanımlayabilmesi nedeniyle gelişmiş rezolüsyonu sağlayan transözofageal ekokardiyografi (TEE) ile tamamlanan transtorasik ekokardiyografi (TTE), egzersizle miyokardiyal iskemi ve gerçek kapak fonksiyonunu değerlendirmek için stres ekokardiyografi yöntemleri kullanılır (Sadeghpour& Alizadehasl, 2018).

Egzersiz stres testi; koroner anjiyografiden önce invazif olmayan, daha ucuz bir risk sınıflandırması yolu sunar ve negatif bir stres testi aslında anjiyografiyi önleyebilir.

Koşu bandı EKG; koşu bandının eğimi ve hızı toplam yedi aşamada her üç dakikada bir artırılır. Başlangıçta, koşu bandı %10'luk bir eğimde 1,7 mil/saate ayarlanmıştır. 3 dakika sonra hız 2,5 mil/saate çıkarılır ve eğim %12 eğime ayarlanır. Kalan aşamalar boyunca hız ve eğim her üç dakikada bir benzer artışlarla yükseltilir. Hastanın maksimum kalp hızının %85'ine ulaşması beklenir (erkekler için 220-yaş ve kadınlar için 210-yaş olarak hesaplanır) (Banerjee ve ark., 2012).

Koşu bandı ekokardiyogram; öncelikle koroner arter hastalığının varlığını ve kapsamını saptamak için kullanılır; kapak fonksiyonunun, pulmoner arter basıncının ve global ventriküler sistolik ve diyastolik fonksiyonun değerlendirilmesine izin verir. EKG'nin iskemiye tanımlamak için yeterli olmadığı anormal istirahat EKG'leri (sol dal bloğu, sol ventriküler hipertrofi, digoksin etkisi, tempolu ritimler, kalıcı ST segment depresyonu) olan hastalarda özellikle endikedir. En yüksek egzersizde ve hemen egzersiz sonrası dönemde gerçekleştirilir. PİK görüntüleme, yorgunluk belirtileri olduğunda veya bir son noktaya ulaşıldığında hasta hala egzersiz yaparken gerçekleştirilir (Banerjee ve ark., 2012).

Bisiklet EKG; Ortopedik veya denge sorunları olan hastalarda bisiklet testi, koşu bandı testinden daha iyi tolere edilebilir. Egzersizin amacı miyokardiyal oksijen ihtiyacını (MV02) artırmaktır. Bisiklet testi oturma veya sırtüstü pozisyonda gerçekleştirilebilir ve sabit bir bisiklet ergometresi kullanır. EKG ve kan basıncı izleme, test öncesinde, sırasında ve sonrasında gerçekleşir. Bisiklet EKG testi için mevcut birkaç protokol vardır, ortak tema maksimum kalp hızının % 85'ine ulaşılması gerektiğidir (Banerjee ve ark., 2012)..

Bisiklet ekokardiyografisi; EKG istirahatte anormal olduğunda ve bu nedenle tek başına EKG stres testi ile yorumlanması zor olduğunda ve hastanın koşu bandı testini zorlaştıran veya imkansız hale getiren hareketlilik sorunları olduğunda kullanılır. sırtüstü veya dik duruşta bisiklet egzersizi öncesinde, sırasında ve sonrasında iki boyutlu ekokardiyografik verilerin kaydedilmesini ve yorumlanmasını içerir (Banerjee ve ark., 2012).

Miyokardiyal perfüzyon görüntüleme; Nükleer stres testi olarak da bilinen miyokardiyal perfüzyon görüntüleme (MPI), koşu bandı üzerinde egzersiz mümkün olmadığında veya egzersiz EKG'sinin yorumlanması zor olduğunda (örn. Sol dal bloğunda) kullanılabilir. Nükleer stres testi (genellikle talyum) egzersizi (genellikle

bir bisiklet ergometresi kullanarak) veya dipiridamol veya adenozin infüzyonları ile vazodilatör stresi içerebilir (Banerjee ve ark., 2012).

Kardiyak Bilgisayarlı Tomografi; ekokardiyografi veya göğüs radyografisinde aort kökü hastalığı kanıtı veya şüphesi olan hastalarda, özellikle biküspit kapaklı hastalarda aort genişlemesini değerlendirmek için kullanılır. Klinik karar verme ve cerrahi planlama için, valsava sinüsleri, sinotübüler bağlantı ve çıkan aort dahil olmak üzere çeşitli düzeylerde aort boyutlarının ölçülmesi gereklidir ve bu bilgiler hastanın tedavisinin boyutunun düzenlenmesi için değerlendirmede kullanılır (Lehmkuhl ve ark., 2009).

Kalp kateterizasyonu ve anjiyo; noninvazif testler sonuçsuz kaldığında, klinik ve ekokardiyografik bulgular tutarsız olduğunda ve cerrahi girişimden önce koroner anjiyografi için önerilmektedir (Lehmkuhl ve ark., 2009).

Biyokimyasal Kardiyak Belirteçler; İnfarktüs tanısı koyabilmek için miyokard hasar belirteçlerinin artışının gösterilmesi gereklidir. Hasarlı miyokardın miyoglobinin salınımı oldukça erken olur ve infarktüsü saptamada çok duyarlıdır. Fakat ufak çaplı iskelet kası travmaları bile myoglobin salınımına neden oldukları için spesifitesi düşüktür. Miyoglobin böbrekler yoluyla temizlenir ve glomerüler filtrasyon hızındaki küçük düşüşler bile miyoglobin artışına neden olur. Diğer önerilen belirteç ise kreatinin kinazdır. Kreatin kinazın miyoglobin izoenzimi yani CK-MB' dir. CK ve CK-MB'deki tipik artış daha önceden tanı koymak için yeterliydi. CK infarktüs başlangıcından 6 ile 12 saat içinde referans değeri aşar, 18 ile 24 saat içinde tepe seviyelere ulaşır ve 48 saat içinde normal seviyesine döner. Ancak enzim seviyeleri iskelet kasından salınımına bağlı olarak da yükselebilir. Kardiyak troponinler I ve T kalp kası hücrelerinde bulunan ve akut MI sonrasında kardiyak miyositlerden dolaşıma salınan proteinlerdir ve MI sonrası spesifik olarak 4 ile 6 saat içinde yükselir, 5 ile 7 gün yüksek kalmaya devam eder (Shah&Chyu, 2010).

Tedavi:

Koroner Kalp Hastalığı karşımıza genellikle akut MI şeklinde ortaya çıkar ve tedavisi hastane öncesi dönem ve hastane sonrası dönem olmak üzere iki aşamadır. Hastane öncesi dönemde miyokardın oksijen ihtiyacını karşılamak ve hastanın anksiyetesini gidermek için ilk yapılması gereken 162 ile 325 mg aspirin hemen verilmeli, monitorizasyon yapılmalı, oksijen ve sublingual nitrogliserin verilmelidir.

Acil servise ulaşan hastanın 12 derivasyonlu EKG'si çekilir, iki ayrı intravenöz yol açılır, aktif göğüs ağrısı devam ediyorsa sublingual nitrogliserin ve morfin verilir, 2 ile 4 lt/dk hızında oksijen verilir, göğüs radyografisi çekilir, heparin ve beta bloker ilaçlar verilir, reperfüzyon için ise STMEI için primer PCI (perkütan koroner girişim) ve fibrinolizis arasında değerlendirme, NSTEMI için glikoprotein IIb/IIIa, takibinde elektif PCI yapılır. Hastanede yatarken tedavide ise yatak istirahat, sürekli kardiyak monitörizasyon, hipoksemi için oksijen, devam eden ağrı için nitrogliserin, ACE inhibitörleri, beta bloker, aspirin, klopidoğrel ve statin verilir. Taburculuk sonrasında prognostik göstergeler, kardiyak rehabilitasyon, sigaranın bırakılması, terapötik yaşam biçimi değişiklikleri, ilaçlar ile agresif sekonder önleme tedavisi önerilir (Shah&Chyu, 2010).

2.1.6. Koroner Kalp Hastalığında Öz Bakım

Dünya Sağlık Örgütü' nün tanımına göre öz bakım, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlığı iyileştirmek, hastalıkları önlemek, hastalıkları sınırlandırmak ve sağlığa kavuşturmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetleri ifade eder. Bu faaliyetler, sağlık profesyonelleri ve hasta/hasta yakınları tarafından ortaklaşa bir çaba ile iş birliği içinde sürdürülmelidir

(World Health Organization. Health Education in Self-Care: Possibilities and Limitations. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1983,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70092/HED_84.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Erişim tarihi: Haziran 2020).

Amerikan Kalp Derneği Kardiyovasküler ve İnme Hemşireliği Konseyi' ne göre öz bakım, öz bakım sürdürme, öz bakım izleme ve öz bakım yönetiminin temel unsurlarıyla birlikte kronik hastalıkların hem önlenmesi hem de yönetimini ele alan doğal bir karar verme süreci olarak tanımlanmaktadır. Öz bakım izleme, belirtiler ve semptomlardaki değişiklikler için kendini gözlemleme (bedeni dinleme) sürecini içerir. Öz bakım yönetimi, ortaya çıktıklarında belirti ve semptomlara insanlar tarafından verilen tepkiler için kullanılır (Riegel ve ark., 2017).

Bu tanımlara göre öz bakım, sağlığın korunması ve kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi için temel olan davranışların, bireyler ve aileler tarafından sağlığı geliştirici uygulamalar kullanarak hastalıkları yönettikleri ve sağlıklarını sürdürdükleri karar verme sürecidir.

Öz bakımla ilgili karar verme karmaşık bir süreçtir. Öz bakıma karar vermenin doğasının daha iyi anlaşılması, sağlık profesyonellerinin hastalarına öz bakımı nasıl daha iyi öğreteceklerini ve öz bakımın nasıl başarısız olduğunu ve bunu nasıl geliştireceklerini anlamalarına yardımcı olmaları gerekir (Riegel ve ark., 2016). Sağlık bakım sistemleri bireylerin, sağlık profesyonellerinin tüm tavsiyelerine uyacağı varsayımı üzerine kurulmuştur. Bu varsayımda bireyler sağlık bakımı sağlayıcılarının tavsiyelerine uyarken hekim randevularını takip etmede ve reçete edilen ilaçları kullanmada sorumluluk sahibi olmalarını ifade etmek için kullanılmıştır. Nitekim bu anlayış ile KVH gibi kronik hastalıkların önlenmesinde başarılı olmak için gereken bilgi, beceri ve uzun vadeli destek sağlanmadan "kilo verme, daha fazla fiziksel aktivite yapma, sigarayı bırakma" gibi öz bakım davranışlarıyla tavsiyelerin sağlanması ele alınmaktadır. Öz bakım eğitimi, mevcut sağlık sisteminde (bakım sağlayıcılar veya hastalar için) yaygın değildir. Sağlık bakım hizmetlerinde birey ve sağlık bakımı sağlayıcılarının iş birliği ile öz bakımın geliştirilmesi için zaman kısıtlıdır. Günümüzde kronik hastalıkların önlenmesinde öz bakıma vurgu yapılmadığı göz önüne alınırsa, sağlık bakımı sağlayıcılarının bireylerin öz bakımını sürdürmek için sorumluluk almada tek başına bırakıldığını göstermektedir. Oysa bireyin öz bakım sürecini tek başına yönetmesi beklenemez (Bender, 2014; Riegel ve ark., 2017).

Bireylerin, yeterli öz bakıma sahip olabilmesi mevcut sağlık durumlarını ve gelecekteki risklerini anlamaları ile mümkün olabilir. Hastalar sağlık durumları hakkında bilgilendirilerek, tüm risk faktörlerini kapsamlı bir şekilde açıklayarak ve hastaların uygun ek bilgi kaynaklarına erişimini (hastalık bilgisi içeren kitaplar, önemli kuruluşların web siteleri ve elektronik hasta eğitim kitapları vb.) sağlayarak öz bakımın sürdürülmesini kolaylaştırabileceğimiz bilinmektedir (Riegel ve ark., 2017).

Diğer bir yandan aile üyelerinin bireyin öz bakımını geliştirmesinde önemli bir etken olduğu söylenmektedir (Pressler ve ark., 2013). Bireyin bakımından sorumlu aile üyelerinin, ilaçlara ve diyetle uyumu ve semptomları izlemede duyarlılığı kolaylaştırarak öz bakımı olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir. Bu nedenle öz bakımın geliştirilmesinde öz yeterliği ve öz güveni sağlamada aile üyelerinin desteğinin alınması önerilmektedir (Li ve ark., 2015).

Koroner Kalp Hastalığında öz bakım davranışlarının geliştirilmesi kardiyak rehabilitasyon programları (KRP) ile sağlanabilir (Karmali ve ark., 2014). Bu hastaların taburculuk sonrası dönemde tedavilerinin önemli bir bölümünü sekonder korunma programları oluşturmaktadır (Shah&Chyu, 2010). Bunun nedeni bireyin hastaneye yeni bir koroner olay ile tekrar başvurmasının ve mortalitenin önüne geçmektir (Janssen ve ark., 2013). KKH olan bireylerde yaşam biçimi değişikliği sağlayan girişim çalışmalarının sonuçları, tüm nedenlere bağlı mortalite, kardiyak mortalite ve yeniden kardiyak bir olay ile hastaneye başvurma ve nüks infarktüslerin oranlarında azalma olduğunu göstermektedir (Janssen ve ark., 2013). KKH klinik sonuçlarının iyileştirilmesi için KRP' ye uyum önemli bir yere sahip olmasına rağmen bireysel yaşam biçimi girişimlerinin öz bakımı geliştirmede, mortalite ve morbiditeyi azaltmada çok daha önemli bir unsur olduğu kabul edilmektedir (Riegel ve ark., 2017).

Koroner Kalp Hastalığında sigarayı bırakma, normal vücut kitle indeksi, düzenli fiziksel aktivite, alkol kullanımını azaltma, sağlıklı diyet (az yağlı/yağsız, sebze tüketimini arttırmak) alışkanlıkları kazanma, düşük kolesterol ve normal kan basıncı, öz bakımın yeterliğini gösterir (Lokhart ve ark., 2012). Ayrıca reçete edilen ilaçlara uyum en önemli öz bakım davranışları arasında gösterilmektedir (Riegel ve ark., 2017). Bu yaşam biçimi değişiklikleri, Dickson ve ark. (2017) tarafından öz bakımı sürdürme davranışları olarak tanımlanmıştır (Dickson ve ark., 2017).

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları; mevcut diyet önerileri klavuzları tüm sebze alt gruplarını içeren çeşitli, besleyici yoğun bir diyetle odaklanır (koyu yeşil, kırmızı ve turuncu, baklagiller ve nişastalı).

(United States Department of Agriculture . Dietary Guidelines for Americans 2015–2020. 8th. 2015. https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/20152020_Dietary_Guidelines.pdf).

Ayrıca meyveler, tahıllar, yağsız/az yağlı süt ürünleri, deniz ürünleri, kümes hayvanları, yağsız etler, yumurta, kabuklu yemişler, tohumlar ve soya ürünlerinden elde edilen protein de kalp sağlığını korumada önerilen beslenme önerileridir. Bunlara ek olarak soya fasulyesi, mısır, zeytin, kanola ve aspir gibi doymamış yağları da diyetle kullanmanın önemine vurgu yapılmaktadır (Van ve ark., 2016).

Kilo kontrolü; Sağlıklı vücut ağırlığını korumak, önemli bir öz bakım davranışdır ve mevcut beslenme kılavuzları kilo kontrolünün önemini vurgulamaktadır. Belirli

yiyecek kategorileri için porsiyon boyutları, her kalori alım düzeyi için kılavuzlarda verilmiştir. Bireysel kalori ihtiyacı aktivite düzeyine bağlıdır ve bu da aktiviteyi artırmaya yönelik öz bakım stratejilerinin vücut ağırlığının korunmasında diyetle eşit önem taşıdığını göstermektedir.

(United States Department of Agriculture . Dietary Guidelines for Americans 2015–2020. 8th. 2015. https://health.gov/dietaryguidelines/2015/resources/20152020_Dietary_Guidelines.pdf).

Fiziksel aktivite ve egzersiz; aerobik egzersiz, oksijen tüketiminde, endotelial fonksiyonda, inflamasyonda, kan basıncında ve insülin direncinde sistemik iyileşmenin yanı sıra fonksiyonel durumda, uyku kalitesinde ve yaşam kalitesinde iyileşme de dahil olmak üzere sağlık açısından tartışılmaz fayda sağlayan bir öz bakım davranışıdır. Haftada 6 gün/30 dakika düzenli fiziksel aktivite yapmak (KKH için önerilen kalbi yormayacak tempoda yürüyüş) KKH için sigarayı bırakmak kadar fayda sağlayan bir davranış olduğu bildirilmektedir (Agarwal, 2012).

Sigara bırakma/sigaradan uzak durmak; Sigara içenlere ve tütün dumanına maruz kalanlara önemli ölçüde fayda sağlayan temel öz bakım davranışıdır. Bir KVH olayından sonra sigarayı bırakanlar, sigara içmeye devam edenlere göre daha iyi sağlık sonuçlarına sahiptir ve yararlarını neredeyse hemen görmeye başlarlar. Sigarayı bırakanlarda, tekrarlayan bir koroner olay riski üç yıl içinde sigara içmeyenlerle aynıdır ve sigaraya devam edenlere göre eski sigara içenlerde KVH'den ölüm riski üçte iki oranında azalır (Prochaska& Benowitz, 2015). Sigarayı bırakmak, tütün bağımlılığı nedeniyle son derece zorlu bir öz bakım davranışıdır, ancak ilaç (sigarayı bırakmada etkili ilaçlar), sigarayı bırakmaya henüz hazır olmayanlarda bırakmayı kolaylaştırabilir (Cahill ve ark., 2013).

İlaç uyumu; öz bakım, ilaçları reçeteli olarak almayı ve reçetesiz ilaçların sorumlu seçimini ve kullanımını içerir. Hastaların yararlar, olası yan etkiler ve ilaç etkileşimleri olmak üzere ilaçlar hakkında iyi bilgilendirildiklerinde, ilaç uyumunu koaylıkla sağlayabildikleri ve bakım veren sağlık profesyonelleri ile iletişime geçme konusunda, öz güven sağladığı bildirilmektedir (Riegel ve ark., 2017).

Koroner Kalp Hastalığı'nda öz bakımı yönetme, semptomlara verilen erken ve geç cevapları içeren öz bakım davranışlarını temsil eder. Erken davranışlar anjina meydana geldiği anda bunu fark edebilmek ve hemen aktivite düzeyini yavaşlatmak/dinlenmektir. Geç yanıt ise sublingual nitrogliserin, aspirin almak ve

hekimi aramaktır. Hastalığın yönetimini sağlamak ve yeni bir koroner olay sonrası mortalite riskini azaltabilmek semptomları tanımayı, semptoma verilen yanıtların sırasını doğru bilmeyi gerektirir (Dickson ve ark., 2017).

Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde öz bakımı iyileştirmeye yönelik girişimler, genellikle öz bakım uygulamaları hakkında bilgi ve anlayışı geliştirmeyi amaçlayan bir eğitim bileşeni içermektedir. Hasta bilgisini artırma stratejileri arasında öğretici oturumlar, yazılı materyallerin ve/veya teknolojinin kullanımı (örneğin DVD'ler, iPad'ler), mobil sağlık uygulamaları ve uzaktan izleme yer alır (Dickson ve ark., 2013). Bilgiye ek olarak, yeterli öz bakım, rutin önleyici davranışları gerçekleştirme becerisi ve kötüleşen bir durumun belirti ve semptomları hakkında karar verme becerisi gerektirir (Riegel ve ark., 2017). Tüm bunlar için hasta eğitimi kavramını ve KKH için önemini değerlendirmemiz gerekir.

2.1.6. Koroner Kalp Hastalığında Hasta Eğitimi

Koroner kalp hastalığı tedavisi, ilaç tedavisi ve revaskülarizasyon dahil olmak üzere optimal tıbbi yönetime bağlıdır. Başarılı yönetim aynı zamanda hasta davranış değişikliklerini teşvik etmeyi de içermelidir. Hastada davranış değişikliği geliştirebilmenin en temel yolu hasta eğitimidir. Hasta eğitimi, sağlık profesyonellerinin ve diğerlerinin hastalara sağlık davranışlarını değiştirecek veya sağlık durumlarını iyileştirecek bilgiler verdiği, süreç olarak tanımlanmaktadır (Brown ve ark., 2013). Davranış değişikliğinin bir kolaylaştırıcısı olarak hasta eğitimi, KKH yönetiminde çok önemlidir. Egzersiz eğitimi ve psikolojik desteğin yanı sıra, eğitim geleneksel olarak kardiyak rehabilitasyon ve ikincil önleme uygulamasının temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir (Morocutti ve ark., 1999). Bu rehabilitasyon programlarına bireyin katılımını sağlarken, aile üyeleri veya ailedeki bakım sağlayıcılar tarafından da destek almak bireyin motivasyonunu ve tedaviye bağlılığını olumlu yönde etkiler (Riegel ve ark., 2017). Bu nedenle hasta eğitimi süreci yalnızca hastanın değil aynı zamanda aile üyelerinin de katılımının gerçekleştiği dinamik bir süreçtir (Kaya, 2009)

Terapötik hasta eğitimi, hasta akut olay nedeniyle hastaneye kabulünden sonra iyi sağlık sonuçları ile hastaneden taburcu olduğu sırada başlaması gerekir (McAlister ve ark., 2001; McAlister ve ark., 2004). Büyük bir sağlık olayının (AKS,

koroner revaskülarizasyon vb.) sonrasında, nüks riskini azaltmayı amaçlayan girişimlere bağlılık ve bunlara psikolojik uyum için gerçekleştirilen rehabilitasyon programları düzenlenmelidir. Bu nedenle KKH' nda hastalığa uyum ve davranış değişikliği geliştirici daha iyi sağlık sonuçlarını hedefleyen ve hastalığın hasta tarafından yönetimini kolaylaştıran kardiyak rehabilitasyon programları düzenlenmektedir (Labrunée ve ark., 2012). Bu programların en temel öğelerinden birisi spesifik hasta eğitimidir. Hasta eğitimi sayesinde hastalığı tanıma, semptomlara anında yanıt vermeyi geliştirme, ilaç uyumunu sağlama, beslenme programlarına uyumu kolaylaştırma, kilo kontrolü yapabilme ve fiziksel egzersizi düzenli olarak gerçekleştirebilme gibi konularda hastanın öz yeterliği artar (Palacios ve ark., 2017) ve bu şekilde hastanın kendi öz bakımına katılma isteği ve öz güveni de artmış olur.

Hasta eğitimleri bireysel veya grup şeklinde olabilir ancak bireysel eğitimlerde her hasta için problem çözümü geliştirme olanakları bireysel ve hastaya özgü olacağı için çok daha iyi sonuçlar vermektedir. Ayrıca telefonla izlem tek başına küresel merkez tabanlı yaklaşımlardan daha az etkili görünmektedir. Yani bire bir yüz yüze hasta eğitimi çok daha iyi sonuç sağlar (Stolic ve ark., 2010; Labrunée ve ark., 2012). Bu nedenle KKH olan bireylere daha yakın takip şeklinde özel eğitim desteği verilmelidir. Hastanın beklentilerinin ve eğitim ihtiyaçlarının değerlendirilmesi yüz yüze ön görüşme ile eğitimi etkileyecek faktörlerin belirlenmesi ile yapılmalıdır.

KKH olan kişilerde eğitime uyumu etkileyen ana faktörler; D tipi kişilik (sosyal inhibisyon ve duyguların baskılanması) profili, bilişsel performansın değişmesi, düşük öz yeterlik seviyesi, tedavi veya fiziksel aktivite hakkında korku, fiziksel performansın düşük olması, depresyon, komorbiditeler ve düşük sosyoekonomik durumdur (Riegel&Carlson, 2002).

Akut bir kardiyak olaydan sonra, yaşam biçimi değişikliği bazen hastalar için çok zorlu bir süreç olabilir. Hasta eğitimi özellikle akut koroner sendromlu hastalarda zordur ve diğer hastaların çoğunda kullanılan klasik yaklaşımdan farklı olmalıdır. Bu durumda, sağlık uzmanları, hastayı yaşam biçimi değişiklikleri lehine düşünmeden önceki durumdan aktif davranışa geçirmek için hastaları ile motivasyonel etkileşimler geliştirmelidir. Eğitim verildikten sonra hastalar ile motivasyonel görüşmelerin yapıldığı izlemler olmalıdır (Prochaska ve ark., 1982).

Yaşam biçimi alışkanlıklarını değiştirmeyi amaçlayan eğitim sürecinde, hastalık yönetimine hastanın aktif katılımını sağlamak için hasta memnuniyeti önemli bir yer tutmaktadır. Hasta memnuniyetinde ise hastaların aktif dinlenmesi, problem çözümüne odaklı görüşmelerin yapılması, hastadan geri dönüş alınması etkilidir (Labrunée ve ark., 2012).

Terapötik hasta eğitimi verildikten sonraki süreci takip eden aylarda tamamlayıcı değerlendirmelere ihtiyaç vardır. Hastalar gerçek hayata döndükleri zaman genellikle önceki alışkanlıklarına geri döner ve bu nedenle terapötik hasta eğitiminin etkileri kısa sürede kaybolur. Kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde yaşam biçimindeki uzun vadeli değişiklikleri sürdürmek büyük bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, yüksek riskli veya uyumsuz hastalarda, tıbbın çeşitli üyeleriyle (hekim, kardiyolog, kardiyovasküler cerrah,...) ve paramedikal ekip (hemşireler, fizyoterapistler, diyetisyen, kinesiyoğ,...) üyeleri hastaya sıralı veya sürekli destek sağlamak zorundadır (Labrunée ve ark., 2012).

Kardiyak rehabilitasyon programlarında, yeniden değerlendirmeler genellikle telefonla yapılır, ancak uyumla ilgili uzun vadeli sonuçların da değerlendirilmesi gerekir. Yani ilk altı ayda olumlu hasta sonuçları uzun vadede sürdürülemeyebilir (Labrunée ve ark., 2012). Altı ayda bir tekrarlanan eğitim seanslarının, yaklaşık iki yılda hastaların sadece % 54'ü tarafından takip edilmektedir, buna rağmen hastaneye tekrar yatış veya yaşam kalitesi açısından iyi sonuçlar göstermektedir. Terapötik hasta eğitiminden sonra kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin öz bakım davranışları ve yaşam kalitelerindeki değişim ilk altı ayda değerlendirilmelidir, yalnız bu durumun sürdürülebilirliği de iki yıla kadar yapılan izlemlerle kontrol edilmelidir (Bocchi ve ark., 2008).

Hasta eğitiminde disiplinler arası bir yaklaşım en kabul edilebilir olanıdır. Bireysel girişimler (hemşireler veya tıp hekimleri) daha az etkilidir (McAlister ve ark., 2004). Ancak hasta ve ailesi ile yatıştan taburculuğa kadar geçen süreçte sağlık hizmeti sağlayıcıları içinde en çok etkileşimde olan grup hemşirelerdir (Akçin 2006; Kaya, 2009). Hastaların ihtiyaçlarını, yetersizliklerini, hastalığa uyumlarını en iyi gözlemleyebilen grup dolayısıyla hemşireler olmaktadır. Yani hastaların öz bakımından sorumlu oldukları gibi, öz bakımda sorumluluk alma yetisini kazandıracak olan da en başta hemşireler olmalıdır. Buna ek olarak profesyonel

hemşirelik mesleğinin en önemli görevlerinden birisi eğitici rolü ile hastaya danışmanlık yapmaktır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü tarafından hemşireler, herkese sağlık hedefleri doğrultusunda birey ve ailelerin eğitiminden sorumlu sağlık eğitimcisi olarak ilan edilmiştir. Ayrıca hemşirelerin sağlık eğitimcisi olarak hasta eğitimindeki görev ve sorumlulukları bir çok ulusal ve uluslararası raporlarda ve yönetmeliklerde de bildirimi yapılan bir konudur (Kaya, 2009).

Sonuç olarak, hasta eğitimi, hasta bakımının temel bir yönüdür ve hemşirelik uygulamalarında temel bir işlev ve profesyonel standartlardan biri olarak kabul edilmektedir (Sitolic ve ark., 2010). Bu nedenle KKH tedavisinin ayrılmaz bir parçası olan yaşam biçimi değişikliği girişimsini sağlayabilmek ve hastayı öz bakım davranışlarında öz yeterliğini kazanmış bir birey haline getirebilmek (Riegel ve ark., 2017) için hasta tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme ve kayıt yapma aşamaları olan bir bilimsel yaklaşıma dayalı eğitim programının hemşire bakış açısıyla hazırlanması ve uygulanması gerekir (Taşocak, 2007; Kaya, 2009).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, KKH olan hastaların öz bakım davranışlarını ölçmek için The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI)' nin kültürel açıdan uygun ve işlevsel bir Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek için uyarlamasını yapmak amacıyla metodolojik; KKH olan hastalara taburculuk öncesi verilen eğitimin öz bakım davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla girişimsel nitelikte randomize kontrollü bir çalışma olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan üç eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniklerinde ilk aşaması olan geçerlik ve güvenilirlik çalışması Haziran 2017 – Ağustos 2018 tarihleri arasında, ikinci aşaması olan hastalara verilen eğitimin öz bakım davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi çalışması ise Eylül 2018 - Mart 2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın ilk aşamasında araştırmanın evrenini, Haziran 2017 – Ağustos 2018 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanelerin kardiyoloji servislerinde yatarak tedavi gören araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan KKH olan hastalar oluşturmaktadır.

İkinci aşamasında araştırmanın evrenini, Eylül 2018 – Mart 2019 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanelerin kardiyoloji servislerinde yatarak tedavi gören 124 KKH olan hasta oluşturdu.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Geçerlik ve güvenirlik analizlerinde faktör analizi yapabilmek için örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının en az 5-10 katı olması gerektiği belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2002; Karakoç ve Dönmez, 2014; Tavşancıl, 2002), bu nedenle Koroner Kalp Hastalığı Öz bakım Envanterinin 22 maddeden oluşması nedeniyle 220 hastaya ulaşılması hedeflendi. COSMIN kontrol listesine göre, test tekrar test güvenirliğini değerlendirmek için 50 ile 99 denek arasında iyi bir örneklem büyüklüğünün olması tavsiye edilmektedir. (Mokkink, L.B. ve ark., 2018). Araştırmanın ilk aşamasının örneklemi, Haziran 2017 – Ağustos 2018 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanelerin kardiyoloji servislerinde yatan ve basit rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 272 KKH olan hasta (geçerlik ve güvenirlik çalışmasında 222, test tekrar test analizinde 50) oluşturdu. Bu bölümde çalışmaya alınma kriterleri; KKH olmak (geçmişinde koroner arter bypass greft cerrahisi geçirmiş ve yeni bir koroner olay nedeni ile yatmak, perkütan koroner girişim yapılmış ve stent takılmış olmak, miyokard enfarktüsü geçirmiş olmak, anjina (stabil veya unstabil) tanısı almış olmak), iletişim sorunu olmamak, 18 yaşından büyük olmak, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek, yazılı ve sözlü onam vermektir.

Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemi, Eylül 2018 - Mart 2019 tarihleri arasında, hastanelerin kardiyoloji servislerinde yatan, dahil edilme kriterlerine uyan, bilgilendirme sonrası çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, yazılı ve sözlü onamları alınan 88 KKH olan hasta oluşturdu.

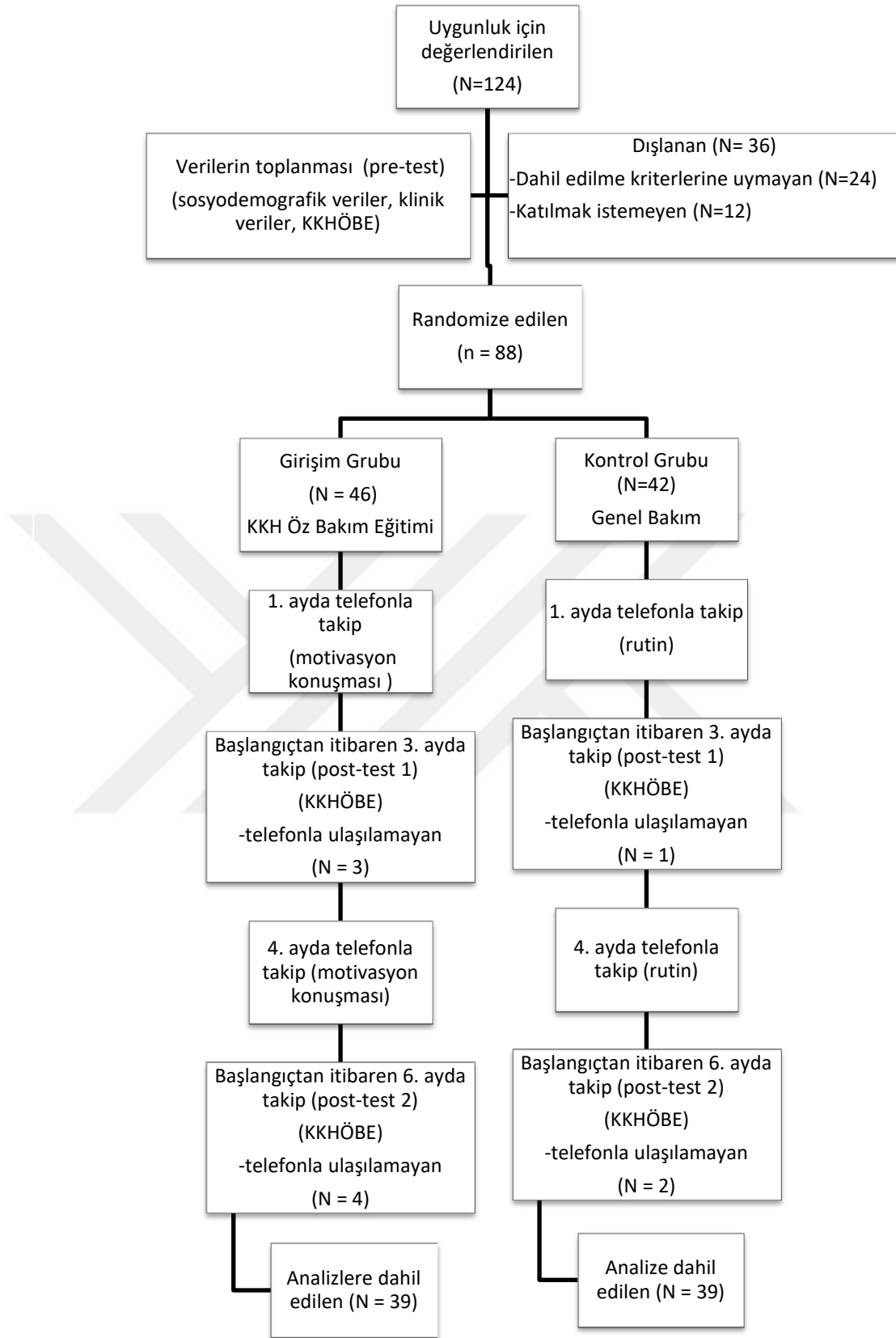
Dahil Edilme Kriterleri;

- ✓ Koroner Kalp Hastalığı (stabil angina, unstabil angina, miyokard enfarktüsü gibi akut koroner sendromlar tanısı ile yatan, perkütan koroner girişim yapılan ve stent takılan hastalar) nedeni ile hastanede yatmak,
- ✓ 18 yaşından büyük olmak,
- ✓ Telefonla iletişim kurabilmek,
- ✓ Telefonla görüşmeler sırasında iletişim kurulabilecek çalışmaya katılmaya istekli en az bir aile bireyi ile birlikte yaşamak (okuma yazma bilmeyen hastalar için),
- ✓ Eğitimden sonra en geç bir hafta içinde taburculuğu planlanmış olmak,

- ✓ Araştırma ile ilgili açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya istekli olmak,
- ✓ Yazılı ve sözlü onam vermektir.

Dışlanma Kriterleri;

- ✓ Diyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastası, kemoterapi veya radyoterapi tedavisi alan kanser hastası, ventilasyon desteği alan kronik obstruktif akciğer hastası ve serebrovasküler olay geçirmiş hastalar gibi major hastalığı ve kalp yetersizliği, kapak hastalığı, KOAH gibi ek hastalıkları olmak,
- ✓ Herhangi bir iletişim sorunu (görme bozukluğu, işitmede azalma, Türkçeyi anlama/konuşabilmede yetersizlik, psikiyatrik/doğumsal bozukluk) olmak,
- ✓ Planlandığı halde eğitimden sonra bir hafta içinde taburcu olmamak.
- ✓ Randomizasyonla, eğitim verilen girişim grubu ile aynı odaya denk gelen kontrol grubu hastaları.



Şekil 3-1. Veri toplama Prosedürü için KONSORT Şeması

Çalışmanın ikinci aşaması için KONSORT iş akış şeması Şekil 3-1' de gösterilmektedir. Çalışmanın örneklem gücü, G*Power v3 1.9.2 programı kullanılarak (%95 güven aralığında, %80 güç ve α : 0,05, β : 0,20) hesaplandı. Örneklem gücü hesaplanırken Hastanede yatan hastaların akut kötüleşen durumları tanınması ve bildirmesi için öz yeterliklerini artırmada hasta eğitimi girişiminin etkinliğini değerlendiren bir çalışmanın (30 dakikalık ve tek seanslık eğitim alan hastaların oluşturduğu girişim grubu 34, klasik bakım alan hastaların oluşturduğu kontrol grubunda 30 hasta vardı) sonuçlarındaki farklılık gösteren öz yeterlilik puanlarının anlamlılık seviyesi ($p < 0,0001$) dikkate alındı (See ve ark., 2014). Güç analizi sonucunda girişim ve kontrol gruplarına en az 35 hasta dahil edilmesi gerektiği görüldü.

Çalışmaya alınan 88 hastanın girişim ve kontrol gruplarına atanmasında randomizasyon yöntemi kullanıldı. Hastaların randomizasyonla gruplara yerleştirilmesinde, rastgele sayılar tablosundaki randomize sayılara göre belirlenen protokol numaraları kullanıldı. Telefonla takiplerde 3. ve 6. aydaki kontrollerde kayıplar olması nedeni ile araştırma girişim gurubunda 39 ve kontrol grubunda 39 olmak üzere toplam 78 hasta ile tamamlandı. Çalışmanın sonuçları 78 hastadan elde edilen verilerin analizi ile elde edildi (Şekil 3-1).

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (The Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory), Türkiye' deki KKH olan bireylerde öz bakım davranışlarını ölçmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araçtır.

Hipotez 3: Eğitim uygulaması, girişim grubundaki hastaların öz bakım davranışlarını artırır.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri eğitim uygulaması ve sosyodemografik özellikler, bağımlı değişkenleri ise öz bakım davranışlarıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplanırken Hasta Tanıtım Formu ve Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE) kullanıldı.

3.6.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve çalışma ile ilgili önemli değişkenleri içeren Hasta Tanıtım Formu üç bölümden oluşmaktadır.

Bireye ilişkin sosyodemografik özellikler; cinsiyet, yaş, boy, kilo, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, iş-mesleki durum, gelir gider durumu,

Yaşam şekli ile ilgili özellikler; sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, yaşamın tanımlanma durumu, kişinin stresli olup olmama durumu,

Hastalık ile ilgili özellikler; hipertansiyon tanısı varlığı ve süresi, diyabet varlığı ve süresi, koroner arter hastalığı soygeçmişi, koroner arter hastalığı süresi, koroner arter hastalığı ile ilgili bilgi kaynağı.

3.6.2. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI) (EK-2)

Dickson ve ark. (2017) tarafından geliştirilmiş olan envanter toplam 22 maddeden ve 3 bölümden oluşmaktadır. Kronik hastalıkların öz bakım teorisi kullanılarak geliştirilen envanter sürdürme, yönetim ve öz güven alt ölçekleri ile KKH olan bireylerin öz bakım davranışlarını ölçmektedir. Envanterin geliştirilme çalışmalarında içerik geçerliği, yakınsak geçerlik ve yapı geçerliği çalışmaları yürütülmüştür. Yakınsak geçerlik analizinde Tıbbi Sonuçlar Çalışmasına Özgü Uyum Ölçeği (MOS-SAS) ve Karar Verme Yetkinlik Envanteri (DMCI) kullanılmıştır (Dickson ve ark., 2017). Öz bakımı sürdürme ölçeği, danışma ve otonom davranışlarını iki boyutta ölçer. Danışma davranışları alt boyutu 6 maddeden (1,2,3,5,7,9), otonom davranışlar boyutu ise 4 maddeden (4,6,8,10) oluşmaktadır. Her bir madde 1 (hiçbir zaman veya nadiren) ile 4 (her zaman veya günlük) arasında puanlanır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 40, en düşük puan 10'dur (Bayrak &

Oğuz, 2020). Öz bakımı sürdürme ölçeği yapısının güvenilirliği yüksek bulunmuştur (FDS = 0,87) (Dickson ve ark., 2017). Öz bakımı yönetme ölçeğinin erken ve geç alt boyutları vardır. Erken alt boyutu, semptomlara karşı erken farkındalık tepkilerini ölçer. Geç altboyutu, semptomlara karşı gecikmiş yanıtları ölçer. Erken alt boyutu 3 maddeden (11,12,16) ve geç alt boyutu da 3 maddeden (13,14,15) oluşmaktadır. 11. madde 0 (fark etmedim) ve 4 (çok hızlı) arasında değişen bir puan alır. 16. madde ise 0 (hiçbir şey yapmadım) ile 4 (oldukça eminim) arasında puanlanır. Diğer maddeler 1 (muhtemel değil) ile 4 (oldukça muhtemel) arasında puanlanır. Bu alt ölçekten alınabilecek maksimum puan 24, minimum puan 4'tür (Bayrak & Oğuz, 2020). Öz bakımı yönetme ölçek yapısının güvenilirliği yeterli bulunmuştur (FDS = 0,76). Öz bakım güven ölçeğinin 6 maddeden oluşan tek bir boyutu vardır (17,18,19,20,21,22) (Dickson ve ark., 2017). Her madde 1 (güvenilmez) ile 4 (oldukça emin) arasında puanlanır. Alt ölçekten alınabilecek maksimum puan 24, minimum puan 4'tür (Bayrak & Oğuz, 2020). Öz bakım öz güven ölçeği yapısının güvenilirliği iyi bulunmuştur ($\alpha = .76$) (Dickson ve ark., 2017). Bu envanterden üç farklı puan elde edilir ve yüksek puanlar artan öz bakım ile ilişkilendirilir (Dickson ve ark., 2017).

3.6.3. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Kitapçığı (EK-10)

Literatür taraması yapılarak geliştirilen kitapçık, koroner kalp hastalığının yönetiminde gerekli davranış değişiklikleri belirlenerek oluşturuldu. Bu davranışlar çoğunlukla öz bakımı sürdürme ve öz bakımı yönetmede hastaya yön gösterecek nitelikte anlatıldı. Kitapçığın içerik planı;

- Koroner kalp hastalığını anlamak, semptomları tanımak ve yönetmek,
- Öz bakımı sürdürmede ilaçlar,
- Öz bakımı sürdürmede beslenme ve kilo kontrolü,
- Öz bakımı sürdürmede fiziksel aktivite
- Stres yönetimi olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır.

Öz bakımı yönetme (semptomları tanıma ve yönetme) birinci bölümde anlatılmaktadır. Ayrıca öz bakım davranışlarının anahtarları da kısa bir özet şeklinde son sayfada verilmiştir. Bu kitapçığın hazırlanmasında, hastalık hakkında bilgi, beceri ve kendine güveni arttırarak hastanın öz bakım sorumluluklarının

kazandırılması amaçlandı. Oluşturulan kitapçık uzman görüşü sonrası hastalar tarafından kolay okunabilir ve anlaşılabilir son şeklini aldı.

3.7. Veri Toplama Yöntem ve Süreci

Bu araştırma, hem metodolojik hem de randomize kontrollü girişimsel nitelikte iki çalışmadan oluşmaktadır. Bu nedenle veri toplama süreci iki aşamada anlatıldı.

3.7.1. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (1. aşama)

Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI)' nin ülkemizde kullanılması için geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmak üzere sorumlu yazardan (Victoria Vaughan Dickson) e-mail yolu ile izin alındı (Ek-3).

3.7.1.1 Geçerlik

Envanterin geçerlik analizinde aşağıdaki yöntemler kullanıldı;

Dil geçerliği (psikolinguistik özelliklerin uyarlanması)

Psikolinguistik özellikler/dil doğrulama aşaması, çeviri, geri çeviri ve çeviride denklik (eşdeğerlik) olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Dil geçerliği çalışmalarında zorunlu olmadığı ve her iki dili de bilen bir örneklem (en az 30 kişi) oluşturulamayacağı için çeviride eşdeğerlik aşaması yapılmadı (Aksayan&Gözüm, 2002; Seçer, 2015).

Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi; Ölçek uyarlama analizlerinin ilk adımı, ölçeğin Türkçeye uyarlanmasıdır. Öncelikle ölçek, orijinal dilini ve Türkçe'yi bilen en az iki dil uzmanı tarafından Türkçeye çevrilmelidir (Seçer, 2015). Bu nedenle, envanter iki dil ve çeviri uzmanı ve araştırmacılar tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi.

Çevirileri inceleme ve karşılaştırma; bu aşamada çevirilerin incelenmesi ve karşılaştırılması sürecinde dil ve alan uzmanlarının görüşlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Seçer, 2015). Türkçe'ye çeviriden elde edilen formlar, anadili Türkçe olan ve İngilizceyi de anadili kadar iyi bilen (yazabilen/okuyabilen) iki hemşirelik bölümünde görevli akademisyenin görüşüne sunuldu. Akademisyenler tarafından çeviri formları dilbilim ve ifadelerin uygunluğu açısından değerlendirildi. Çeviri formları karşılaştırılırken hiçbir dilsel ve anlamsal tutarsızlık bulunmadı ve

akademisyenlerin fikirbirliği ile bu çeviriler tek form haline getirilerek taslak envanter oluşturuldu. Taslak envanter uzman görüşüne sunuldu. Sekiz uzmanın görüşleri alındıktan sonra bazı maddeler yeniden düzenlendi. Daha sonra pilot çalışma 10 KKH hastası ile gerçekleştirildi. Hastaların görüşlerine göre, pilot çalışmada kullanılan envanterde herhangi bir değişiklik yapılmadı. Pilot çalışmadan elde edilen veriler, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında kullanılmadı. Geri çeviri süreci başlatılmak üzere son Türkçe versiyon oluşturuldu.

Envanterin Türkçeden İngilizceye Geri Çevrilişi; Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, uzman görüşünden ve pilot çalışmadan geçen ölçek, çevrilen dilin yanı sıra İngilizce'yi de ana dili kadar iyi bilen ve aynı zamanda ölçek hakkında hiçbir bilgisi olmayan bağımsız bir çeviri uzmanı tarafından geri çeviri yapılması gerekir (Çapık et al.,2018). Bu nedenle uzman görüşünden ve pilot çalışmadan sonra oluşturulan envanter son Türkçe halini de aldıktan sonra, daha önce envanteri görmediğini bildiğimiz farklı iki çeviri uzmanı tarafından İngilizce'ye geri çevrildi. Bu sürecin tamamlanmasından sonra, sorumlu yazar (Victoria Vaughan Dickson) tarafından geri çevrilmiş envanter ile orjinal envanter karşılaştırıldı. Sorumlu yazar geçerlik ve güvenirlik çalışmalarına devam etmek üzere onay verdi. Böylece dil geçerliği süreci tamamlanmış oldu.

İçerik geçerliği (Madde Kapsam Geçerlik İndeksi, Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi)

Çeviri aşamasında envanter, geri çevirisi yapılmadan önce son Türkçe versiyonu sekiz uzmanın (hemşirelik bölümünden yedi öğretim üyesi ve bir hastanenin kardiyoloji bölümünde bir kardiyolog) görüşüne sunuldu (Polit ve ark., 2007; Polit, 2015). Sekiz uzman ölçeğin her bir maddesini (22 madde) "uygun değil = 1", "biraz uygun (maddeler / ifadeler uygun bir forma konulmalıdır) = 2", "oldukça uygun = 3", "çok uygun = 4" olarak değerlendirdi (Lynn, 1986). Uzmanlar ayrıca ölçeğin maddelerinin Türk kültürüne uygunluğu konusunda da görüşlerini dile getirdiler (çeviri sürecinde bu görüşler kullanıldı). İçerik (Kapsam) geçerlik indeksi (KGI), uzmanların maddelere verdikleri puan yanıtları kullanılarak hesaplandı.

Yapı geçerliği (açımlayıcı faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi)

Dil ve kapsam geçerliği sağlanan ölçeğin yapı geçerliğini ortaya koymak için önce açımlayıcı sonra da doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Açımlayıcı faktör

analizinden önce, verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin testi ve Barlett küresellik testi kullanıldı. Daha sonra envanterin alt ölçeklerinin faktör yapısını belirlemek üzere açımlayıcı faktör analizi yapıldı. Envanteri oluşturan ölçeklerin alt bileşenleri belirlendikten sonra, faktör yüklerinin değerlendirilmesinde kullanılan döndürülen bileşenler matrisi, varimax yöntemi kullanılarak belirlendi. Bileşenler matrisi tablosundan elde edilen verilere göre maddelerin faktör yüklerine göre bulundukları alt boyutlar belirlendi ve üç alt ölçeğin alt boyutlarındaki maddelere göre bir model oluşturuldu (Seçer, 2015). Açımlayıcı faktör analizinde oluşturulan bu model doğrulayıcı faktör analizi yapılarak doğrulandı. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum iyiliği indeksleri ve standartlaştırılmış tahmini faktör yükleri yapının uygunluğu açısından değerlendirildi (Çelik & Yılmaz, 2013).

3.7.1.2. Güvenirlik

Bir psikometrik testten elde edilen sonuçların kararlılık gösterdiğini ve uygulamadan uygulamaya değişmediğini göstermek için güvenilirlik analizi yapılır. Hatasız testin derecesi testin güvenilirliğini gösterir (Seçer, 2015). Bu bölümde, madde toplam puan korelasyonlarını hesaplamak için Pearson korelasyon katsayısı ve iç tutarlılığı test etmek için Cronbach's α güvenilirlik analizleri kullanıldı. Geçerlik ve güvenilirlik analizlerinden sonra test tekrar test analizi yapılarak ölçeğin test tekrar test güvenilirliğine sahip olduğu kanıtlanmalıdır (Seçer, 2015). Test tekrar test analizinde araç, belirli bir zaman aralığından (en ideal aralık 15-30 gün) (Polit, 2015) sonra aynı kişilere ikinci kez uygulandı. Test tekrar test analizinin ilk uygulaması hastanede, ikinci uygulaması ise telefonla gerçekleştirildi.

Tablo 3-1. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışma Tasarımı

Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI)' nin ülkemizde kullanılması için geçerlik ve güvenirlik analizlerini yapmak üzere sorumlu yazardan izin alındı		
Marmara Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı alındı (06.02.2017/60)		
Çalışmanın yapıldığı hastanelerden kurum izni alındı		
Çalışmanın yapıldığı hastanelerin kardiyoloji servislerinde yatan ve dahil edilme kriterlerine uygun hastalar basit rastgele yöntem ile seçildi		
Geçerlik Çalışması (N=222)		
Dil Geçerliği	SC-CHDI İngilizce'den Türkçeye iki dil bilim uzmanı tarafından çevirildi	
	Çeviriler iki öğretim üyesi tarafından karşılaştırıldı ve Taslak Envanter elde edildi	
	Taslak Envanter sekiz uzman tarafından değerlendirildi	
	Pilot çalışma yapıldı (N=10)	
	Taslak Envanter Türkçe'den İngilizceye farklı iki dil bilim uzmanı tarafından geri çevirildi	
	Geri çevirisi yapılan Taslak Envanter sorumlu yazarın onayından geçti	
İçerik Geçerliği	Uzman görüşünden geçen envanterin maddelerine verilen puanlar değerlendirildi. Madde KGI ve Ölçek KGI hesaplandı	
Yapı Geçerliği	Açımlayıcı Faktör Analizi (SPSS)	Doğrulamalı Faktör Analizi (AMOS)
	Kaiser-Meyer-Olkin testi ve Barlett küresellik testi yapıldı	Birinci düzey yol diyagramı AFA bulgularına göre çizildi
	Maddelerin varimax yöntemi ile döndürülmesi yapıldı	Çizilen modelin standardize yükleri ve Uyum indeksleri değerlendirildi
	Döndürme sonrası varyans yüzdeleri ve madde faktör yüklerine göre alt boyutlar isimlendirildi	Üç adet Modifikasyon işlemi yapıldı ve Model uyum indeksleri değerlendirildi
Güvenirlik	Madde toplam puan korelasyonu hesaplandı	
	Cronbach's alfa katsayıları hesaplandı	
	Test tekrar test çalışmasının analizleri yapıldı (N=50)	
	Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı hesaplandı	

3.7.2. Koroner Kalp Hastalığı Olan Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi (2.Aşama)

Araştırmanın bu bölümünde, öncelikle KKH tanısı ile hastanelerin kardiyoloji servislerinde yatan 124 hasta değerlendirmeye alındı. Değerlendirmede çalışmanın tasarımında belirlenen dahil edilme ve dışlanma kriterleri baz alındı. Bunun sonucunda dahil edilme kriterlerine uygun olmayan 24, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 12 hasta olmak üzere toplam 36 hasta çalışma dışı bırakıldı ve 88 hastanın randomizasyonu yapıldı. Bu hastalardan bilgilendirilmiş onam formu okunduktan sonra sözlü ve yazılı onayları alındı.

3.7.2.1. Girişim Grubunda Veri Toplama Süreci

Girişim Grubu: bu gruptaki hasta sayısı randomizasyon sonrası 46 olarak belirlendi.

Ön Görüşme (pre-test)

Hastalara ön görüşmede ‘Hasta Tanıtım Formu’ ve ‘Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri’ uygulandı. Ön görüşmeden sonra her hasta için bireysel eğitim süreci planı yapıldı.

Eğitim Süreci

- ✓ Eğitim tarihi belirlenirken, kliniğin işleyişi ve her hasta için eğitime katılması istenen hasta yakınının hastanede bulunma durumu göz önüne alındı.
- ✓ Öncelikle kliniklerin işleyişi hakkında bilgi toplandı.
- ✓ Kliniklerin hemşire/hekim vizit saatleri ve süresi, nöbet teslim saatleri ve süresi, ilaçların uygulanma saatleri ve süresi, yemek saatleri ve süresi, ziyaret saatleri ve süresi belirlendi. Böylelikle eğitim için uygun olan zaman aralıkları tespit edildi.
- ✓ Araştırmanın yapıldığı hastanelerin klinik işleyişine göre en uygun zaman dilimleri hafta içi öğlen 12.30 ve 15.45 saatleri ile akşam 20.00 ve 24.00 saatleri, haftasonu ise sabah 08.30 ve 11.30, öğlen 12.30 ve 16.00, akşam 19.30 ve 24.00 saatleri arasındaydı.
- ✓ Hastaların ön görüşmeleri daha önce yapıldığı için bu beş farklı zaman diliminde tek seanslık eğitim sürecini etkileyecek bir süre aşımı olmadı.

- ✓ Eğitim öncesi hasta odasının temizliği ve havalandırılmasının yapılması için klinik personelinden destek alındı.
- ✓ Eğitime başlamadan önce hastaların bireysel ihtiyaçları da hasta yakınları ve klinik hemşirelerin desteği ile karşılanarak eğitimin bölünmesini engelleyecek tüm durumlar ortadan kaldırıldı.
- ✓ Eğitimler hasta odasında yüz yüze görüşme tekniği, sözel anlatım, soru cevap ve eğitim kitapçığı ile yapıldı.
- ✓ Sunuma başlamadan önce eğitim kitapçığı tanıtıldı ve sunumu kitapçıktan da takip edebilecekleri açıklandı.
- ✓ Sunumun içerik planı anlatılarak eğitim hakkında ön bilgi verildi.
- ✓ Eğitim sunumu ortalama 25 dk.; hastaların bilgileri tekrar etmesi, anlaşılmayan kısımların araştırmacı tarafından tekrar edilmesi, soru cevap bölümleri de ortalama 35 dk. sürdü.
- ✓ Eğitim sonrası hastaların eğitim kitabındaki bilgileri taburcu olduktan sonra evde tekrar okuması istendi ve bir ay sonra telefonla takip görüşmesinde bu bilgilerin kontrolü yapılacağı bilgisi verildi.
- ✓ Okuma yazma bilmeyen hastaların eğitiminde yazılı olmayan görsel slayt gösterimi özel olarak hazırlandı ve eğitim kitapçığı 6 ay boyunca telefonla görüşmelerde hastanın yanında bulunacak hasta yakınına teslim edildi.
- ✓ Çalışma başlangıcında okuma yazma bilmeyen sekiz hasta vardı ancak 3. ve 6. ay telefonla olan görüşmelerde üç hasta yakınına ulaşamadığı için bu hastalar çalışma dışı bırakıldı.
- ✓ Eğitim sonrası 1. ve 4. aylarda telefonla öz bakımı sürdürmek için motivasyon görüşmesi yapılacağı bilgisi verildi.
- ✓ Eğitim sonrası 3. ve 6. ayda telefonla aranarak Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri' nin tekrar uygulanacağı bilgisi verildi.

1. ve 4. ay görüşmeler

Birinci aydaki telefonla görüşmelerde ilk olarak hastaların eğitimde aldıkları bilgileri yaşama geçirip geçirmediikleri ile ilgili durum tespiti yapıldı. Öz bakım davranışlarından hangilerini yapmada zorlandıkları ve yapamadıkları ile ilgili bilgi alındı ve bunlar için çözüm önerileri sunuldu. Daha sonra ilaçların yan etkileri, tedavi planı, kontrollere gitme zamanları gibi hastalardan yöneltilen sorular yanıtlandı. Bu bölümdeki telefonla görüşme süreleri hastaların durumuna göre 20-40 dk. arasında sürdü. Dördüncü aydaki telefonla görüşmelerde öncelikle hastalardan yöneltilen sorular yanıtlandı, araştırmada kalıp kalmadıkları kontrol edildi, öz bakımı sürdürmede eksilikleri olup olmadığı soruldu ve varsa çözüm önerileri sunuldu. Bu bölümde hasta görüşmeleri en fazla 15dk. sürdü.

3. ve 6. ay telefonla takip

Bu bölümdeki telefonla takip görüşmelerinde hasta yanıtlarını etkilememesi adına öncelikle Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri uygulandı. Daha sonra öz bakımla ilgili sorunları hakkında konuşuldu ve hastalardan gelen sorular yanıtlandı. Bu görüşmelerde 15 dk. envanterdeki soruların yanıtlanması, 15 dk. da hasta ile ilgili sorunların konuşulması şeklinde toplamda ortalama 30 dk. sürdü. 3. ve 6. ay görüşmelerde toplam yedi hastaya ulaşılamadı bu nedenle hastalar çalışma dışı bırakıldı.

3.7.2.2. Kontrol Grubunda Veri Toplama Yöntem ve Süreci

Kontrol Grubu: bu gruptaki hasta sayısı randomizasyon sonrası 42 olarak belirlendi.

Ön Görüşme (pre-test)

Hastalara ön görüşmede ‘Hasta Tanıtım Formu’ ve ‘Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri’ uygulandı. Ön görüşmeden sonra her hasta için genel bakım yapıldı. Genel bakım, reçete edilen ilaçların nasıl kullanılacağı, kontrollere ne zaman geleceği gibi taburculuk sonrası uygulanan kliniğin rutin prosedürünü içermekteydi ve yaklaşık 5dk. sürdü.

1. ve 4. ay görüşmeler

Bu bölümde hastaların araştırmada kalma durumunu görmek adına takip görüşmesi yapıldı. Bu görüşmelerde hastalardan gelen sorular yanıtlandı. Özellikle hastalar tarafından ilaçların yan etkileri, hekim takip süreleri, tedavi süreci ile ilgili sorunlar dile getirildi. Ortalama bu görüşmeler 10 dk. Sürdü.

3. ve 6. ay görüşmeler (post test 1-2)

Bu bölümdeki telefonla takip görüşmelerinde hastalara önce Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri uygulandı. Daha sonra hastalardan gelen sorular yanıtlandı. Görüşmeler ortalama 20dk. sürdü. 3. ve 6. ayda üç hastaya ulaşılabilmesi nedeni ile bu hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışma bittikten sonra kontrol grubundaki hastalara eğitim kitapçığı gönderildi.

Tablo 3-2. Randomize Kontrollü Çalışma Tasarımı

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun hastalar randomize edildi (N=88)	
	Girişim Grubu
Veri Toplama Ön görüşme (pre test)	Hasta Tanıtım Formu ve Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri uygulandı
Planlama Eğitim sürecinin planlanması	Kliniklerin işleyişi hakkında bilgi toplandı
	Eğitime katılacak hasta yakınları bilgilendirildi
	Eğitim verilecek tarih ve saatler belirlendi
Uygulama Eğitimin Hastanede Uygulanması	Eğitim yapılacak hasta odasının hazırlığı yapıldı
	Hastanın eğitime hazır duruma gelmesi sağlandı
	Eğitim kitabının tanıtımı yapıldı
	Eğitim sonrası geri bildirim alındı ve sorular yanıtlandı
Değerlendirme Telefonla takip	1. ay görüşmede öz bakım faaliyetleri sorgulandı ve çözüm önerileri konuşuldu. Hasta soruları yanıtlandı (Motivasyon görüşmesi)
	3. ay görüşmede KKHÖBE uygulandı ve hasta soruları yanıtlandı (post test-1)
	4. ay görüşmede hasta soruları yanıtlandı ve öz bakım için çözüm önerileri tartışıldı (Motivasyon görüşmesi)
	6. ay görüşmede KKHÖBE uygulandı ve hasta soruları yanıtlandı (post test-2)
Kaydetme ve Analiz	Telefonla takipte ulaşılamayan 7 hasta çalışma dışında kaldı ve Girişim grubunda 39 hastanın verileri analiz edildi
Kontrol Grubu	Hasta Tanıtım Formu ve Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri uygulandı (pre test)
	Genel bakım yapıldı (pre test)
	1. ve 4. ay görüşmelerde hasta soruları yanıtlandı
	3. ay görüşmede KKHÖBE uygulandı ve hasta soruları yanıtlandı (post test-1)
	6. ay görüşmede KKHÖBE uygulandı ve hasta soruları yanıtlandı (post test-2)
	Telefonla takipte ulaşılamayan 3 hasta çalışma dışı kaldı ve Girişim grubunda 39 hastanın verileri analiz edildi

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Geçerlik ve güvenirlik analizlerini yürütebilmek için Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI)' ni geliştiren sorumlu yazardan e-mail yolu ile izin alındı (Ek-3). Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu' ndan 06.02.2017 tarihli ve 60 protokol numaralı etik kurul izni alındı (Ek-4). Araştırmanın yapıldığı hastanelerden 16.05.2017 tarih ve 16553 sayı numarası, 24/05/2018 tarih ve 16867222 sayı numarası ve 19/06/2018 tarih ve 53838792 sayı numarası ile kurum izinleri alındı (EK-5). Araştırmanın örneklemi oluşturur hastalardan araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek-6, Ek-7, Ek-8, Ek-9).

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analizi

Araştırma verilerinin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ve AMOS 24 programı deneme sürümü kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan) kullanıldı. Araştırmanın birinci aşaması olan geçerlik ve güvenirlik analizlerinde; MKGİ, ÖKGİ, Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett küresellik testi, varimax döndürme, varyansların yüzdesi, DFA model uyum indeksi, pearson korelasyon katsayısı, cronbach's alfa katsayısı, paired sample t testi kullanıldı. Araştırmanın ikinci aşamasında ise verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi ile değerlendirildi. Girişim ve kontrol gruplarının öz bakım puanlarının karşılaştırılmasında grup içi puanlar Friedman testi, üç görüşmeden hangisinin anlamlılık yarattığını göstermek için ise Wilcoxon testi, gruplar arasındaki puan farklarının değerlendirilmesinde ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde ele alındı.

Tablo 3-3. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırma Aşaması	İstatistiksel Yöntem
Geçerlik	
Kapsam Geçerliği	Madde ve Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi
Açımlayıcı Faktör Analizi	Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett küresellik testi Varyansların Yüzdesi Varimax Döndürme
Doğrulamalı Faktör Analizi	Mutlak Uygunluk Ölçütleri (CMIN/df, RMSEA, RMR ve GFI) Aşamalı Uygunluk Ölçütleri (NFI, TLI ve CFI)
Güvenirlik	
Madde Toplam Puan Analizi	Pearson korelasyon katsayısı
İç Tutarlılık	Cronbach's α güvenilirlik katsayısı
Test Tekrar Test	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı Paired sample t testi
Sınıf İçi Gözlemci Tutarlılığı	Pearson korelasyon katsayısı
Tanıtıcı Özellikler	Ortalama Standart Sapma Medyan Sayı Yüzde Student-t testi Ki-kare testi
KKHÖE ile ilgili sonuçlar	Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi Friedman test Wilcoxon testi Mann Whitney U testi

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yanları

Hasta eğitimi sonrası izlemlerin telefonla ve hastanelerin olanaksızlıkları nedeni ile eğitimlerin hasta odasında yapılması araştırma sınırlılıklarıdır. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (KKHÖBE)' nin, ülkemizdeki KKH olan bireylerin öz bakım davranışlarını spesifik olarak ölçebilen ilk araç olması; Araştırmanın ikinci aşamasının randomize kontrollü girişimsel nitelikte olması ve bu envanterin ülkemizdeki hastalarda kullanıldığı ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yanlarıdır.



4. BULGULAR

4.1. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Geçerlik ve Güvenirlik Bulguları

Araştırmanın geçerlik analizlerinde dil geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği; güvenirlik analizlerinde ise envanterin iç tutarlılığının değerlendirilmesi için cronbach's alfa güvenirlik katsayısı, madde-toplam puan korelasyonu ve sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC), zamana göre değişmezliğinin belirlenmesi için ise test-tekrar test bulgularına yer verildi.

4.1.1 Geçerlik analizleri

Dil geçerliği

Geçerlik çalışmalarının ilk aşamasında dil geçerliği analizi yapılır. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI)' nin Türk kültürüne uyarlanması için envanteri geliştiren sorumlu yazardan izin alındıktan sonra envanterin orjinal hali araştırmacılar ve her iki dili de ana dili gibi bilen iki dil bilimci tarafından Türkçe' ye çevrildi. Bu çeviriler karşılaştırılarak envanterin ilk Türkçe formu oluşturuldu. Bu form her iki dili iyi bilen 8 öğretim üyesinin görüşüne sunuldu. Uzmanlar envanterin Türkçe formunu ve orjinal halini karşılaştırarak Türk kültürüne uygunluğu ve anlaşılabilirliği hakkında görüş bildirdi. Uzman görüşleri doğrultusunda envanterin son hali oluşturulduktan sonra 10 hasta ile pilot çalışma yapıldı ve sonra geri çevirisi daha önce orjinal halini hiç görmemiş olan bir dil bilimciye yaptırıldı. Geri çeviri envanterin asıl sahibine gönderilerek onay alındı. Onayı alınan envanterin dil geçerliği sağlanmış oldu. Geçerlik çalışmalarına devam edildi.

Kapsam (İçerik) Geçerliği

Kapsam geçerliği 8 öğretim üyesinin KKHÖBE' nin her bir maddesinin 1-4 arasında değerlendirilmesi ile yapıldı. Uzman görüşlerine ilişkin kapsam geçerliği bulguları Tablo 1 ve 2' de gösterildi.

Tablo 4-1. Envanterin Sekiz Uzman Tarafından Puanlandırılması ve Kapsam Geçerlik İndeksi Bulguları

	1 veya 2 puan verilen maddeler	3 veya 4 puan verilen maddeler	Oransal ilişki düzeyi
Uzman 1	1 (madde 6)	21	0,95
Uzman 2	0	22	1,00
Uzman 3	0	22	1,00
Uzman 4	0	22	1,00
Uzman 5	0	22	1,00
Uzman 6	0	22	1,00
Uzman 7	0	22	1,00
Uzman 8	0	22	1,00
Oransal ilişki: 3 veya 4 puan verilen madde sayısı/toplam madde sayısı			
ÖKGİ = oransal ilişki düzeyi toplam puanı /uzman sayısı; $7,95/8 = 0,99$			
MKGİ= Madde geçerlik indeksi toplam puanı /madde sayısı; $21,88/22=0,99$			
(Madde 6' nın KGİ= maddenin 3 veya 4 puan aldığı uzman sayısı/toplam uzman sayısı; $7/8 = 0,88$, Diğer maddelerin KGİ= $8/8 = 1,00$)			

MKGİ: Madde Kapsam Geçerlik İndeksi, ÖKGİ: Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi (Polit et al., 2007)

Tablo 4-1' de KKHÖBE maddelerinin uzman görüşü sonrası oransal ilişkileri ve kapsam geçerlik indekslerine ait bulgulara yer verildi. Madde altı birinci uzman tarafından 2 puan alırken, diğer maddeler tüm uzmanlardan 3 veya 4 puan aldı. Birinci uzmanın oransal ilişkisi 0,95 iken diğer uzmanların oransal ilişkisi 1,00 bulundu. Ölçek ve madde kapsam geçerlik indeksleri 0,99 olduğu bulundu.

Yapı Geçerliği Bulguları

Envanterin yapı gererliğini ortaya koymak için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapıldı.

Tablo 4-2. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı (N= 222)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	59	26,6
Erkek	163	73,4
Yaş		
Ort= 62,37±11,39		
54 ve altı	53	23,9
55-64	61	27,5
65 ve üstü	108	48,6
BKİ		
Ort= 28,21±14,69		
18-25	67	30,2
26-30	81	36,5
30 dan fazla	74	33,3
Eğitim		
Okur yazar değil	18	8,1
Okur yazar	25	11,3
İlkokul/ortaokul	140	63,1
Lise	18	8,1
Üni ve üstü	21	9,5
Medeni Durum		
Evli	186	83,8
Bekar	36	16,2
Çalışma Şekli		
Tam gün	39	17,6
Yarım gün	5	2,3
Çalışmıyorum	178	80,2
Yaşam Şekli		
Sakin	102	45,9
Hareketli	120	54,1
Stres Durumu		
Stresli	170	76,6
Hiç Stresli Değil	19	8,6
Kısmen Stresli	33	14,9

Tablo 4-2’ de geçerlik ve güvenirlik analizlerine dahil edilen hastaların demografik özelliklerine ait bulgular gösterilmektedir. Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu erkek olup yaş ortalamaları 62,37±11,39 olduğu bulundu.

Hastaların beden kitle indeksine göre çoğunluğunun kilolu olduğu, ilkokul ortaokul seviyesinde eğitim aldığı, evli olduğu, çalışmadığı, hareketli yaşam şekline sahip olduğu ve stresli olduğu tespit edildi.



Tablo 4-3. Hastalık ile İlgili Özelliklerin Dağılımı (N= 222)

Özellikler	Sayı	%
KAH Hastalık Süresi		
1 yıldan az	92	41,4
1-5 yıl	27	12,2
6-10 yıl	43	19,4
11 ve fazla	60	27,0
Sigara İçme Durumu		
Aktif Kullanan	55	24,8
Hiç Kullanmamış	74	33,3
Bırakan	93	41,9
Hipertansiyon		
Var	161	72,5
Yok	61	27,5
Diyabet		
Var	87	39,2
Yok	135	60,8
Aile Öyküsü		
Var	171	77,0
Yok	51	23,0

Tablo 4-3’ de geçerlik ve güvenirlik analizlerine dahil edilen hastaların hastalık ile ilgili özelliklerine ait bulgular gösterilmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun bir yıldan daha az zamandır KKH olduğu, sigarayı bıraktığı, hipertansiyonu olduğu, diyabeti olmadığı ve ailesinde KKH öyküsü olduğu bulundu.

Açımlayıcı Faktör Analizi Bulguları

Yapı geçerliği aşamasında ölçme aracının örtük yapısının belirlenmesi için Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılır. Geçerlik çalışmalarına devam edebilmek için öncelikle örneklemden elde edilen bulguların AFA için uygun olup olmadığının belirlenmesi gerekir. Bu uygunluğun değerlendirilmesinde Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett Küresellik Testi kullanıldı.

Tablo 4-4. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envateri Alt Ölçeklerinin Faktör Analizi UygunluğunaYönelik Bulgular

Alt Ölçekler	KMO	Bartlett's Küresellik Testi		
		Approx. Chi-Square	df	Sig (Olasılık)
Sürdürme	0,724	761,085	45	0,000*
Yönetme	0,644	393,800	15	0,000*
Öz Güven	0,924	1315,912	15	0,000*

KMO, Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Uygunluk Testi

Tablo 4-4' de veri setinin faktör analizine uygunluğunu gösteren bulgular yer almaktadır. En düşük KMO değerinin Yönetme alt ölçeğine ait olduğu görüldü. Barlett's Küresellik testi değerleri ise üç ölçek için de anlamlı bulundu ($p<0,0001$).

Tablo 4-5. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Faktör Yapısına İlişkin Sonuçlar

Alt ölçekler	Bileşenler	İlk Özdeğerler			Döndürülmemiş Varyans Değerleri ve Özdeğerler			Döndürme Sonrası Varyans Değerleri ve Özdeğerler		
		Toplam	Varyans Yüzdesi	Yığılm Yüzdesi	Toplam	Varyans Yüzdesi	Yığılm Yüzdesi	Toplam	Varyans Yüzdesi	Yığılm Yüzdesi
A	otonom	3,09	30,95	30,95	3,09	30,95	30,95	2,79	27,93	27,92
	danışma	2,46	24,64	55,59	2,46	24,64	55,59	2,77	27,67	55,59
B	erken	2,17	36,19	36,19	2,17	36,19	36,19	2,07	34,46	34,46
	geç	1,96	32,63	68,82	1,96	32,63	68,82	2,06	34,36	68,82
C	tek	4,87	81,13	81,13	4,87	81,13	81,13	4,87	81,13	81,13

A, Sürdürme alt ölçeği; B, Yönetme alt ölçeği; C, Öz Güven alt ölçeği

Tablo 4-5’ de KKHÖBE’ nin faktör yapısına ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde envanterin Sürdürme alt ölçeğinin toplam varyansının %55,59’ unu açıklayan, %1 ve üzeri öz değer ve %5 ve üzeri varyansa sahip iki bileşenli bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Birinci faktörün öz değeri 3,09 olup açıkladığı varyans oranı %27,93; ikinci faktörün öz değeri 2,46 olup açıkladığı varyans oranı %27,67 dir. Yönetme Alt Ölçeğinin toplam varyansının % 68,82’ sini açıklayan, %1 ve üzeri öz değer ve %5 ve üzeri varyansa sahip iki bileşenli bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Birinci faktörün öz değeri 2,17 olup açıkladığı varyans oranı %34,46; ikinci faktörün öz değeri 1,96 olup açıkladığı varyans oranı %34,36’dır. Öz Güven Alt Ölçeğinin %1 ve üzeri öz değer ve %5 ve üzeri varyansa sahip bir bileşenli yapıya sahip olduğu görülmektedir. Tek faktörlü bu yapının öz değeri 4,87 olup açıkladığı toplam varyans oranı %81,13’ tür. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin alt ölçeklerinin örtük yapısının incelenmesinde maddelerin varimax yöntemi ile döndürülmesinde bileşenlere atanması sonrası alt ölçeklerin alt boyutlarının isimlendirilmesi aşağıdaki gibidir;

Öz Bakımı Sürdürme alt ölçeğinin iki bileşenli yapısında;

- ✓ Birinci Faktör ; otonom alt boyutu (4,6,8,10. maddeler)
- ✓ İkinci Faktör ; danışma alt boyutu (1,2,3,5,7,9. maddeler)

Öz Bakımı Yönetme alt ölçeğinin iki bileşenli yapısında;

- ✓ Birinci Faktör ; erken alt boyutu (11,12,16. maddeler)
- ✓ İkinci Faktör ; geç alt boyutu (13,14,15. maddeler) olarak isimlendirildi.



Tablo 4-6. Döndürülmüş Bileşenler Matrisi Sonucu Elde Edilen Faktör Yükleri

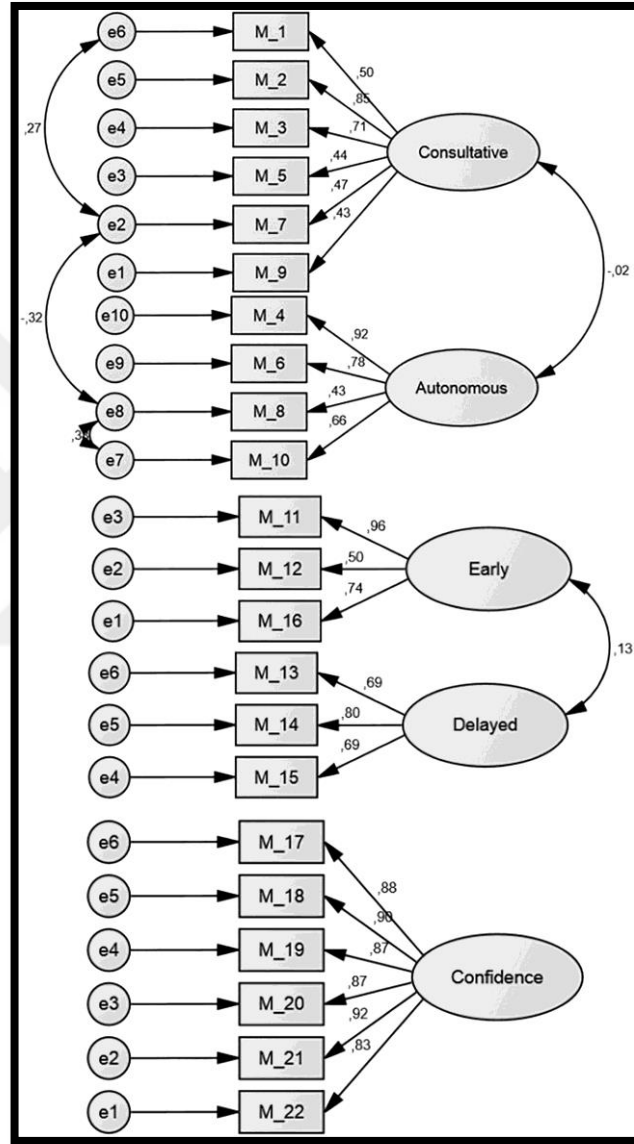
Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Alt Ölçekleri	İki Faktör	
Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği	Danışma	Otonom
1. Hekim randevularını takip eder misiniz?	0,698	0,005
2. Aspirin ya da diğer kan sulandırıcılardan kullanıyor musunuz?	0,815	0,044
3. Kan basıncınızı kontrol eder misiniz?	0,735	0,021
4. Otuz dakika egzersiz yapıyor musunuz?	0,030	0,851
5. İlaçlarınızı reçetenizde yazıldığı gibi kullanıyor musunuz?	0,558	0,104
6. Dışarıda veya misafirlikteyken az yağlı/yağsız yemek ister misiniz?	0,003	0,814
7. İlaçlarınızı hatırlamanıza yardımcı olacak bir yöntem kullanıyor musunuz?	0,657	-0,356
8. Sebze ve meyve yiyor musunuz?	-0,174	0,753
9. Sigara ve/veya sigara içenlerden uzak durur musunuz?	0,548	-0,194
10. Kilo vermeye veya vücut ağırlığınızı kontrol altında tutmaya çalışır mısınız?	0,020	0,813
Öz Bakımı Yönetme Ölçeği	Erken	Geç
11. Bunun kalp rahatsızlığının bir belirtisi olduğunu ne kadar hızlı fark ettiniz?	0,895	0,101
12. Aktivite düzeyinizi değiştirmek (yavaşlamak, dinlenmek)	0,725	-0,060
13. Göğüs ağrısını azaltmak için dil altı hapi ya da spreyi (nitrogliserin) almak (eğer nitrogliserin reçete edilmemişse bu soruyu atlayınız)	-0,066	0,819
14. Danışmak için hekimi aramak	0,090	0,847
15. Aspirin almak	0,023	0,812
16. Yaptığınız eylemin işe yarayıp yaramadığından ne kadar emindiniz?	0,853	0,022
Öz Bakım Öz Güven Ölçeği	Tek Faktör	
17. Göğüs ağrısı şikayetlerine neden olabilecek faaliyetlerden kaçınır mısınız?	0,903	
18. Size verilen tedavi tavsiyelerine uyar mısınız?	0,914	
19. Sağlığınızdaki değişiklikleri farkederek misiniz?	0,893	
20. Belirtilerinizin önemini değerlendirir misiniz?	0,898	
21. Şikayetlerinizden kurtulmak için bir şeyler yapar mısınız?	0,925	
22. Bir ilacın size ne kadar yaradığını değerlendirir misiniz?	0,870	

Tablo 4-6’ da AFA sonucu maddelerin alt boyutlarda aldığı faktör yüklerine ait bulgular gösterilmektedir. Envanter üç ölçekten oluşmaktadır. Sürdürme alt ölçeğinin otonom ve danışma alt boyutlarında yer alan maddelerin faktör yükleri 0,548 ile 0,851 arasında değiştiği görüldü. Yönetme alt ölçeğinin erken ve geç alt boyutlarına atanan maddelerin faktör yükleri 0,725 ile 0,895 aralığında değer aldı. Öz Güven alt ölçeğinde ise madde faktör yüklerinin 0,870 ile 0,925 aralığında olduğu bulundu.



Doğrulamalı Faktör Analizi Bulguları

Doğrulamalı faktör analizi (DFA) yurt dışında geliştirilmiş bir ölçme aracının Türkçe'ye uyarlanması aşamasında veya özgün bir ölçme aracı geliştirme sürecinde AFA ile elde edilen örtük yapının model uyumunun incelenmesi amacıyla kullanılır (Seçer, 2015).



Şekil 4-1. DFA Yol Diagramı

Şekil.4-1' de KKHÖBE 'nin DFA sonucu ortaya çıkan yol diyagramı (grafik gösterimi) gösterildi. Sürdürme alt ölçeği için oluşturulan birinci düzey çok faktörlü modelden elde edilen bulgular sonucunda CMIN/df ve RMSEA değerinin kabul

edilebilir sınırlarda olmadığı için program çıktısı önerilerine bakılarak e7-e8, e8-e2 ve e2-e6 gizil değişkenleri arasında üç adet modifikasyon işlemi yapıldı. Modifikasyon işlemi sonrası uyum iyiliği indekslerinde kabul edilebilir düzeyde iyileşme olduğu görüldü. Diğer alt ölçekler için modifikasyon yapılmasına gerek kalmadan uyum iyiliği indeksleri kabul edilebilir ve buna yakın sınırlarda olduğu görüldü. Maddelerin standardize edilmiş faktör yüklerine bakıldığında Sürdürme alt ölçeğinde 0,43 ile 0,92 arasında, Yönetme alt ölçeğinde 0,50 ile 0,96 arasında, Öz Güven alt ölçeğinde ise 0,83 ile 0,98 arasında kabul edilebilir değerler aldığı tespit edildi.



Tablo 4-7. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Model Uyum İndeksi Değerleri (n=222)

Alt Ölçekler	CMIN/df	RMSEA	RMR	NFI	TLI	CFI	IFI	RFI	GFI	AGFI
Sürdürme	2,618	0,086	0,084	0,895	0,900	0,931	0,933	0,848	0,933	0,882
Yönetme	1,551	0,05	0,016	0,969	0,978	0,989	0,989	0,942	0,982	0,953
Öz Güven	2,631	0,086	0,010	0,982	0,981	0,989	0,989	0,970	0,969	0,929

CMIN/df, chi-square/ degrees of freedom; RMSEA, root mean square error of approximation; RMR, root mean square residual; NFI, normed fit index; TLI, Tucker-Lewis Index; CFI, comparative fit index; IFI, incremental fit index; RFI, relative fit index; GFI, goodness of fit index; AGFI, adjusted goodness of fit index.

Tablo 4-7' de DFA sonucunda elde edilen model uyum indeksi değerleri gösterilmektedir. CMIN/df değeri Yönetme alt ölçeği için 2'nin altında olup diğer ölçekler için 3'ün altındadır. RMSEA Sürdürme ve Öz Güven alt ölçeklerinde aynı olup Yönetme alt ölçeğinde ise en düşük değere sahipti. RMR ise Yönetme ve Öz Güven alt ölçeklerinde neredeyse aynı değere yakın olup Sürdürme alt ölçeğinde en yüksek değerde olduğu bulundu. Diğer tüm uyum iyiliği istatistikleri üç alt ölçekte de 0,90' a çok yakın ve üzerinde değer aldığı görüldü.

4.1.2 Güvenirlik Bulguları

Tablo 4-8. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Maddelerinin Toplam Puan Analizi Sonuçları

Alt Ölçekler	Maddeler	Ortalama	SS	r^a	r^b	p	α^1
Sürdürme	Madde 1	3,32	,94	,585	,512	<,001	,677
	Madde 2	3,07	1,20	,698	,622	<,001	,656
	Madde 3	2,55	,92	,610	,541	<,001	,675
	Madde 4	1,61	,86	,449	,370	<,001	,690
	Madde 5	3,74	,63	,461	,404	<,001	,693
	Madde 6	1,66	,88	,420	,338	<,001	,693
	Madde 7	2,13	1,25	,445	,328	<,001	,689
	Madde 8	1,97	,97	,262	,160	<,001	,707
	Madde 9	3,27	1,06	,440	,341	<,001	,690
	Madde 10	1,62	,80	,447	,374	<,001	,691
Yönetme	Madde 11	1,74	,93	,839	,772	<,001	,648
	Madde 12	2,28	,96	,676	,555	<,001	,688
	Madde 13	1,15	,41	,288	,212	<,001	,747
	Madde 14	1,13	,38	,403	,340	<,001	,739
	Madde 15	1,13	,39	,343	,274	<,001	,743
	Madde 16	1,54	,99	,783	,690	<,001	,660
Öz Güven	Madde 17	2,49	,82	,902	,865	<,001	,962
	Madde 18	2,51	,80	,912	,879	<,001	,961
	Madde 19	2,48	,83	,894	,854	<,001	,963
	Madde 20	2,49	,82	,898	,860	<,001	,963
	Madde 21	2,47	,82	,923	,894	<,001	,960
	Madde 22	2,53	,83	,873	,825	<,001	,965

r^a = madde-toplam puan korelasyonları, r^b = düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonları, p = Pearson'un istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyonu, α^1 = madde silindiğinde Cronbach alfa değeri

Tablo 4-8' de madde analizi sonuçları yer almaktadır. Bu analiz sonucunda bir maddenin ayırt edicilik indeksi elde edilir. Bu bulgulara göre en düşük madde-toplam puan korelasyonu madde 8 ve 13' e aittir. Her bir madde ile alt ölçeklerin ortalama toplam puanı arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki vardır ($p < 0,001$).

Tablo 4-9. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Alt Ölçekleri Ortalama Puanları ve Cronbach's Alfa Değerleri

Ölçekler	Min-Max	Ort	SS	Cronbach's α
Sürdürme	13-37 (10-40)*	24,99	4,66	0,63
Danışma	6-23 (6-24)*	18,11	4,14	0,76
Otonom	4-16 (4-16)*	6,88	2,87	0,83
Yönetme	5-18 (4-24)*	9,00	2,62	0,63
Erken	2-12 (1-12)*	5,58	2,39	0,77
Geç	3- 9 (3-12)*	3,42	0,98	0,78
Öz Güven	6-24 (6-24)*	14,99	4,45	0,95

*Alınabilecek minimum ve maksimum puanlar

Tablo 4-9' da KKHÖBE alt ölçekleri ve alt boyutlarına ait ortalama, standart sapma, minimum,maksimum değerleri ve cronbach's alfa güvenirlik katsayısı bulguları görülmektedir. Bu envanterin toplam puanı yoktur ve bu nedenle üç alt ölçeğin ortalama puanı ve cronbach's alfa katsayısı ayrı ayrı hesaplandı.

Tablo 4-10. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Test Tekrar Test Sonuçları (N=50)

Alt Ölçekler	Birinci Uygulama Ort±SS	İkinci Uygulama Ort±SS	r*	p	t**	p
Sürdürme	22,80±4,68	22,68±4,38	0,966	0,001	,694	0,491
Danışma	15,24±3,98	15,48±3,79	0,964	0,001	-1,600	0,116
Otonom	7,56±1,87	7,20±1,71	0,980	0,001	1,769	0,083
Yönetme	9,08±3,61	8,98±3,52	0,990	0,001	1,52	0,13
Erken	6,36±2,12	6,26±2,00	0,948	0,001	1,043	0,302
Geç	3,62±1,48	3,52±1,40	0,950	0,001	1,528	0,133
Öz Güven	13,92±3,57	13,90±3,54	0,956	0,001	,134	0,894

*pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı, **paired sample t testi

Tablo 4-10' da envanterin zamana karşı değişmezliğini gösteren test tekrar test sonuçları yer almaktadır. Bu sonuçlara göre KKHÖBE' nin 15 gün ara ile 50 hastada iki defa uygulanması sonucu elde edilen alt ölçek ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p=0,001$).

Tablo 4-11. Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı Bulguları (N=50)

Alt Ölçekler	Sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC)	p
Sürdürme	0,981	< 0,001
Yönetme	0,987	< 0,001
Öz Güven	0,977	< 0,001

ICC: Interclass korelasyon katsayısı

Tablo 4-11’ de KKHÖBE test tekrar test sonucu elde edilen ortalamalar arasında uyum olup olmadığının değerlendirilmesi için kullanılan ICC bulguları yer almaktadır. Bu bulgulara göre ICC değeri %95 güven düzeyinde olup test tekrar test sonucu elde edilen ölçek puanları arasında çok güçlü ve ileri seviye bir uyum vardır ($p<0,001$).

4.2. Eğitimin Öz Bakıma Etkisinin Değerlendirilmesi ile İlgili Bulgular

Araştırmanın ikinci aşamasında, çalışmaya dahil edilen hastalar girişim ve kontrol gruplarına ayrıldı. Yaşam tarzı değişimine yönelik verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi için hastalarla yapılan her görüşme (ilk, 3.ay ve 6.ay) sonrası KKHÖBE uygulandı.

Tablo 4-12. Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu (n=39)		Kontrol Grubu (n=39)		F	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
Yaş	63,97	10,92	60,46	11,79	0,891	0,176
Kilo	79,85	13,61	77,28	12,50	0,201	0,389
BKİ	28,87	4,18	27,29	4,69	0,807	0,121
	n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet						
Kadın	11	28,21	9	23,08	0,269	0,604
Erkek	28	71,79	30	76,92		
Medeni durumu						
Evli	31	78,49	36	92,31	2,646	0,104
Bekar	8	20,51	3	7,69		
Eğitim durumu						
Okur Yazar değil	5	12,82	2	5,13		
İlkokul-Ortaokul	22	56,41	31	79,49	4,814	0,09
Lise ve üstü	12	30,77	6	15,38		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	7	17,95	11	28,21	2,831	0,092
Çalışmıyor	32	82,05	28	71,79		
Meslek						
Emekli	23	58,97	19	48,71	1,27	0,530
Memur-işçi	7	17,95	11	28,21		
Ev hanımı	9	23,08	9	23,08		
Gelir Gider Durumu						
Gelir gidere göre az	22	56,4	27	69,2	1,372	0,349
Gelir gidere göre eşit veya fazla	17	43,6	12	30,8		

F: Student-t testi, χ^2 : Ki-kare testi, SS: Standart Sapma, BKİ: Boy Kitle İndeksi

Tablo 4-12' de araştırma kapsamına dahil edilen hastaların kişisel özelliklerine ait bulgulara yer verildi. Çalışmaya katılan hastaların çoğunun erkek, evli, ilkokul-ortaokul seviyesinde eğitim aldığı, çalışmadığı, emekli olduğu ve

gelirinin gidere göre az olduğu bulundu. Girişim ve kontrol grubunda yer alan hastaların yaş ve boy kilo indeksi ortalamaları ile diğer bütün bireysel özellikleri benzerdi ($p > 0,05$).

Tablo 4-13. Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları ve Yaşam Şekli ile İlgili Özelliklerin Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu (n=39)		Kontrol Grubu (n=39)		F	p
	Ort	SS	Ort	SS		
Sigara Kullanma Yılı	31,31	8,61	32,0	9,50	0,193	0,78
Sigara Bırakma Yılı	11,91	9,71	7,19	7,92	0,097	0,76
Alkol Kullanma Yılı	33,33	8,66	37,00	11,69	3,372	0,08
Alkol Bırakma Yılı	11,00	5,29	6,50	9,25	0,788	0,42
	n	%	n	%	χ^2	p
Sigara Kullanma						
Aktif Kullanan	4	10,3	12	30,8	5,304	0,071
Hiç Kullanmamış	13	33,3	11	28,2		
Bırakan	22	56,4	16	41,0		
Sigara adet						
Yarım veya 1 paket/gün	20	76,92	22	78,57	0,115	0,73
2 paket ve üstü/gün	6	23,08	6	21,43		
Alkol Kullanma						
Aktif Kullanan	6	15,4	4	10,3	0,562	0,75
Hiç Kullanmamış	30	76,9	31	79,5		
Bırakan	3	7,7	4	10,3		
Yaşam Şekli						
Hareketli	19	48,72	17	43,59	0,206	0,65
Sedanter	20	51,28	22	56,41		
Stres Durumu						
Stresli	22	56,41	33	84,62	7,461	0,006
Stresli Değil	17	43,59	6	15,38		

F: Student-t testi, χ^2 : Ki-kare testi, SS: Standart Sapma

Tablo 4-13' de hastaların sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına ait ortalama değerler ve bu alışkanlıklarının mevcut durumu ve yaşam tarzı ile ilgili bulgulara yer verildi. Her iki grupta yer alan hastalar sigara ve alkolü 30 yıldan daha uzun süre kullanmış olup sigara ve alkol kullanma ve bırakma yılları arasında fark yoktu ($p>0,05$). Girişim ve kontrol gruplarının büyük çoğunluğu sigarayı bırakmış olup sigarayı halen kullanan ve bırakanların günlük yarım veya 1 paket arasında sigara içtiği tespit edildi, bu da günde ortalama 15 adet sigara içtiklerini

göstermektedir. Ayrıca her iki grubun da büyük çoğunluğunun hiç alkol kullanmadığı tespit edildi. Grupların yine büyük çoğunluğu sedanter yaşam şekline sahipti ve stresli oldukları görüldü. Girişim ve kontrol gruplarının sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları ile yaşam şekli benzerdi ($p>0,05$), ancak kontrol grubunun daha stresli olduğu bulundu ($p<0,05$).



Tablo 4-14. Hastalık ile İlgili Özelliklerin Karşılaştırılması

Özellikler	Girişim Grubu (n=39)		Kontrol Grubu (n=39)		F	p
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
KKH yıl	5,82	6,10	6,69	6,19	0,026	0,87
Hipertansiyon yıl	13,14	6,59	13,14	6,59	0,000	0,443
Diyabet yıl	13,14	6,59	13,14	6,59	0,000	0,443
	n	%	n	%	χ^2	p
Hipertansiyon						
Var	27	69,23	29	74,36	2,405	0,30
Yok	12	30,77	10	25,64		
Diyabet						
Var	14	35,90	14	35,9	0,000	1,000
Yok	25	64,1	25	64,1		
KKH Aile Öyküsü						
Var	30	76,92	31	79,49	0,075	0,784
Yok	9	23,08	8	20,51		
KKH yıl						
1 yıldan az	18	46,15	14	35,9	1,082	0,781
1-5 yıl	4	10,26	6	15,38		
6-10 yıl	7	17,95	7	17,95		
11 ve üzeri	10	25,64	12	130,77		
Hastalık hakkında bilgilendirme						
Hekim- Hemşire	5	12,82	7	17,95	0,394	0,530
Bilgi almamış	34	87,18	32	82,05		

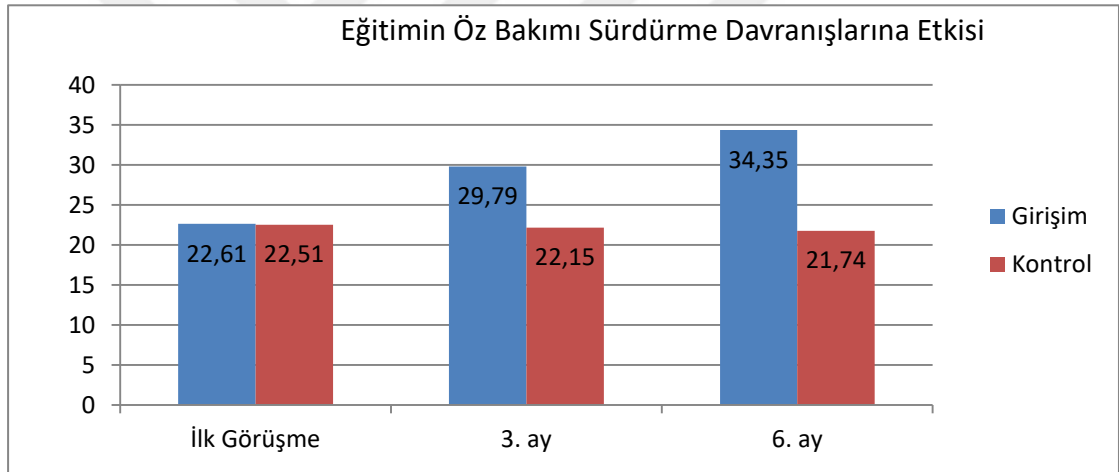
F: Student-t testi, χ^2 : Ki-kare testi, SS: Standart Sapma, KKH: Koroner Kalp Hastalığı

Tablo 4-14' te araştırmaya katılan hastaların KKH ve komorbid hastalıklarına ait bulgulara yer verildi. Gruplardaki hastaların büyük çoğunluğunda hipertansiyon ve ailede KKH öyküsü mevcuttu. Ayrıca her iki gruptaki hastaların çoğunda 1 yıldan daha az süredir KKH olduğu ve bu hastalık hakkında hiç bilgi almadıkları tespit edildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların KKH, hipertansiyon ve diyabet hastalık yıl ortalamaları ve diğer tüm özellikleri benzerdi ($p>0,05$).

Tablo 4-15. Girişim ve Kontrol Grubunun KKHÖBE’ nin Öz Bakımı Sürdürme Davranışlarının Karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=39)			Kontrol Grubu (n=39)			U	p
	Medyan	Ort	SS	Medyan	Ort	SS		
İlk Görüşme	23,00	22,61	6,11	23,00	22,51	6,05	-,050	0,960
3. ay	29,00	29,79	3,20	22,00	22,15	2,84	-7,269	0,000*
6. ay	34,00	34,35	1,53	22,00	21,74	2,56	-7,629	0,000*
p ¹	0,000*			0,254				
(1 vs 3) p ²	0,000*			0,436				

p¹ = Friedman test, p² = Wilcoxon testi (ilk görüşme ve 6. Ay), U: Mann Whitney U testi



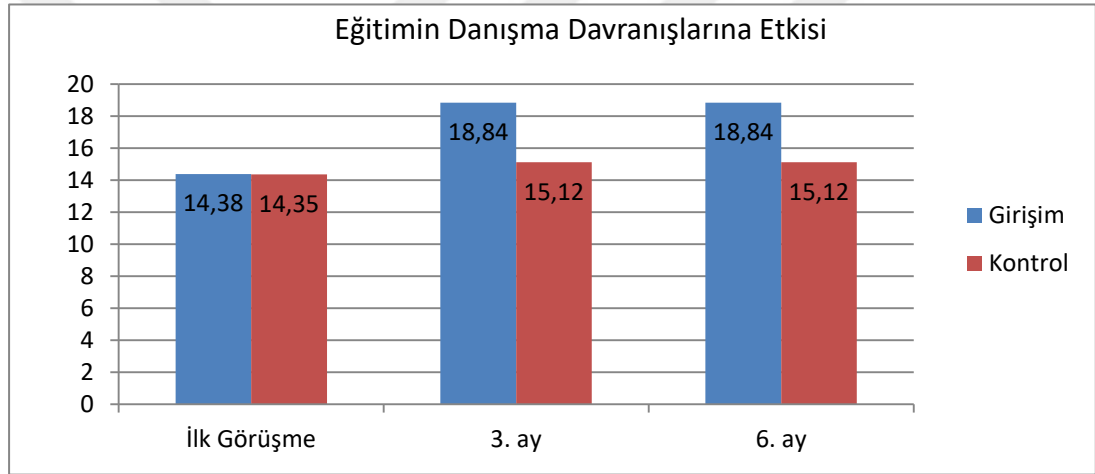
Şekil 4-2. Eğitimin Öz Bakımı Sürdürme Davranışlarına Etkisi

Tablo 4-15’ te öz bakımı sürdürme alt ölçeği puan ortalamaları ve üç ölçümde iki grubun puanları arasındaki farkı gösteren bulgulara yer verildi. Girişim ve kontrol gruplarının ilk görüşmede öz bakımı sürdürme davranışları benzerdi ($p>0,05$). Eğitimin etkisine baktığımızda, girişim grubunun 3. ve 6. ay görüşmelerde öz bakımı sürdürme ölçeği puanı kontrol grubu ile kıyaslandığında daha yüksekti ($p<0,0001$). Ayrıca tekrarlı görüşmelerde alınan puanlar grup içinde karşılaştırıldığında, 6. ayda özbakımı sürdürme davranışlarının eğitim verilen girişim grubunda anlamlı artış olduğu, kontrol grubunda ise değişmediği görüldü.

Tablo 4-16. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği Danışma Alt Boyutunun Karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=39)			Kontrol Grubu (n=39)			U	p
	Medyan	Ort	SS	Medyan	Ort	SS		
İlk Görüşme	14,00	14,38	3,90	14,00	14,35	3,92	-0,040	0,968
3. ay	19,00	18,84	1,91	15,00	15,12	1,98	-6,262	0,000*
6. ay	19,00	18,84	1,91	15,00	15,12	1,98	-6,262	0,000*
p ¹	0,000*			0,227				
(1 vs 3) p ²	0,000*			0,06				

p¹ = Friedman test, p² = Wilcoxon testi (ilk görüşme ve 6. Ay), U: Mann Whitney U testi

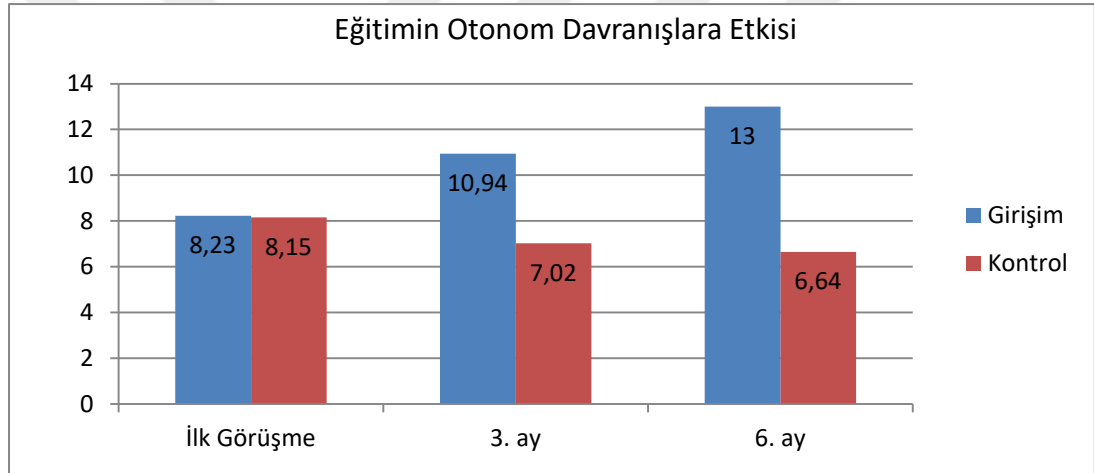


Şekil 4-3. Eğitimin Danışma Davranışlarına Etkisi

Tablo 4-17. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Sürdürme Ölçeği Otonom Alt Boyutunun Karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=39)			Kontrol Grubu (n=39)			U	p
	Medyan	Ort	SS	Medyan	Ort	SS		
İlk Görüşme	8,00	8,23	3,24	8,00	8,15	3,16	-0,086	0,932
3. ay	11,00	10,94	2,02	8,00	7,02	1,66	-6,883	0,000*
6. ay	13,00	13,00	1,23	7,00	6,64	1,38	-7,660	0,000*
p ¹	0,000*			0,000*				
(1 vs 3) p ²	0,000*			0,001*				

p¹ = Friedman test, p² = Wilcoxon testi (ilk görüşme ve 6. Ay), U: Mann Whitney U testi



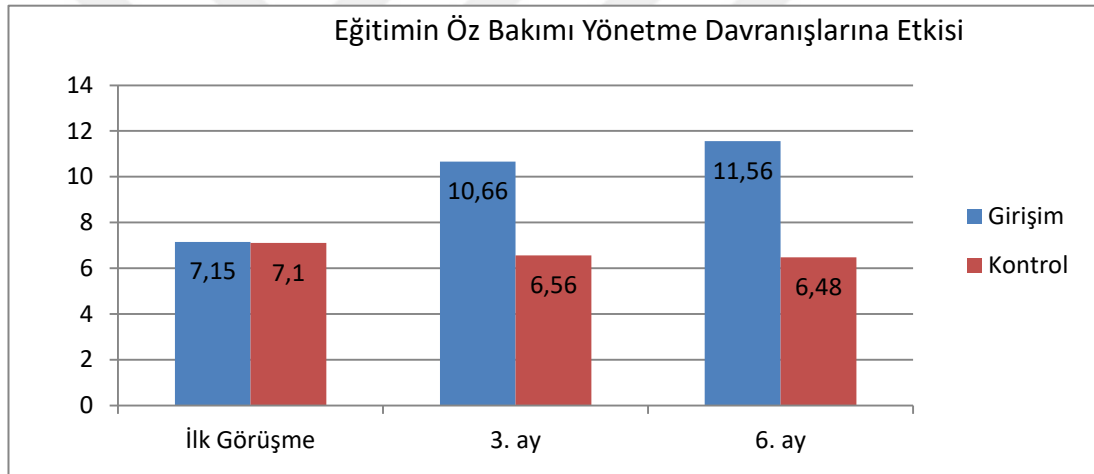
Şekil 4-4. Eğitimin Otonom Davranışlarına Etkisi

Tablo 4-16 ve 4-17’ de öz bakımı sürdürme ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları ve üç ölçümde iki grubun puanları arasındaki farkı gösteren bulgulara yer verildi. Girişim ve kontrol gruplarının ilk görüşmede danışma ve otonom davranışları benzerdi ($p>0,05$). Eğitimin etkisine baktığımızda, girişim grubunun 3. ve 6. ay görüşmelerde danışma ve otonom alt boyutlarının puanları kontrol grubuna göre daha yüksekti ($p<0,0001$). Ayrıca tekrarlı görüşmelerde alınan puanlar grup içinde karşılaştırıldığında, 6. ayda danışma ve otonom davranışları puan ortalamalarının eğitim verilen girişim grubunda arttığı ($p<0,0001$), kontrol grubunda ise azaldığı ($p<0,0001$) bulundu.

Tablo 4-18. Girişim ve Kontrol Grubunun KKHÖBE'nin Öz Bakımı Yönetme Ölçeğinin Karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=39)			Kontrol Grubu (n=39)			U	p
	Medyan	Ort	SS	Medyan	Ort	SS		
İlk Görüşme	7,00	7,15	2,07	7,00	7,10	2,10	0,04	0,97
3. ay	10,00	10,66	1,32	7,00	6,56	0,94	-7,637	0,000*
6. ay	12,00	11,56	1,293	7,00	6,48	0,85	-7,682	0,000*
p ¹	0,000*			0,878				
(1 vs 3) p ²	0,000*			0,07				

p¹ = Friedman test, p² = Wilcoxon testi (ilk görüşme ve 6. Ay), U: Mann Whitney U testi



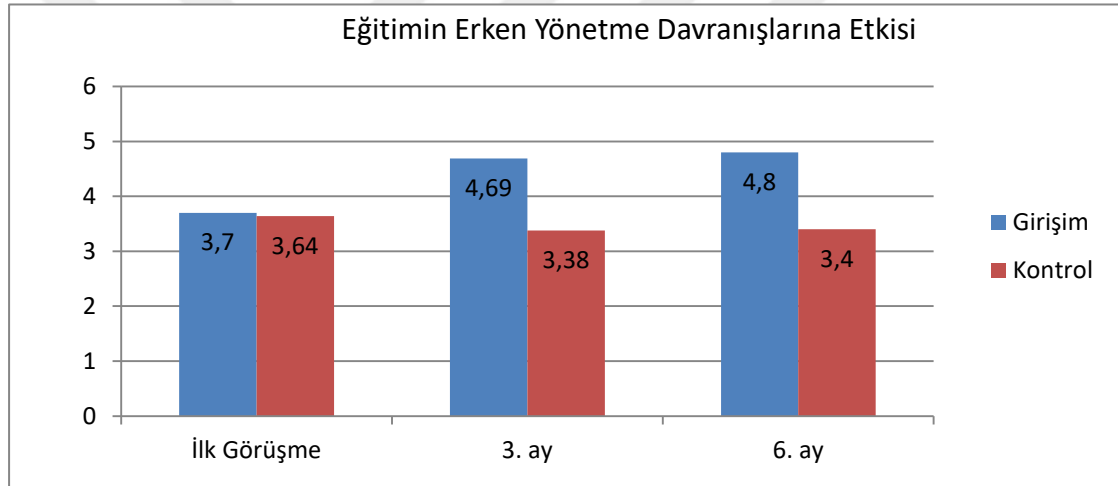
Şekil 4-5. Eğitimin Öz Bakımı Yönetme Davranışlarına Etkisi

Tablo 4-18' da öz bakımı yönetme alt ölçeği puan ortalamaları ve üç ölçümde iki grubun puanları arasındaki farkı gösteren bulgulara yer verildi. Girişim ve kontrol gruplarının ilk görüşmede öz bakımı yönetme davranışları benzerdi ($p > 0,05$). Eğitimin etkisine baktığımızda, girişim grubunun 3. ve 6. ay görüşmelerde öz bakımı yönetme ölçeği puanı kontrol grubu ile kıyaslandığında daha yüksekti ($p < 0,0001$). Ayrıca tekrarlı görüşmelerde alınan puanlar grup içinde karşılaştırıldığında, 6. ayda özbakımı yönetme davranışlarının eğitim verilen girişim grubunda arttığı ($p < 0,0001$), kontrol grubunda ise değişmediği bulundu.

Tablo 4-19. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Yönetme Ölçeği Erken Alt Boyutunun Karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=39)			Kontrol Grubu (n=39)			U	p
	Medyan	Ort	SS	Medyan	Ort	SS		
İlk Görüşme	3,00	3,70	2,01	3,00	3,64	1,89	0,092	0,988
3. ay	4,00	4,69	1,00	3,00	3,38	0,81	-5,339	0,000*
6. ay	4,00	4,80	1,11	3,00	3,40	0,86	-5,461	0,000*
p ¹	0,000*			0,759				
(1 vs 3) p ²	0,000*			0,148				

p¹ = Friedman test, p² = Wilcoxon testi (ilk görüşme ve 6. Ay), U: Mann Whitney U testi

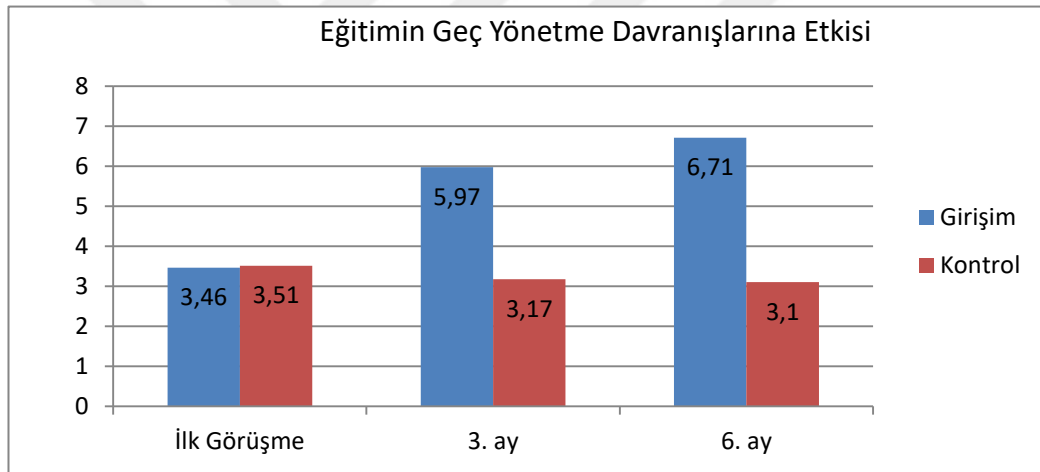


Şekil 4-6. Eğitimin Erken Yönetme Davranışlarına Etkisi

Tablo 4-20. Girişim ve Kontrol Grubunun Öz Bakımı Yönetme Ölçeği Geç Alt Boyutunun Karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=39)			Kontrol Grubu (n=39)			U	p
	Medyan	Ort	SS	Medyan	Ort	SS		
İlk Görüşme	3,00	3,46	0,88	3,00	3,51	0,88	0,097	0,990
3. ay	6,00	5,97	0,70	3,00	3,17	0,50	-5,339	0,000*
6. ay	7,00	6,71	1,02	3,00	3,10	0,30	-5,461	0,000*
p ¹	0,000*			0,671				
(1 vs 3) p ²	0,000*			0,136				

p¹ = Friedman test, p² = Wilcoxon testi (ilk görüşme ve 6. Ay), U: Mann Whitney U testi



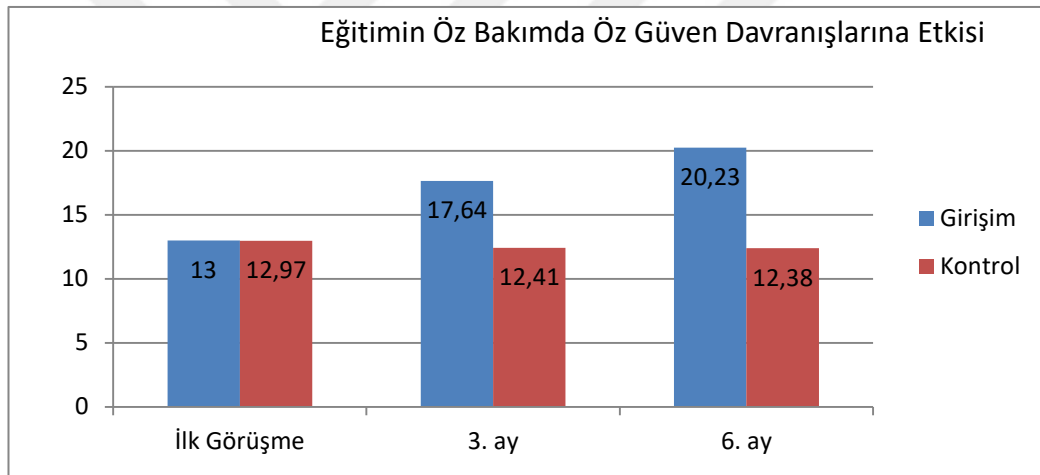
Şekil 4-7. Eğitimin Geç Yönetme Davranışlarına Etkisi

Tablo 4-19 ve 4-20’ de öz bakımı yönetme ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları ve üç ölçümde iki grubun puanları arasındaki farkı gösteren bulgulara yer verildi. Girişim ve kontrol gruplarının ilk görüşmede erken ve geç davranışları benzerdi ($p>0,05$). Eğitimin etkisine baktığımızda, girişim grubunun 3. ve 6. ay görüşmelerde erken ve geç alt ölçeklerinin puanları kontrol grubu ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,0001$). Ayrıca tekrarlı görüşmelerde alınan puanlar grup içinde karşılaştırıldığında, 6. ayda erken ve geç davranışlarının eğitim verilen girişim grubunda arttığı ($p<0,0001$), kontrol grubunda ise değişmediği tespit edildi.

Tablo 4-21. Girişim ve Kontrol Grubunun KKHÖBE' nin Öz Bakımda Öz Güven Ölçeğinin Karşılaştırılması

	Girişim Grubu (n=39)			Kontrol Grubu (n=39)			U	p
	Medyan	Ort	SS	Medyan	Ort	SS		
İlk Görüşme	12,00	13,00	4,40	12,00	12,97	4,37	-0,056	0,955
3. ay	18,00	17,64	1,24	13,00	12,41	2,68	-7,216	0,000*
6. ay	20,00	20,23	1,13	13,00	12,38	2,67	-7,627	0,000*
p ¹	0,000*			0,323				
(1 vs 3) p ²	0,000*			0,083				

p¹ = Friedman test, p² = Wilcoxon testi (ilk görüşme ve 6. Ay), U: Mann Whitney U testi



Şekil 4-8. Eğitimin Öz Bakımda Öz Güven Davranışlarına Etkisi

Tablo 4-21' de öz bakımda öz güven alt ölçeği puan ortalamaları ve üç ölçümde iki grubun puanları arasındaki farkı gösteren bulgulara yer verildi. Girişim ve kontrol gruplarının ilk görüşmede öz güven davranışları benzerdi ($p>0,05$). Eğitimin etkisine baktığımızda, girişim grubunun 3. ve 6. ay görüşmelerde öz güven ölçeği puanı kontrol grubu ile kıyaslandığında daha yüksekti ($p<0,05$). Ayrıca tekrarlı görüşmelerde alınan puanlar grup içinde karşılaştırıldığında, 6. ayda öz güven davranışlarının eğitim verilen girişim grubunda ileri seviyede anlamlı olarak arttığı ($p<0,0001$), kontrol grubunda ise değişmediği tespit edildi.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırma bulguları üç bölümde tartışıldı.

- Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin geçerlik ve güvenirlik bulgularının.
- Girişim ve Kontrol Gruplarının sosyodemografik özelliklerinin,
- Girişim ve Kontrol Gruplarının Öz Bakım puanlarının tartışması.

5.1 Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması

Ölçme araçlarında aranan en önemli iki özellik geçerlik ve güvenirliktir. Ölçme aracının geçerlik özelliğine sahip olabilmesi için ölçmesi istenen özelliği tam ve doğru olarak ve başka bir özellikle karıştırmadan ölçmesi gerekir (Özdamar,2017; Alpar,2012). Geçerlik ölçeğin amaca uygunluğunu gösteren bir özelliktir. Güvenirlik ise ölçme aracının ölçtüğü özelliği tutarlı ölçmesi anlamına gelir (Alpar,2012). Bu nedenle KKHÖBE' nin Türk kültürüne uygunluğunun değerlendirilmesinde geçerlik ve güvenirlik analizleri yapıldı.

5.1.1 Geçerlik Bulgularının Tartışması

Dil Geçerliği

Ölçek uyarlama çalışmalarında ilk basamak orjinal ölçeğin Türkçeye uyarlanmasıdır. Öncelikle ölçeğin orjinal diline ve Türkçe' ye hakim en az iki dil ve çeviri uzmanı tarafından çeviri işlemi yapılması gerekir (Seçer, 2015). Bu nedenle orjinal envanterin Türkçeye çevirilmesinde İngilizce ve Türkçeyi anadili gibi bilen iki dil ve çeviri uzmanı görev aldı. Aynı zamanda araştırmacılar tarafından da ölçeğin Türkçeye çevirisi yapıldı. İki farklı dil uzmanı tarafından birbirinden bağımsız olarak ve araştırmacılar tarafından yapılan çeviriler dilbilim ve ifadelerin uygunluğu açısından biraraya getirildi ve değerlendirildi. Tüm çeviriler karşılaştırılırken hiçbir dilbilimsel ve anlamsal farklılık görülmedi. Gözden geçirme ve karşılaştırmanın ardından taslak envanter elde edildi. Taslak envanter uzman görüşüne sunuldu. Uzman görüşünde yer alan kişilerin ölçeğin hazırlandığı bilim alanına hakim olması, uzun yıllar konu ile ilgili çalışmış olması ve ölçek sorusu hazırlama teknik ve yöntemlerini bilmesi

gerekir (Alpar,2012). Bu nedenle envanterin tüm maddelerinin anlam bütünlüğü, ölçülmek istenen özelliğe uygunluğu, doğru çeviri yapılıp yapılmadığı ve Türk kültürüne uygunluğu hemşirelik alanında uzman yedi öğretim elemanı ve bir kardiyolog tarafından incelendi. Sekiz uzman, ölçeğin her bir maddesini (22 madde) “uygun değil = 1”, “biraz uygun (uygun bir biçimde öğeler / ifadeler konulmalıdır) = 2”, “oldukça uygun = 3”, “çok uygun = 4” olarak değerlendirdi. Uzmanlardan ayrıca revizyon gerektiren öğeler hakkında yorum yapmaları istendi. Uzman görüşü doğrultusunda Madde 1, Madde 2, Madde 6, Madde 10, Madde 13 ve Madde 17’de minimal değişiklikler yapıldı. Ölçeğin uzman görüşünden geçmiş ve revize edilmiş hali pilot çalışma sonrasında değişikliğe uğramadan geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında kullanıldı.

Kapsam Geçerliği

Ölçek maddelerinin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütleyi temsil etme derecesi kapsam geçerliğidir (Şencan, 2005). Bir ölçeğin kapsam geçerliği Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ile değerlendirilir. KGİ hesaplamalarında Lawshe tekniği, Davis tekniği, Polit-Back içerik geçerlik indeksi, Cohen kappa formülü ve Kendall W iyi uyum katsayısı yöntemlerinden birisi kullanılmalıdır. Çalışmada bu yöntemlerden Polit-Back içerik geçerlik indeksi hesaplamaları tekniği kullanıldı. Bu teknikte Madde Kapsam Geçerlik İndeksi (M-KGİ) ve Ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi (Ö-KGİ) değerleri 3 ile 10 arasında uzman görüşü alınarak hesaplanır. Bu çalışmada 8 uzmanın görüşüne başvuruldu. Polit-Back tekniğinde 3 ile 5 arasında uzman görüşü alınırsa madde ve ölçek KGİ’ nin 1,00 olması, 6 ile 10 arasında uzman görüşü alınırsa bu değer 0,80 ve üstü olması beklenir (Polit & Beck, 2006). Bu çalışmada KKHÖBE’nin MKGİ ve ÖKGİ değerleri 0,99 olarak bulundu (Tablo 4-1).

Bu sonuca göre KKHÖBE maddeleri ve bu envanteri oluşturan üç ölçek öz bakım davranışlarını ölçmek için yeterli ve anlaşılır düzeyde olup dil ve kapsam geçerliği kriterlerini karşılamaktadır.

Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği ölçülmek istenilen aracın soyut bir olguyu (kavramı, boyutu vb.) ne derecede doğru ölçebildiğini ve bu ölçümden elde edilen puanın reelde ne anlam ifade ettiğini gösterir (Tavşancıl, 2010). Yapı geçerliğini değerlendirmede geliştirilmiş bir ölçeğin uyarlanması ya da model uyumunun gözden geçirilmesi için faktör analizi yapılır. Faktör analizinde Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki yaklaşım vardır. AFA ölçek geliştirme çalışmalarında, DFA ise ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında kullanılır (Seçer, 2015).

a) Açımlayıcı Faktör Analizi

Yapı geçerliğinde ilk basamak Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) dir (Gürbüz, Şahin, 2017). AFA aşamaları sırasıyla, veri setinin faktör analizi için uygunluğu “Barlett Testi”, örneklem büyüklüğünün yeterliliği “Kaiser Meyer Olkin (KMO)”, faktörlerin elde edilmesi (faktör yükleri, özdeğer, açıklanan varyans), faktörlerin rotasyonu ve faktörlerin isimlendirilmesidir (Şencan, 2005).

Bu çalışmada KKHÖBE alt ölçeklerinin (öz bakımı sürdürme, öz bakımı yönetme ve öz bakım öz güven) Barlett Testi sonuçları anlamlı ($p<0,05$) olup veri setinin faktör analizi için uygun olduğu bulundu (Tablo 4-4). Barlett Testi, maddeler arasındaki korelasyon katsayılarının anlamlılığını ifade eder. Barlett Testinin anlamlı olması ($p<0,05$), değişkenler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu matrisin faktör analizi için anlamlı olduğunu ve faktör analizi yapılabileceğini gösterir (Gürbüz ve Şahin, 2017). Bu çalışmada KMO değerinin öz bakımı sürdürme alt ölçeği için iyi, öz bakımı yönetme alt ölçeği için orta ve öz bakım özgüven alt ölçeği için mükemmel düzeyde yeterli olduğu bulundu (Tablo 4-4). Kaiser Meyer Olkin (KMO), belirli bir örneklemden elde edilen değişkenlerin oluşturduğu veri yapısının faktör analizi için uygun olup olmadığını belirler (Gürbüz ve Şahin, 2017). KMO’nun 0,90’ nın üzerinde olması mükemmel, 0,80-0,89 arasında olması çok iyi, 0,70-0,79 arasında olması iyi, 0,60-0,69 arasında olması orta, 0,50-0,59 arasında olması zayıf, 0,50’ nin altında olması kabul edilemez olarak değerlendirilir (Tavşancıl, 2010).

Barlett testi ve KMO değerleri sonuçlarına göre KKHÖBE' nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında kullanılan veri setinin faktör analizi için uygun ve yeterli büyüklükte olduğu görüldü.

Bu çalışmada öz değer katsayısı %1 ve üzerinde, varyans değeri %5 ve üzerinde ve açıklanan toplam varyans değeri %50' nin üzerinde olan öz bakımı sürdürme alt ölçeği iki, öz bakımı yönetme alt ölçeği iki, öz bakım öz güven alt ölçeği ise tek alt boyutlu yapıya sahiptir (Tablo 4-5). Faktörlerin (alt boyutlar) elde edilmesi aşamasında, ilk olarak bir alt boyutu (faktörü) oluşturan maddelerin faktör yüklerinin kareler toplamı olan öz değer katsayısına bakılır. Öz değer katsayısı, alt boyut (faktör) sayısına karar vermede kullanılır. Uygulamada öz değeri 1' den büyük olan alt boyutlar (faktörler) dikkate alınır. İkinci olarak her bir alt boyutun (faktörün) açıkladığı varyans miktarı değerlendirilir. Bu değerin de tek faktörlü ölçeklerde %30, çok faktörlü ölçeklerde %40-50 arasında (en az %50) olması önerilmektedir (Gülbüz ve Şahin, 2017). Üçüncü olarak faktörlerin rotasyonu işlemi yapılır. Ölçme aracında yer alan alt faktörlerin birbiriyle ilişkisiz olduğunun varsayıldığı durumlarda Ortogonal Döndürme (dik döndürme) tekniği kullanılır ve faktörler eksenlerin konumu değiştirilmeden 90 derecelik açı ile döndürülürler (Seçer, 2015). Bu çalışmada Ortogonal döndürme tekniği olarak Varimax yöntemi kullanıldı. Dik döndürme işlemi sonrası her bir maddenin hangi faktörler (alt boyutlar) altında toplandığını belirlemek için "Rotated Component Matrix" tablosu incelenir. Bu tabloda, öncelikle her bir maddenin faktör yükü değerinin en az 0,32 olması beklenmelidir (Seçer, 2015). Ancak bazı kaynaklarda bu değerin en az 0,30 olması da kabul edilebilir (Çelik ve Yılmaz, 2013). Diğer bir yandan başka kaynaklarda döndürme sonrası oluşan bu değerin ilgili alt boyut (faktör) için anlamlı olup olmadığına örneklem sayısına göre karar verilmesi gerektiği söylenmektedir. Buna göre örneklem sayısı 350' nin üzerinde ise yüklerin anlamlı kabul edilebilmesi için 0,30 değeri kabul edilebilir, eğer örneklem sayısı 200' e düşerse bu değerin 0,40 olması beklenmelidir (Hair ve ark., 2010). Bu çalışmada örneklem sayısı 200' ün üzerinde 350' nin altındadır, ancak her üç ölçek için maddelerin ilgili alt boyutlarda almış olduğu faktör yükü değeri 0,40' ın üzerinde bir değere sahiptir (Tablo 4-6). Bunun yanı sıra her bir maddenin birden fazla alt boyutta bu kriteri karşılama durumuna bakılır. Eğer bir madde birden fazla alt boyutta bu değerin üstünde faktör

yüküne sahipse binişik madde özelliği taşıyabilir. Bunu belirlemek için maddelerin her alt boyuttaki faktör yükü değerleri arasındaki farkın 0,10 veya en ideali 0,20 ve üstünde bir değere sahip olup olmadığı incelenir (Seçer, 2015). Bu çalışmada Varimax Döndürme işlemi sonrası oluşan Component Matrix Tablosu incelendiğinde, sürdürme alt ölçeği iki faktörlü yapısı sonucunda maddelerin faktör yük değerlerine göre binişik madde olmadığı 1,2,3,5,7 ve 9. maddelerin danışma alt boyutunda, 4,6,8 ve 10. maddelerin ise otonom alt boyutunda 0,32' den büyük değere sahip olduğu görüldü. Aynı şekilde iki alt boyutlu yapıya sahip olan yönetme alt ölçeğinde ise erken alt boyutunda 11,12 ve 16. maddeler, geç alt boyutunda ise 13,14 ve 15. maddeler 0,32' den büyük ve binişik olmayan faktör yüküne sahiptiler. Üçüncü alt ölçek olan öz güven alt ölçeğinde de 17, 18, 19, 20, 21 ve 22. maddeler bu tek faktörlü yapıda oldukça yüksek faktör yüküne sahiptiler (Tablo 4-6).

Bu çalışmanın AFA bulguları sonuçlarına göre 22 maddelik üç ölçekten oluşan KKHÖBE' nin örtük yapısı orjinal envanter (SC-CHDI) (Dickson et al, 2017) ile tam uyum göstermektedir.

b) Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı Faktör Analizi, AFA ile elde edilen örtük yapının model uyumunun incelenmesi amacıyla kullanılan faktör analizi yaklaşımıdır. Orjinal envanter ile adaptasyon çalışması yapılan envanter arasındaki benzerlikleri ve farklılıkları incelemek için yapılması gerekir (Çelik ve Yılmaz, 2013; Karagöz, 2015).

Bu çalışmada AFA ile örtük yapısını belirlediğimiz KKHÖBE' nin alt ölçeklerinin DFA ile model uyumunun belirlenmesinde Birinci Düzey Çok Faktörlü ve Tek Faktörlü yol diyagramı yöntemleri kullanıldı (Şekil 4-1). Ayrıca DFA' de sürekli ve normal dağılıma uyan verilerde kovaryans matrisi üretilerek analizler yapılır. Bu analizlerde AMOS programında Maximum Likelihood kestirim yöntemi kullanıldı.

Bu çalışmada AFA' de elde edilen sürdürme alt ölçeği için iki faktörlü (danışma ve otonom alt boyutları), yönetme alt ölçeği için iki faktörlü (erken ve geç alt boyutları), öz güven alt ölçeği için tek faktörlü birinci düzey yol diyagramı modelleri çizildi. Bu modeller oluşturulduktan sonra her bir madde (gözlenen değişkenler) AFA' de en yüksek faktör yüküne sahip olduğu ilişkili alt boyuta (örtük değişken) atandı. Bu nedenle sürdürme alt ölçeği için çizilen çok faktörlü birinci düzey yol diyagramında

madde 1,3,5,7,9 danışma alt boyutuna, madde 4,6,8,10 otonom alt boyutuna tayin edildi. Yönetme alt ölçeği için çizilen çok faktörlü birinci düzey yol diyagramında ise madde 11,12 ve 16 Erken alt boyutuna, madde 13,14 ve 15 Geç alt boyutuna atandı. Öz güven alt ölçeğinde ise 17,18,19,20,21,22 maddeleri tek faktörlü birinci düzey yol diyagramında bir alt boyut ile ilişkilendirildi (Şekil 4-1).

Öncelikle DFA' de çizilen modellerin teori ile uyumlu olup olmadığına karar vermek için uyum indeksi sonuçlarına bakılması gerekir (Seçer, 2015). Tüm gözlenen değişkenlerin (envanteri oluşturan 22 madde) ilgili örtük değişkenlere (üç ölçeği oluşturan alt boyutlar) atandıktan sonra ve gerekli kovaryans bağları da oluşturulduktan sonra DFA analizi sonucunda bir OUTPUT dosyası elde ederiz. Bu sonuç sayfası çıktısında çizilen modelin uyum indeksi değerleri yer alır. Bu çalışmada bu sonuç sayfası çıktılarını her ölçek için ayrıca ele aldık (Tablo 4-7). Bu çalışmada olduğu gibi orjinal envanterin de DFA sonuçları her alt ölçek için ayrı ayrı değerlendirilmiştir (Dickson, et al, 2017).

AFA'de belirlediğimiz örtük yapının DFA'de çizilmesi sonrası oluşan modelin, teori ile uyumlu olup olmadığını belirlemede kullandığımız uygunluk testleri modelin yapısal geçerliğini ortaya koyar. Birçok uygunluk testi vardır fakat bunların birbirinden üstün yanları bulunmaktadır (Yaşlıoğlu, 2017). Bu çalışmada bu üstünlük durumlarına göre bir sıralamada değerlendirme yapıldı (Tablo 4-7).

Uyum indeksleri iki bölümde incelenir. Bunlardan ilki Mutlak Uygunluk Ölçütleri (MUÖ) (Absolute Fit Indices) dir. Bu ölçütler çizilen modelin örneklem ile uyumunu kontrol eder. Yani veri setinin tasarlanan model ile olan uyumunu gösterir. MUÖ olarak incelenen uyum indeksleri CMIN (Ki-Kare)/df, RMSEA, RMR ve GFI' dir (Yaşlıoğlu, 2017).

Bu çalışmada CMIN/df değerinin model uyumu sürdürme ve öz güven alt ölçekleri için kabul edilebilir, yönetme alt ölçeği için oldukça iyi olduğu bulundu(Tablo 6). CMIN (Ki-Kare) çizilen modelin genel olarak uygun olup olmadığını kontrol eden en temel uyum indeksi değeridir. Ki-Kare istatistiği örneklem büyüklüğü ile ilişkilidir ve özellikle büyük örneklem ($N > 50$) kullanıldığı durumlarda sadece bu değer ile model uyumu yorumu yapmak eksik olacaktır. Bu nedenle Kİ-Kare istatistiğinin serbestlik derecesinden arındırılarak değerlendirilmesi gerekir. Yani CMIN/df

değerinin hesaplanması önerilmektedir. Bu değer birçok kaynakta farklı değer aralıklarında (5-2) olması gerektiği söylenir (Wheaton, et al., 1977; Tabachnick ve Fidell, 2007). Bu değer 5'in altındaysa model uyumu kabul edilebilir ve 2' nin altındaysa model çok iyi uyum gösteriyor anlamına gelir (Demir Barutcu, Mert, & Bektas, 2015).

Bu çalışmada sürdürme ve öz güven alt ölçekleri için RMSEA değeri mükemmel uyuma yakın (0,08'in biraz üzerinde), yönetme alt ölçeği için ise kabul edilebilir bir değer aldığı görüldü (Tablo 4-7). RMSEA, DFA'de çizilen kovaryans matrislerinin planlanmış model ile ne derecede uyumlu olduğunu gösterir ve en güvenilir istatistiklerden biridir (Yaşlıoğlu, 2017). Bu değer 0,05 ve $< 0,05$ ise modelin kabul edilebilir olduğunu, 0,08 ve $< 0,08$ ise modelin mükemmel uyumunu gösterir (Seçer, 2015). Dickson ve ark. (2017) orjinal ölçeği geliştirme çalışmalarında bu değeri üç ölçek için de 0,08'in bu çalışmaya göre oldukça üzerinde yani yönetme ve öz güven için 1'e çok yakın olarak bulmuşlardır. Bu değer 1'e yaklaşması istenmeyen bir durumdur, bu nedenle bu çalışmanın model uyumu orjinal ölçeğe göre daha iyidir.

Bu çalışmada RMR (SRMR) değeri sürdürme alt ölçeği için mükemmel, yönetme ve öz güven alt ölçekleri için kabul edilebilir model uyumunu gösterdiği tespit edildi (Tablo 4-7). RMR (SRMR) örnek kovaryans matrisinin artıkları ile varsayılmış kovaryans modeli arasındaki farkın kareköküdür. RMR değeri bir ölçekte bulunan maddelerin puanlanma yönteminden etkilenir. Her bir maddenin farklı aralık değerlerde puan alması bu değer 1'in hesaplanmasını zorlaştırabilir bu da yapı geçerliğinde istenmeyen bir durumdur. RMR değeri RMSEA gibi aynı değer aralıklarında olmalıdır (Hooper et al., 2008). Dickson ve ark. SRMR değerini sürdürme ve yönetme alt ölçekleri için mükemmel, öz güven alt ölçeği için kabul edilebilir bulmuşlardır (Dickson et al., 2017).

Bu çalışmada GFI üç ölçek için de mükemmel uyumu gösteren değer aralıklarında bulundu (Tablo 4-7). AGFI ise GFI değerinin serbestlik derecesinden arındırılmış halidir, bu çalışmada bu değer üç alt ölçek için de mükemmel yakın ve üzerinde olduğu görüldü (Tablo 4-7). Ki-Kare (CMIN) istatistiği örneklem sayısı arttıkça büyüyen bir değerdir, bu değer 1'in artması model uyumunda kabul edilemez sonuçlar verebilir bu nedenle GFI istatistiği ortaya konmuştur. GFI örneklem sayısına karşı

daha az duyarlı olduğu için değerlendirilmesi gereken en önemli uyum indekslerinden biridir (Yaşlıoğlu, 2017). Bu değer 0,90 ve üzerinde olduğunda model uyumu mükemmel olarak kabul edilir (Seçer, 2015). Dickson ve ark. orjinal envanteri geliştirme çalışmalarında bu iki değeri de belirtmemiştir (Dickson et al., 2017).

Uyum indekslerinin ikinci kısmında ise Aşamalı Uygunluk Ölçütleri (AUÖ) (Incremental/Comparative Fit Indices) ele alındı. MUÖ tüm değişkenlerin ilişkisiz olduğu hipotezini (sıfır hipotezi) kabul edip Ki-Kare istatistiğini ham olarak kullanır, AUÖ ise Ki-Kare istatistiğini ham olarak kullanmaz bunun yerine örnek model ile bu değeri karşılaştırır ve sıfır hipotezini reddeder. Bu bölümde değerlendirilen istatistikler NFI, TLI ve CFI'dır (Yaşlıoğlu, 2017; Hooper et al., 2008).

Bu çalışmada NFI değeri yönetme ve öz güven alt ölçekleri için 0,95'in üzerinde olup mükemmel, sürdürme alt ölçeği için ise 0,90' nın biraz altında olup iyi uyuma yakın bir değer aldığı görüldü (Tablao 4-7). NFI istatistiği çizilen modelin ve sıfır modelinin Ki-Kare değerlerini karşılaştırır, 0,90 ve üzerinde olması modelin iyi derecede uyumlu olduğunu gösterir (Yaşlıoğlu, 2017; Hooper et al., 2008; Seçer, 2015). Dickson ve ark. envanteri geliştirme çalışmalarında bu istatistiği belirtmemiştir (Dickson et al., 2017).

Bu çalışmada üç ölçek için de TLI değeri 0,90 ve üzerinde olup sürdürme alt ölçeği için iyi, yönetme ve öz güven alt ölçekleri için mükemmel model uyumu olduğu tespit edildi (Tablo 6). TLI veya diğer bir ifade şekli ile NNFI örneklem büyüklüğünün bu istatistiği değerlendirmedeki etkisini ortadan kaldırmak için ortaya konmuştur, NFI gibi örneklem büyüklüğünden etkilenmez, 0,80 ve üzerinde bir değer alması idealdir (Yaşlıoğlu, 2017). Ayrıca model uyumu NFI gibi aynı değer aralıklarında değerlendirilir. Dickson ve ark. envanteri geliştirme çalışmalarında TLI değerinin sürdürme ve yönetme alt ölçekleri için 0,90' nın biraz altında ama kabul edilebilir 0,80 değerinin üzerinde, öz güven alt ölçeği için ise 0,90' nın üzerinde iyi bir uyum değerine sahip olduğunu bulmuştur (Dickson et al., 2017).

Bu çalışmada CFI istatistiği sürdürme alt ölçeği için kabul edilebilir değere çok yakın olup yönetme ve öz güven alt ölçekleri için ise mükemmel uygunluk ölçütleri arasında olduğu bulundu (Tablo 4-7). NFI istatistiğinin geliştirilmiş tipi olan CFI

örnekleme büyüklüğünden etkilenir ancak küçük örnekleme büyüklüklerinde de iyi bir veri sağlar. Bu nedenle en sık kullanılan ve tercih edilen uyum iyiliği istatistiğidir. Bu istatistik ilk bulunduğu zamanlarda 0,90 alt sınır olarak kabul görmüş olmasına rağmen şuan iyi uygunluk derecesi olarak 0,95 değeri baz alınmaktadır (Yaşlıoğlu, 2017). Dickson ve ark. ise envanteri geliştirme çalışmalarında bu değeri üç ölçek için de kabul edilebilir sınır olan 0,90 ve üzerinde bulmuştur (Dickson et al., 2017).

Bu çalışmanın DFA sonuçları orijinal envanterin sonuçları ile paralel doğrultuda ve uyumludur. Ayrıca orijinal envanterin geliştirilme çalışmasına göre bu çalışmanın birçok uyum iyiliği istatistiği değerleri çok daha iyi sonuçlar verdi. MUÖ ve AUÖ bulgularına göre KKHÖBE' nin yapı geçerliliği desteklendi ve bu veriler envanterin Türkiye'de kullanımı için geçerli olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara göre, çalışmanın H1 hipotezi kabul edildi.

5.1.2. Güvenirlik Bulgularının Tartışması

Güvenirlik bir envanterin ölçülmek istenen özelliği farklı zamanlarda tutarlı ve hep aynı şekilde ölçebilme yeteneğidir. Güvenirlik üç bölümde incelenir. Bunlar değişmezlik, bağımsız gözlemciler arası /içi uyum ve iç tutarlılıktır (Erdoğan ve ark., 2014; Kalaycı, 2010).

Bu çalışmada değişmezlik güvenilirliği için test tekrar test yöntemi, iç tutarlılık için ise cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı, sınıf içi korelasyon katsayısı ve madde toplam puan analizi bulgularına yer verdik.

Ölçek geliştirme çalışmalarında öncelikle iç tutarlılık analizlerini değerlendirmemiz gerekir (Demir Barutçu ve ark.,2015; Seçer, 2015).

Bu çalışmada üç ölçek için madde toplam puan korelasyonu 0,25' in üzerindedir ve bu değere göre maddeler ölçekte yer alan kavramı ölçmede yeterli ve güvenilir (Tablo 4-8). Madde toplam puan analizi, ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Bu ilişkiyi açıklamak için madde-toplam puan korelasyonu değerlendirilir. Her madde için korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise maddenin amaçlanan davranışı ölçmede o kadar etkin ve yeterli olduğu anlaşılır. Madde seçiminde kabul edilebilir korelasyon katsayısı 0,25 değerinden büyük olması beklenir. Düşük korelasyona sahip maddeler ölçekten

atılması gerekir (Büyüköztürk, 2011). Literatürdeki bir diğer bilgiye göre bu değer 0,30 ve üzerinde olması güvenilirlik için iyi olarak yorumlanmaktadır (Alpar, 2012). Çalışmada madde 8 ve 13' ün korelasyon katsayısı 0,30' un altında değer aldığı görüldü (Tablo 4-8). Ancak madde toplam puan korelasyon değerinin düşük olması bir maddenin ölçekten çıkarılması için çok önemli bir neden olsa da tek başına yeterli bir kriter değildir, cronbach's alfa üzerindeki etkisine bakılması gerekir (Alpar, 2012). Bu maddelerin çıkarılması durumunda ölçek alt boyutlarının cronbach's alfa değerinin otonom alt boyutunda düştüğü, öz güven alt ölçeğinde ise neredeye aynı kaldığı bulundu (Tablo 4-8). Bu nedenle maddelerin ölçekten çıkarılmamasına karar verildi.

Bu çalışmada sürdürme ve yönetme alt ölçeklerinin cronbach's alfa katsayıları güvenilir aralıkta olup öz güven alt ölçeği için ise oldukça güvenilir bir değer aldığı tespit edildi (Tablo 4-9). İç tutarlılığı değerlendirme istatistiği cronbach's alfa analizi likert tipi ölçeklerde en sık kullanılan yöntemdir. Chronbach's alfa ölçek maddelerinin birbirleri ile tutarlılığı hakkında bilgi verir (Kalaycı, 2010). Cronbach's α değerinin $0,60 \leq \alpha \leq 0,79$ olması ölçeğin güvenilir olduğunu ve $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ aralığında olması ise ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu gösterir (Kalaycı, 2010). Bu çalışmanın bulguları literatür bilgisine göre cronbach's alfa değerlerinin güvenilir olduğunu göstermektedir. Orjinal envanterin güvenilirlik çalışmalarında üç alt ölçek de güvenilir bulunmuştur (Dickson ve ark., 2017) ve bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Bu çalışmada test tekrar test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktu. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı puanları güvenilir aralıkta bulundu ve iki ölçüm arasında pozitif ve ileri seviye anlamlı bir ilişki vardı (Tablo 4-10). Ölçüm aracının değişmezliği, test-tekrar test analizi ile değerlendirilir. Tekrarlanan uygulamalar arasında tutarlı sonuçlar sağlamak bir ölçüm aracının gücünü gösterir.

Bu çalışmada ICC (sınıf içi korelasyon katsayısı) değerleri iki ölçümde ölçek puanları arasında çok güçlü ve ileri seviye anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu da üç alt ölçeğin de tutarlılığını gösteren önemli bir bulgudur (Tablo 4-11). Sınıf içi korelasyon katsayısı değişmezlik özelliğini değerlendirmek için kullanılan test tekrar test istatistiği sonuçlarında yer alan birinci ve ikinci

ölçümler arasındaki uyumu göstermek için kullanılır (Kalaycı, 2010). Bu sonuçlara göre KKHÖBE güvenilir bir araçtır. Bu bulgulara göre, çalışmanın H 2 hipotezi kabul edildi.

5.2 Girişim ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışması

Koroner Kalp Hastalığı (KKH) gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda önemli bir halk sağlığı sorunudur (Dickson ve ark., 2013). Son yıllarda, KKH, birincil ve ikincil korumadaki gelişmelere rağmen ölüm ve sakatlığın önde gelen nedeni olmuştur (Zhu ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü küresel ölümlerin yaklaşık 11,1 milyonunun 2020 yılı sonunda KKH nedeni ile olacağını bildirmiştir (WHO, 2018, file:///C:/Users/nurww/Downloads/978924156437,Erişim tarihi: Nisan 2020). KKH için önerilen tedaviler arasında koroner arter baypas greft (CABG) cerrahisi ile revaskülarizasyon veya ilaç tedavisi ile birlikte perkütan koroner girişim (PTCA) ve yaşam biçimi değişiklikleri yer alır (Copstead & Banasik, 2010). Yaşam biçimi değişikliği bireylerin öz bakım davranışlarının geliştirilmesi ile mümkün olabilir (Bayrak ve Oğuz, 2020).

5.2.1. Demografik Özelliklerin Tartışması

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması girişim grubunda $63,97 \pm 10,92$, kontrol grubunda $60,46 \pm 11,79$ ’ du ve her iki grubun hastalarının büyük çoğunluğu erkekti. Girişim ve kontrol gruplarındaki bireyler bu özellikler yönünden benzerdi (Tablo 4-12). Bu çalışma ile benzer amacı hedefleyen KKH olan bireylerle yapılmış diğer araştırmalara göre yaşın ve cinsiyetin belirleyici olduğu anlaşılmaktadır. KKH olan bireylerde davranış değişikliği yaratmak için geliştirilen randomize kontrollü bir psikoeğitim çalışmasında, hastaların yaş ortalamasının girişim grubunda $60,8 \pm 8,32$, kontrol grubunda $60,8 \pm 9,33$ ve büyük çoğunluğunun erkek olduğu tespit edilmiştir (Wang ve ark., 2018). KKH olan kişilerde tedaviye uyumu ve öz bakımı geliştirmek için diyalektikdavranış terapisi kullanılan bir çalışmada çoğunluğu erkek olan girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması aynı ve $49,56 \pm 11,52$ olarak bulunmuştur (Tavakoli ve ark., 2019). PTCA sonrası evde yapılan öz bakım davranışlarının yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendiren bir başka çalışmada da

hastaların çoğunun erkek, yaş ortalamalarının ise girişim grubunda 67,2 ve kontrol grubunda 72,3 olduğu belirtilmiştir (Takematsu ve ark., 2015). Akıllı telefonla uygulanabilen öz bakım davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan kardiyak rehabilitasyon programının uygulanabilirliğini değerlendiren bir başka çalışmada da hastaların tamamının yaş ortalamasını 65 ± 5 ve erkek olduğu tespit edilmiştir (Harzand ve ark., 2018). Literatür bilgisine göre kardiyovasküler sağlığın en önemli belirleyicisi kişinin yaşıdır. Yaşlanma ile birlikte vasküler disfonksiyon sonucu yeterli doku perfüzyonu kaybı (iskemiye neden olur) ve yetersiz vasküler büyüme veya gerileme (hipertansiyona neden olur) de dahil olmak üzere KKH'na zemin hazırlayan çeşitli patolojiler ortaya çıkar (North & Sinclair, 2012). KKH görülme sıklığı 40 yaşından sonra erkeklerde %49, kadınlarda %32' dir (Benjamin ve ark., 2017). KKH' nın görülme sıklığının erkeklerde 45 yaşından sonra ve kadınlarda ise menopoz sonrası arttığı bildirilmektedir.

(American Heart Association, <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/coronary-artery-disease>. Erişim: Mart 2020).

2015). Özellikle 65 yaş ve üzerinde bireylerin başta gelen ölüm nedenlerinin %40'ı kardiyovasküler hastalıklardır (North & Sinclair, 2012) ve bu yaş aralığında kadınlarda erkeklere göre KKH görülme sıklığı artmaktadır (Burnette ve ark., 2004). Bu bilgilere göre KKH' nın 40 yaşından 65 yaşına kadar en çok erkeklerde görülen bir hastalık olduğu ve özellikle yaşlanma ile birlikte ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Bu çalışmanın bulguları yukarıdaki araştırmanın bulguları ve literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastaların beden kitle indeksi (BKİ) ortalamaları girişim grubunda $28,87 \pm 4,18$, kontrol grubunda $27,29 \pm 4,69$ ' du. Girişim ve kontrol gruplarındaki bireyler bu özellikler yönünden benzerdi (Tablo 4-12). Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırma sistemine göre BKİ, normal ($18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$), aşırı kilolu ($25.0-29.9 \text{ kg/m}^2$) ve obez ($> 30 \text{ kg/m}^2$) olmak üzere üç kategoriye ayrılır (WHO,2000 https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en, Erişim tarihi: Nisan 2020). Bu verilere göre çalışmaya katılan bireylerin aşırı kilolu olduğu görülmektedir. Gregory ve ark. (2017) da PTCA başvurusu yapan hastaların BKİ ile KKH' nın şiddeti arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında hastaların çoğunlukla aşırı kilolu (27.6 ± 1.4) olduğunu bulmuşlardır (Gregory ve ark., 2017). KKH olan

bireylerle yapılan bir diğer çalışmada evde öz bakım davranışlarını geliştiren grubun BKİ ortalamasının 28.5 ± 20.9 olduğu gösterilmiştir (Takematsu ve ark., 2014). Ülkemizde yapılan KKH' da sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada da bireylerin çoğunluğunun fazla kilolu olduğu tespit edilmiştir (Gür ve Sunal, 2019). Bu çalışmanın bulguları yukarıdaki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Günümüzde obezite, dünya çapında morbidite ve mortalitenin, özellikle de KKH' nın önemli bir nedeni olarak sunulan kardiyovasküler hastalıkların gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Gregory ve ark., 2017). KKH olan bireylerde fazla kilonun sıklıkla karşılaşılabilecek bir durum olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmaya dahil edilen hastaların çoğunluğu evli, ilkokul-ortaokul seviyesinde eğitim görmüş, çalışmıyor, emekli ve geliri giderinden düşüktü. Girişim ve kontrol gruplarındaki bireyler bu özellikler yönünden benzerdi (Tablo 4-12). Yapılan bir çalışmaya göre uzun yıllar uzun çalışma saatleri ile ilişkili olan stres ve yoğun çalışmanın kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada yoğun çalışmanın düşük sosyoekonomik statülü mesleklerde görülmesinin kardiyovasküler hastalık riskinde ciddi artışa sebep olduğu sonucuna vurgu yapılmıştır. Ayrıca düşük sosyoekonomik statülü meslekler düşük eğitim seviyesi ile ilişkilendirilmiş ve bu bireylerin emeklilik döneminde iskemik inme ile mücadele ettikleri ortaya konmuştur. Bu çalışmaya dahil edilen bireylerin çoğunun da evli olması ve aile hayatında bakmakla yükümlü oldukları bireylerin sorumluluğu da psikososyal stresi arttırdığı söylenmektedir (Kumar ve ark., 2014). Bu bilginin meta analiz çalışmalar ile de desteklendiğini görmekteyiz. KKH' ında iş stresinin önemini inceleyen bir meta analiz çalışmasında yaşamı boyunca bir bireyin uzun saatler çalışmasının ilerleyen yaşlarda KKH riskini artırdığı görülmüştür. Bunun en önemli nedeninin psikososyal stresin artışı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu meta analizden elde edilen bulgular iş gerginliğinin KKH riskinde iki kattan fazla artışa neden olduğunu göstermiştir. Bireylerin yaşla birlikte artan stres de dahil olduğunda bu bireylerin miyokard infarktüsü geçirme risklerinin emeklilik döneminde arttığı söylenebilir yorumu yapılmıştır (Kwimaki, Virtanen, Elovainio et al., 2006). Bir başka meta analiz çalışması da KKH riskindeki artışın uzun yıllar uzun saatler çalışmanın düşük sosyoekonomik statülü mesleklerdeki zor koşullar olduğunu ortaya

koymuştur (Kwimaki ve ark., 2015). Bu üç meta analizin sonuçlarına göre bireylerin büyük çoğunluğunun düşük sosyoekonomik mesleklerde uzun yıllar çalıştığı ve emekli olduğu, eğitim seviyelerinin düşük olduğu, emeklilik döneminde gelir durumlarının gidere göre düşük olması nedeni ile çalışma ihtiyaçları olmasına rağmen KKH ortaya çıkması nedeni ile çalışmadıkları belirtilmiştir (Kwimaki, Virtanen, Elovainio ve ark., 2006; Kwimaki ve ark., 2015; Kwimaki, Jokela, Nyberg ve ark., 2015). Ülkemizde yapılan KKH olan bireylere verilen bir eğitim ve danışmanlık programının yaşam kalitesine etkisini inceleyen başka bir çalışmada da hastaların çoğunluğunun evli ve ilköğretim seviyesinde eğitim gördüğü bulunmuştur (Kurçer ve ark, 2011). Tavakoli ve ark (2019) da davranış terapisi uyguladıkları bir çalışmada KKH olan bireylerin büyük çoğunluğunun (%75) evli ve sosyoekonomik seviyesinin düşük olduğunu bulmuşlardır (Tavakoli, Kazemi-Zahrani, Sadeghi, 2018). Bu çalışmaların aksine Wang ve ark (2015)' nın yapmış olduğu çalışmada KKH olan bireylerin çoğunluğu evli, ortaöğretim ve üstü eğitim görmüş, tam zamanlı ya da yarı zamanlı çalıştıkları ve gelir seviyelerinin orta seviyeden daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Wang ve ark., 2015). Ülkemizde yapılan yine bir başka çalışmada ise miyokard infarktüsü geçirmiş bireylerin çoğunluğunun evli, ilköğretim mezunu, orta seviyede gelirlerinin olduğu ve çalışmadığı bulunmuştur (Bayrak ve ark., 2019). Bu çalışmanın bulguları çoğunlukla literatürle paralellik göstermektedir. Çalışmalar arasındaki farklılıklar kişilerin bulunduğu ülkeye , coğrafi bölgeye ve yaşadıkları yerin kültürüne göre değişkenlik gösterebilir.

5.2.2. Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları ile Yaşam Tarzı Özelliklerinin Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu sigarayı bırakmış ve alkolü hiç kullanmamıştır. Sigarayı bırakan ve halen kullanan bireylerin 30 yıldan uzun süre ve günde ortalama 15 adet sigara içtikleri görüldü. Aynı şekilde alkol kullanan ve bırakan bireylerin 30 yıldan uzun süre alkol içtikleri bulundu. Girişim ve kontrol grupları sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları yönünden benzerdi (Tablo 4-13). Sigara içmek kardiyovasküler morbidite ve mortaliteye önemli ölçüde katkı sağlayan bir risk faktörüdür. Uzun yıllar sigara içmenin ve sigara dumanına maruz kalmanın düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolün inflamasyonunu, trombozu ve oksidasyonunu arttırarak KKH gelişmesine önemli katkı sağladığı belirtilmektedir.

Girişimsel ve klinik veriler, kardiyovasküler disfonksiyonu başlatmak için potansiyel bir mekanizma olarak sigaranın oksidatif stresi artırdığı hipotezini desteklemektedir (Ambrose & Barua, 2004). Hem ailede hem de işyerlerinde, çevresel tütün dumanına maruz kalmanın, maruz kalmayan sigara içmeyenlere kıyasla sigara içenlerde artmış KKH riski ile ilişkilendirilmiştir (Leone ve ark., 2004). Wang ve ark. (2018), KKH olan bireylerde davranış değişikliği yaratmak için yaptıkları psikoeğitim çalışmasında bireylerin büyük çoğunluğunun (%61,5) çalışmanın başlangıcında sigarayı bıraktığını ve bir kısmının (%20) ise halen sigara içmeye devam ettiklerini bulmuşlardır (Wang ve ark., 2018). Snaterse ve ark. (2018). da KKH olan Avrupalı hastaların sigara bırakma sonuçlarını inceledikleri bir çalışmada bir kısım hastanın (%17) halen sigara içtiğini ve büyük çoğunluğunun koroner olay sonrası sigarayı bıraktığını (%57) bildirmişlerdir. Bu çalışmaya katılan kişilerden sigara bırakma davranışını geliştirebilenlerin sağlık profesyonellerinden öz bakım davranışı geliştirme konusunda tavsiye aldıkları veya kardiyak rehabilitasyon programlarına katıldıkları görülmüştür. Ancak en çarpıcı sonuç koroner olay geçirdikten hemen sonra korku veya endişenin sigara bırakma davranışını tetiklediğini tahmin etmiş olmalarıdır (Snaterse ve ark., 2018). KKH olan hastalarda yaşam tarzının kardiyovasküler risk ile ilişkisini değerlendiren bir başka çalışmada ise bireylerin büyük kısmının (%55) önceden aktif sigara içicisi olduğu ancak az bir kısmının (%19) sigara içmeye devam ettiği gösterilmiştir (Kotseva ve ark., 2019). Bu çalışmanın sonuçları literatür bilgisi ve diğer çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir. Çalışmanın başlangıcında hastaların büyük çoğunluğunun sigarayı bıraktığını ve çok az hastanın halen sigara içmeye devam ettiği görüldü. Hastaların çoğunun hastalık hakkında bilgilendirilmiş olmamalarını ve bir sağlık profesyonelinden tavsiye almamış olduklarını düşünürsek sigara bırakmanın koroner olay sonrası korku veya endişe ile tetiklenen bir davranış değişikliği olabileceği düşüncesini doğurmaktadır. Bunun yanı sıra hastaların büyük çoğunluğunun çok uzun yıllar boyunca sigara içmiş olmaları da KKH'na yakalanma konusunda önemli bir risk faktörüne maruz kalmış olduklarını göstermektedir.

Alkol tüketimi ve alışkanlığının iskemik kalp hastalığı ile ilişkisini değerlendiren bir meta analiz çalışması alkol tüketiminin mortalite ve morbidite için önemli bir küresel risk faktörü olduğunu göstermektedir. Bu çalışma alkol kullanım bozukluğu olan

kişilerde yüksek iskemik kalp hastalığı riski (1,5 ile 2 kat) olduğunu ortaya koymuştur. Düşük alkol tüketiminin ise faydalı etkisine dair epidemiyolojik kanıtların olduğu bildirilmiştir (Roerecke & Rehm, 2014). Orta derecede alkol tüketiminin KKH riskini azaltabileceği ile ilgili çeşitli mekanizmalar öne sürülmektedir. Ilımlı alkol tüketiminin antienflamatuvar etkileri nedeni ile aterosklerozun en önemli sebebi olan enflamasyonu önlediği düşünülmektedir (Imhof & Koenig, 2003). Takematsu ve ark. (2014) KKH olan hastalarda evde öz bakım davranışlarını devam ettirmenin yaşam kalitesi üzerine etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında hastaların çok azının (%13) daha önce alkol kullandıklarını tespit etmişlerdir (Takematsu ve ark., 2014). Wang ve ark. (2018)'nin yaptığı çalışmada da girişim ve kontrol grubunda yer alan KKH olan bireylerin çok azının alkol kullanma alışkanlığı olduğu görülmüştür (Wang ve ark., 2018). Bu çalışmanın sonuçları bu araştırmaların bulguları ile paralellik göstermektedir. Alkol kullanan bireylerin sayısı oldukça azdır ve tüm grubun alkol yönünden sigara kadar büyük bir risk altında olmadığı yorumu yapıldı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların çoğunun sedanter yaşadığı bulundu ve bu özellik yönünden gruplar benzerdi (Tablo 4-13). Fiziksel hareketsizlik (hareketsiz yaşam), kardiyovasküler hastalıklar ve tüm nedenlere bağlı ölümler için dünya çapında önde gelen değiştirilebilir risk faktörleri arasındadır (Lavie ve ark., 2019; Booth, Roberts, Laye, 2012). Egzersiz kalp kasılma fonksiyonunu iyileştirir, diyastol sonu hacmi artırır, istirahatte bradikardiye neden olur ve antioksidan kapasiteyi artırarak miyokardiyal fonksiyonu iyileştirir, hareketsizlik ise bunun tam tersi etki göstererek koroner olay yaşama riskini artırır (Brown, 2003; Chan ve ark., 2012). KKH olan hastalarda fiziksel aktivite ve mortalite arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada bireylerin çoğunluğunun hareketsiz olduğu ve çok az bir kısmının hafif yoğunlukta egzersiz yaptıkları gösterilmiştir (Steward ve ark., 2017). KKH olan bireylerde yaşam şeklinin kardiyovasküler risk üzerine etkisinin incelendiği bir başka çalışmada da hastaların büyük çoğunluğunun sigara, diyet ve hareketsiz davranış açısından sağlıklı yaşam biçimleri olduğu ortaya konmuştur (Kotseva ve ark., 2019). Epidemiyolojik bir başka çalışma ise, KKH olan hastaların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına (hareketsiz yaşam, sigara içmek, fazla kilolu olmak) ve fizyolojik ve psikososyal risk faktörlerine çok fazla maruz kaldıklarını göstermiştir (Navar ve ark.,

2016). Bu çalışmanın bulguları yukarıdaki araştırmaların sonuçları ile paralellik göstermektedir. Uluslararası kılavuzlar, değiştirilebilir risk faktörlerini yönetmek ve KKH hastalarının sağlık sonuçlarını iyileştirmek için kardiyak rehabilitasyon (KR) programlarını şiddetle tavsiye etmektedir. Egzersiz hem KR hem de KKH için çok önemlidir (Su & Yu, 2019; Chan ve ark., 2012; Eckel ve ark., 2014). Bu bilgilere göre çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu hareketsiz yaşam biçimi yönünden KKH için önemli ölçüde risk altında olduklarını ve bu durum taburculuk sonrası yeni bir koroner olay yaşamalarının sebebi olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların çoğunluğunun stresli olduğu bulundu. Kontrol grubundaki bireylerin girişim grubuna göre daha stresli oldukları görüldü (Tablo 4-13). Psikolojik stres, koroner damarlarda artan enflamasyon ile ilişkili bağımsız bir KKH risk faktörüdür. (Fioranelli ve ark., 2018; Wirtz & Kanel, 2019). Akut stres kısa vadede ortaya çıkar, kronik stres ise iş stresi, sosyal izolasyon/yalnızlık, bakmakla yükümlü olunan aile bireylerinin olması (demanslı eş veya kronik hastalığı olan eş ile birlikte yaşama), düşük sosyoekonomik durum ve günlük zorluklar sonucunda uzun vadede görülür (Dimsdale, 2008; Hansel ve ark., 2010). Sosyoekonomik durum ile kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişkide cinsiyet farklılıklarını inceleyen bir sistematik inceleme ve meta analiz çalışmasında, yaşlanma döneminde özellikle düşük sosyoekonomik durumun erkeklerde daha fazla olduğunu göstermiş ve bu durum artmış KKH insidansı ile ilişkilendirilmiştir (Backholer ve ark., 2017). Yine bir başka meta analiz çalışmasında düşük sosyoekonomik durumun artan strese bağlı akut miyokard infarktüsü geçirme riskini artırdığı bulunmuştur (Manrique-Garcia ve ark., 2011). Bu çalışmalarda düşük sosyoekonomik durumun uzun vadede kronik stres yaratabileceği ve KKH insidansını artırdığı söylenmektedir. Başka bir sistematik incelemede, gözden geçirilen çalışmaların çoğunda, düşük gelir ve eğitim dahil olmak üzere düşük sosyoekonomik durumla ilişkili kronik stresli bireylerde daha yüksek CRP düzeylerini ortaya çıkarmıştır ve bu durumun artan KKH ile işkisini öne sürmüştür (Nazmi & Victora, 2007). KKH için psikososyal ve geleneksel risk faktörlerini inceleyen bir kohort çalışmasında erkeklerde kadınlara kıyasla yaşam koşullarının tükenmişlik sendromuna bağlı kronik stresi artırdığı ve bunun da hem ölümcül hem de ölümcül olmayan KKH riskini artırdığı tespit edilmiştir (Schnohr ve ark., 2015).

Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada da miyokard infarktüsü geçirdikten sonra bireylerin büyük çoğunluğunun endişeli ve stresli olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi, diyabet ve hipertansiyon gibi komorbid hastalıkların varlığı ve hareketsiz yaşam tarzının algılanan stresi artırdığı bulunmuştur (Bayrak ve ark., 2019). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir. Hastaların çoğunun düşük eğitim seviyesine bağlı düşük sosyoekonomik statüde, evli ve bakmakla yükümlü olunan aile bireyleri ile yaşaması (belki eşlerde de bazı kronik hastalıkların varlığı) ve hareketsiz yaşam tarzının olması kronik stresi arttıran etkenler olarak düşünülebilir. Bu durum çalışmaya dahil edilen hastaların çoğunda KKH için risk faktörü olan kronik stresin varlığına işaret edebilir.

5.2.3. Hastalık İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların çoğunda komorbid hastalık olarak hipertansiyon vardı. Diyabet ise hastaların çoğunda yoktu. Girişim ve kontrol grupları bu yönden benzerdi (Tablo 4-14). Hipertansiyon endotel disfonksiyonunu indükler, aterosklerotik süreci şiddetlendirir ve aterosklerotik plağın daha kararsız hale gelmesine neden olur. Hipertansiyonun olağan komplikasyonu olan sol ventrikül hipertrofisi, koroner rezervin azalmasını teşvik eder ve miyokardiyal oksijen ihtiyacını artırır, her iki mekanizma da miyokardiyal iskemiye katkıda bulunur (Escobar, 2002). Bu sebeple arteriyel hipertansiyon KKH için bir numaralı önlenabilir risk faktörüdür (Lefèvre & Puymirat, 2017). KKH olan bireylerde hipertansiyonun sıklıkla görülebilen bir komorbid hastalık olduğu yorumunu yapabiliriz. Bu durum çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunda neden hipertansiyonun birinci sırada bulunduğunu açıklamaktadır. Buna karşılık diyabetes mellitus (DM) olan hastalar için de kardiyovasküler hastalık riski çok artmıştır. DM hastalarında diyabet süresi 20 yılın üzerindeyse ve üç ve daha fazla diğer risk faktörlerini taşıyorsa çok yüksek kardiyovasküler risk, diyabet süresi 10 yıldan daha uzun süre ve bir tane ek risk faktörü varsa yüksek kardiyovasküler risk, genç (<50, tip2), ek risk faktörü yoksa ve diyabet süresi 10 yılın altındaysa orta kardiyovasküler risk vardır (Schütt, Müller-Wieland & Marx, 2019). Çalışmaya dahil edilen diyabetli hastaların 10 yıldan daha uzun süre diyabeti olduğu ve ek risk faktörü sayısının oldukça fazla olduğu göz önünde bulundurulursa bu hastaların yüksek

kardiyovasküler risk grubunda yer aldığı görülmektedir ancak bu grupta yer alan hasta sayısı oldukça azdır. Çalışmada bir diğer göze çarpan bulgu hipertansiyon ve diyabet yıl ortalamalarının aynı olmasıydı. Bu duruma göre çalışmada bulunan diyabeti olan her bireyin hipertansiyonu da olduğunu söyleyebiliriz. Hipertansiyonlu tip 2 diyabetlilerde kan basıncı ve kardiyovasküler morbidite riskinin incelendiği bir çalışmada DM tek başına kardiyovasküler hastalık için çok büyük bir risk faktörü olduğu ancak hipertansiyonlu diyabetlilerde bu riskin iki kattan daha fazla olduğu bildirilmiştir. Çalışmada hipertansiyonlu diyabetlilerin sayısı sadece hipertansiyonu olanlara göre oldukça azdır. Riyahi-Alam ve ark. (2017)' nın çalışmasından elde edilen bulguların sonuçları yorumlandığında KKH olan bireylerde hipertansiyon görülme sıklığının diyabetle bağlantısız olarak daha fazla olduğu ancak diyabetin hipertansiyon ile bağlantılı olarak ortaya çıktığı anlaşılmaktadır. Yani diyabeti olan her bireyde hipertansiyon varsa KKH görülme riski ciddi oranda yüksektir (Riyahi-Alam, 2017). Bu bilgiler çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Bu duruma göre her KKH olan bireyde öncelikle hipertansiyon diyabetten önce görülen bir risk faktörüdür diyebiliriz.

Bu çalışmada hipertansiyon gruplarda %69-74, diyabet ise her iki grupta da %35,9 oranında vardı. Diğer yandan KKH olan hastalarla yapılan çalışmaların sonuçlarına baktığımızda, Takematsu ve ark (2015).' nın çalışmasında hem girişim hem kontrol gruplarında hipertansiyon %65 ve üstünde, diyabet %38 ve altında; Bayrak ve ark (2019)' nın çalışmasında hipertansiyon yaklaşık %65, diyabet %44; Kärner Köhler ve ark .(2018)' nın çalışmasında hipertansiyon gruplarda %47,8-50, diyabet %11,7-22,9 aralığında; Kang ve Yang (2013)' ın çalışmasında ise hipertansiyon %50, diyabet %29,9 oranında görüldüğü bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları ile literatürdeki çalışmaların sonuçları paralellik göstermektedir. Bu verilere göre KKH olan bireyler için hipertansiyonun önlenabilir komorbid hastalıklar içinde birinci en önemli risk faktörü olduğu bilgisi desteklenmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların büyük çoğunluğunda aile öyküsünde KKH olduğu bulundu. Bu özellik yönünden girişim ve kontrol grupları benzerdi (Tablo 4-14). Wang ve ark. (2018)' nın çalışmasında KKH olan bireylerde aile öyküsü psikoeğitim verilen grupta %35, kontrol grubunda %50 ve tüm grupta yaklaşık %43 oranındaydı (Wang ve ark., 2018). Kang ve Yang (2012)' ın KKH olan bireylerde kardiyak öz

yeterliliği incelediği çalışmalarında aile öyküsünü %24,8 oranında olduğunu bulmuşlardır (Kang & Yang, 2012). Çalışmada ise girişim grubunda %75 kontrol grubunda %79 oranında ailede KKH öyküsü vardı. Bu çalışma ve diğer çalışmaların sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. Kişinin bildirdiği ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü, gelecekteki KKH olayları için bağımsız bir risk faktörüdür. Ailede kardiyovasküler hastalık öyküsünün genç bireyler arasında KKH riskini önemli ölçüde artırabileceği öne sürülmektedir (Chacko, Sarma & Harikrishnan, 2020). Kardiyovasküler hastalıkta, yüksek ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol seviyeleri ve hipertansiyon gibi geleneksel risk faktörleri güçlü genetik belirleyicilere sahiptir, ancak davranışsal risk faktörleri (sağlıksız beslenme, sigara ve alkol kullanma vb.) de aileden gelen önemli belirteçlerdir (Bittencourt, 2018). Çalışmalar arasındaki farklılığın sebebinin de bu nedenle genetik mirasın yanı sıra toplumsal ve kültürel davranış normlarındaki farklılıklar nedeniyle olabileceğini düşünmekteyiz.

5.3. Girişim ve Kontrol Gruplarının Öz Bakım Puanlarının Tartışması

Çalışmaya katılan hastaların öz bakımı sürdürme, öz bakımı yönetme ve öz bakımda öz güven puanları ilk görüşmede girişim ve kontrol grubunda benzerdi. Eğitim sonrası 3. ve 6. ay görüşmelerde bireylerin üç alt ölçek (öz bakımı sürdürme, öz bakımı yönetme, öz bakımda öz güven) puanları girişim grubunda kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 4-15, Tablo 4-16, Tablo 4-17, Tablo 4-18, Tablo 4-19, Tablo 4-20, Tablo 4-21). Bu çalışmada eğitim sonrası 6. ayda girişim grubundaki hastaların öz bakımı sürdürme puanı $34,35 \pm 1,53$, öz bakımı yönetme puanı $11,56 \pm 1,29$, öz güven puanı ise $20,23 \pm 1,13$ bulundu. Kontrol grubunda ise sırasıyla $21,74 \pm 2,56$, $6,48 \pm 0,85$, $12,38 \pm 2,67$ bulundu (Tablo 4-15, Tablo 4-18, Tablo 4-21). Tavakoli ve ark. (2019)'nın KKH olan hastalarda öğretici davranış terapisinin tedaviye bağlılık ve öz bakıma etkisini inceledikleri çalışmalarında çalışma sonunda girişim grubunun öz bakım envanteri puanı 72.50 ± 4.38 , kontrol grubunun 55.50 ± 7.42 olarak bulunmuştur ve aynı zamanda tedaviye bağlılığın değerlendirildiği ölçek puanlarında da anlamlı artış olmuştur. Diyalektik davranış terapisi tedaviye bağlılığı ve öz bakımı anlamlı olarak artırdığı belirtilmiştir (Tavakoli ve ark., 2019). Bu çalışmanın sonuçları bu araştırma ile paralellik göstermektedir. Orjinal envanterin geliştirme çalışmasında ölçeğin toplam puanının hesaplanmamasının daha uygun

olacağı söylenmektedir. Bu nedenle, bu çalışmada üç ölçek puanları ayrı ayrı ele alındı. Bu çalışmanın bulguları, yüz yüze eğitim ve telefonla izlemelerin 3. ve 6. ayda öz bakım davranışlarında anlamlı yükselme sağladığını gösterdi.

KKH olan hastalar bu hastalığa yakalandıkları zaman kendi durumları üzerinde hiçbir kontrollerinin olmadığını hissedebilir. Bu durum öz bakımı sürdürme, yönetme ve özgüvenin yetersiz oluşu sonucu öz bakım eksikliğinin bir nedenidir. Öz bakımı sürdürme danışma ve otonom davranışlar olarak iki alt boyutta incelenir. Danışma davranışları hekim randevularına gitmek, aspirin veya kan sulandırıcı kullanmak, kan basıncını kontrol etmek, ilaçları reçeteye uygun kullanmak, ilaç hatırlatma sistemi kullanmak ve sigara/sigara içenlerden (ortamlardan) uzak durmaktır. Otonom davranışlar ise 30dk egzersiz yapmak, dışarıda veya misafirlikte yağsız/az yağlı yemek isteyebilmek, sebze ve meyve yemek ve kilo vermeye çalışmak ya da kilo kontrolü yapmaktır. Bunlar yaşam biçimi değişikliği yapılması gereken davranışlardır. Bu nedenle, bu çalışmada yaşam biçimi değişikliği yapmaya odaklanmış çalışmalar ile değerlendirme yapıldı. Bu çalışmayla birebir uyumlu tasarımı olan araştırma olmadığı ve değerlendirme ölçeğimiz ülkemizde ve dünyada birçok ülkede yeni uyarlanan bir envanter olduğu için bu bölümde KKH olan bireylerde davranış değişikliği geliştirebilmek için çeşitli eğitim modellerini kullanılarak yapılmış diğer araştırma sonuçlarına yer verildi.

Bu çalışmada eğitim verilen girişim grubunda öz bakımı sürdürme alt ölçeğinin her iki alt boyutu olan otonom ve danışma davranışlarında da 3. ve 6. ayda artış olduğu görüldü (Tablo 4-16, Tablo 4-17). Hawkes ve ark (2013)' nın telefonla sağlanan 6 aylık KKH ikincil önleme programını kullandığı bir randomize kontrollü çalışmada, girişim grubunun çalışma sonunda fiziksel aktivite, vücut kitle indeksi, sebze tüketme ve alkol alışkanlıklarında önerilen tavsiyelere uymada ciddi artış bildirilmiştir (Hawks ve ark., 2013). Yan ve ark (2014)' nın telefonla takip girişiminde miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda hastalık algısı ve yaşam tarzını inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında girişim grubunun 12 haftalık takip sonrası beslenme ve düzenli fiziksel aktivite davranışlarında olumlu artış gösterdikleri tespit edilmiştir (Yan ve ark., 2014). Hunger ve ark. (2014)' nın miyokard infarktüsü geçirmiş yaşlı hastalarda ev ziyareti ve telefonla görüşme yöntemi ile hemşireler tarafından yürütülen bir vaka yönetim programı sayesinde

beslenme risk skorlarında ileri seviye bir artış bildirmişlerdir (Hunger ve ark., 2014). Kirchberger ve ark. (2015) da miyokard infarktüsü geçirmiş yaşlı bireylerde hemşire temelli vaka yönetimi çalışmalarında doğru beslenme alışkanlıkları ile birlikte kan basıncı takibinde artış ve sistolik kan basıncı ile birlikte kolesterol seviyelerinde de belirgin düşme tespit etmişlerdir (Kirchberger ve ark., 2015). Hunger ve ark (2014) ve Krichberger ve ark (2015) çalışmalarında taburculukta yüz yüze eğitim, yazılı eğitim materyali ve taburculuk sonrası 3 ayda 8 telefon görüşmesi ve 6 ev ziyareti yapmışlardır. Pfaeffli Dale ve ark (2015)' nın KKH olan bireylerde davranış değişikliği geliştirmek için kısa mesaj ve internet destek programı kullandıkları randomize kontrollü çalışmalarında girişim grubunda 3. ayda yüksek ilaç uyum skoru bildirmişlerdir (Pfaeffli Dale ve ark., 2015). Santo ve ark (2018)' nın yaşam tarzı odaklı bir metin mesajı uygulamasının KKH olan bireylerde beslenme rehberi tavsiyelerine uymada etkisini inceledikleri çalışmalarında 6 ay sonunda girişim grubunda ciddi derecede sağlıklı beslenmeye uyumda artış bildirmişlerdir ve girişim grubunda haftalık sebze, meyve ve balık tüketiminde artış, paketli gıda tüketiminde azalma ve tuz kontrolünde artma olduğunu tespit etmişlerdir (Santo ve ark., 2018). Leemrijse ve ark. (2016) aylık 20-30 dakikalık telefon görüşmesi ile koroner risk faktörlerini iyileştirmeye yönelik yaptıkları randomize bir çalışmada, beden kitle indeksinde düşüş, düzenli fiziksel aktivite ve günlük sebze tüketiminde ileri seviye bir artış görmüşlerdir (Lermijse ve ark., 2016). Chow ve ark. (2015) KKH olan bireylerde yaşam tarzı odaklı metin mesajının risk faktörlerine etkisini değerlendirdikleri randomize kontrollü çalışmalarında kan basıncı kontrolünde artış, beden kitle indeksinde düşme, fiziksel aktivitede artış ve sigara kullanımında azalma olduğunu bildirmişlerdir (Chow ve ark., 2015). Harzand ve ark. (2018) da kardiyak rehabilitasyonun düzenli egzersiz yapma ve tedaviye uyum da dahil tüm öz bakım davranışlarını geliştirmede etkili olduğunu bulmuşlardır. KKH olan kişilerde e-sağlık uygulamaları ile yapılan kardiyak rehabilitasyonun sağlık sonuçlarına etkisini inceleyen bir meta analiz çalışmasında yaşam tarzının değiştirilmesinde bu uygulamaların önemli ölçüde etkili olduğunu bulmuşlardır. Bu meta analizde 14 çalışma incelenmiş ve 9 unda bireyin diyetini takip edebilmesi (yağsız yemekler tercih etmesi), sigara bırakması, orta ve hafif yoğunlukta egzersiz yapması, kilo kontrolü yapması, kan basıncını kontrol etmesi gibi davranışlarda anlamlı artış

olduğu bildirilmiştir (Su ve ark., 2019). Literatürdeki bu çalışmaların özellikle otonom davranışlar (beslenme alışkanlıkları (sebze ve meyve tüketimi), düzenli fiziksel aktivite ve kilo kontrolü) üzerinde olumlu etki gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçları literatür ile paralel ve daha kapsamlı bir davranış değişikliği sunmaktadır. Yukarıdaki çalışmalarda davranış değişikliği için hastalarda eğitim modeli olarak çoğunlukla telefonla görüşme, yüz yüze görüşme, ev ziyareti, kısa mesaj gönderme ve e-posta gönderme gibi değişik yöntemlerden yararlanılmıştır. E-sağlık ve tele sağlık uygulamalarının kullanımı sağlık profesyonelleri için pratik ve kullanışlı olsa bile bir çok hasta tarafından tercih edilmeyebilir (Halldorsdottir ve ark., 2020). Boyde ve ark. (2018) ve Ingadottir ve ark. (2016).’nın çalışmalarında kardiyak rehabilitasyon için seçilen hastaların büyük çoğunluğunun tele sağlık kullanarak internet üzerinden egzersiz yapma ve bir akıllı telefon uygulaması aracılığı ile bilgi alma fikrinin hoşlarına gitmedikleri bunun yerine geleneksel merkez tabanlı bir yüz yüze eğitim tercih edecekleri bildirilmiştir (Boyde ve ark., 2018). Bu çalışmada yüz yüze eğitim modülü bireye özgü ve kapsamlı olarak verildi. Buna bağlı olarak, hastaların telefonla birinci ve dördüncü aylardaki motivasyon görüşmeleri dahil üçüncü ve altıncı aydaki izlemlerde de hemşire danışmanlığı almış olmaları öz bakımın tüm basamaklarında bireyi yaşam biçimi davranış değişikliğinde motive ettiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada başlangıçta bireyler çok düşük öz yönetim bildirdiler. Eğitim sonrasında ise 3. ve 6. ayda girişim grubunda erken ve geç dönem davranışlarında anlamlı bir artış olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, ilk görüşmede iki grubun da öz bakımı yönetme puanlarının oldukça düşük olduğu anlaşılmaktadır, bu da hastaların semptom yönetiminde oldukça yetersiz olduklarını göstermektedir (Tablo 4-19, Tablo 4-20). Öz bakımını yönetme erken ve geç davranışlar olmak üzere iki bölümde ele alınır. Erken davranışlar göğüs ağrısının bir belirti olduğunu fark etmek, göğüs ağrısı olduğunda yavaşlamak/dinlenmek, göğüs ağrısı olduğunda ne yaptığını ve bunun işe yarayıp yaramadığını değerlendirebilmektir. Geç davranışlar ise göğüs ağrısı olduğunda nitrogliserin almak, hekim/hemşireyi aramak ve aspirin almaktır (Bayrak ve Oğuz, 2020). Jiang ve ark. (2020) KKH olan bireylerde hemşire liderliğinde multidisipliner bir kendi kendine tedavi programının etkinliğini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada

hemşire, doktor, diyetisyen ve fizyoterapist tarafından verilen grup sağlığı eğitimi, bireysel konsültasyon ve 2 haftalık aralarla telefonla takip yöntemini kullanarak 6 aylık izlem sonunda öz yönetim ve öz yeterlik davranışlarını geliştirmeyi hedeflemişlerdir. Bu çalışmada kontrol ve girişim grubunun koroner arter hastalığı öz yönetim ölçeğinin alt bileşenleri olan semptom yönetimi ve acil durum yönetimi davranışları çalışma başlangıcında yetersizdi. Çalışma sonunda 3 farklı değerlendirme (başlangıç, 3 aylık ve 6 aylık) sonucunda semptom yönetimi alt boyutunda girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark yokken, acil durum yönetiminde fark vardı. Hastaların acil durum yönetimi davranışları ani ortaya çıkan anjina semptomu sonrası nitrogliserin kullanma, doktoru arama, aspirin alma gibi geç yönetim davranışları olarak belirtilmiştir. Jiang ve ark (2020)' nın geliştirdiği tedavi programının geç dönem davranışlarında öz yönetimi artırdığı söylenebilir (Jiang ve ark., 2020). Bu çalışmanın bulguları Jiang ve ark. (2020)' nın araştırması ile paralellik göstermektedir. Dawkes ve ark (2016)' nın elektif PTCA sonrası hastalarda öz yönetimi değerlendirdikleri bir başka nitel çalışmada ise hastaların erken dönem davranışları olan ajinanın ne olduğunu tanımak ve anjina olduğunda yavaşlamak/dinlenmek gibi davranışları yapmada yetersiz oldukları bildirilmiştir. Dawkes ve ark (2016)' nın çalışmasında geç dönem davranışı olan nitrat kullanımı ve hekimi aramak da çok az hastanın yapabildiği eylemler olarak gösterilmiştir. PTCA sonrası bireylerin öz bakımı yönetme davranışları optimum seviyenin altındaydı. Başlangıç puanlarına göre bu çalışmanın sonuçları yukarıdaki çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Tip 1 diyabetli hastalarda yetersiz öz bakımın klinik ve sosyodemografik belirleyicilerini araştıran bir çalışmada ise SC-CHDI' nın diyabetli hastalar için geliştirilmiş versiyonu ile değerlendirme yapılmış ve bu çalışmada hastalar öz bakımı sürdürme, öz bakımı izleme ve öz bakımda öz güvende yeterli davranışlara sahipken öz bakımı yönetmede yetersiz bulunmuştur (Caruso, 2019). Bu çalışmanın başlangıç bulguları da Crauso ve ark. (2019)' nın çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Eğitim sonrası hastaların geç dönem davranışlarındaki artış puan bazında çok daha yüksekti. Bu da Jiang ve ark. (2020)' nın çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada eğitim sonrasında bile öz bakımı yönetme davranışları optimal seviyede değildi yine de anlamlı artış olması eğitimin etkinliğini kanıtlar. KKH' nı tanımak ve semptomları yönetebilmek, kardiyak ölümlerin

azaltılması açısından çok önemlidir. Kontrol grubunda 6. ayda öz bakımı yönetmede azalma olması yeni yaşanacak koroner olaylar için ciddi bir tehlike olduğunu göstermektedir. Taburculuk öncesi hasta eğitimi hastaların öz bakımı yönetmede yetkin olmasını sağlar.

Bu çalışmada öz güven ölçeği puanları ilk görüşmede iki grupta da azdı, 3. ve 6. ayda eğitim verilen girişim grubunda önemli seviyede arttı, ancak kontrol grubunda ise aynı seviyede kaldı, bu bulgunun sonucu eğitim sonrası bireylerin kendi sağlığını iyileştirme yönünde öz yeterliğe sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 4-21). Öz bakımda öz güven, öz bakımı sürdürme, izleme ve yönetmenin tüm yönlerini etkin bir şekilde yerine getirmedeki öz yeterlidir (Bayrak ve Oğuz, 2020). Öz yeterlik ise bireyin yaşamını etkileyen olaylar üzerinde kontrol uygulama kapasitelerine olan inançlarını yani güveni temsil eder (Zulkosky, 2009). SC-CHDI ülkemizde ve dünyada uyarlanan yeni bir envanterdir, bu nedenle öz güveni temsil eden genel öz yeterlik ölçeği (General Self-Efficacy Scale-GSF) ile yapılmış çalışmalara yer verildi. Kärner Köhler ve ark. (2018) KKH olan hastalarda genel öz yeterliği inceledikleri 5 yıllık prospektif tek merkezli randomize kontrollü çalışmalarında, başlangıçta bireylerin genel öz yeterliklerinde yetersizlik ve 12 ay sonra artış olduğunu bildirmişlerdir (Kärner Köhler ve ark., 2018). Barham ve ark. (2019) KKH olan hastalarda kardiyak öz yeterlik ve yaşam kalitesini inceledikleri tanımlayıcı çalışmalarında bireylerin düşük öz yeterliğe sahip olduklarını bildirmişlerdir (Barham ve ark., 2018). Lu ve ark. (2020)'nın Çin'de KKH olan hastalar arasında ikincil korumaya bağlılık ile sağlık okuryazarlığı, öz yeterlik ve hastalık bilgisi arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmalarında öz yeterliğin düşük olduğu ve hastalığa uyumsuzluk ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lu ve ark., 2020). Öz bakımda öz güven bilgi, eğitim ve hastaların güçlendirilmesi yoluyla elde edilebilir. Literatürdeki (Kuo ve ark., 2014; Arvidsson ve ark., 2012) birçok davranış ve yaşam biçimi değişikliğinin bir hastanın öz yeterliğini (öz güvenini) geliştirdiği gösterilmiştir. İnsanların hayatta karşılaştıkları zorluklarla ve mücadelelerle başa çıkabilmeleri için öz yeterlik edinmeleri hayati önem taşımaktadır (Zulkosky, 2009). Düşük öz güven KKH olan bireylerin kardiyak rehabilitasyon programının hedeflerine ulaşamamasına neden olur (Kärner Köhler ve ark., 2018), bu nedenle öncelikle öz güveni yükseltmek ve öz bakıma bireylerin tam motivasyon ile

katılabilmelerini sağlamak için bu durumun önceden belirlenmesi gerekir. Bu çalışmada hastaların öz bakımını güçlendirmek için taburculuk öncesi hasta bilgilendirici ve yaşam biçimi değişikliği için motive edici eğitim girişiminin öz güven geliştirmede yararlı olduğu yorumu yapıldı.



SONUÇLAR

Koroner Kalp Hastalığı olan hastalarda eğitimin etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

- ✓ Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin (KKHÖBE) Türkiye’de KKH olan bireylerin öz bakım davranışlarını değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğu,
- ✓ Eğitimin KKH olan hastalarda öz bakım davranışlarını artırdığı,
- ✓ Eğitimin KKH olan hastalarda öz bakımı sürdürme davranışlarını artırdığı,
- ✓ Eğitimin KKH olan hastalarda öz bakımı yönetime davranışlarını artırdığı,
- ✓ Eğitimin KKH olan hastalarda öz bakımda öz güveni artırdığı bulundu.

ÖNERİLER

Bu çalışma, KKHÖBE’ nin KKH olan bireylerin öz bakımını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu ve taburculuk öncesi verilen eğitim girişiminin KKH olan hastalarda öz bakım davranışlarını geliştirmek için etkili bir yöntem olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırmanın sonucunda;

- ✓ Koroner Kalp Hastalığı olan hastaların öz bakımında bireysel yetkinliklerinin kazandırılması için eğitim ve danışmanlık yapılmadan taburcu edilmemesi,
- ✓ Kardiyoloji hemşiresi tarafından verilecek eğitimin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için farklı bir çok merkezde ve daha büyük örneklem grupları ile randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- ✓ Taburculuk öncesi KKH olan bireylere verilecek eğitim girişiminin multidisipliner ekip (hekim, hemşiri diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı) üyelerinin katılımı ile gerçekleştirildiği ve hastaların tüm bu ekip üyeleri tarafından danışmanlık alabildiği büyük hasta gruplarının dahil edildiği yeni metodolik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akçin E. Yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitime yönelik hemşirelik etkinlikleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;14(57):109-22.

Aksayan, S. ve Gözüm, S. Kùltürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek

Appraisal and recommendations. Research in Nursing & Health. 2002;30, 459-467.

Alpar R Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlik. 2. Baskı. Ankara: Detay Yayıncılık 2012.

Ambrose JA & Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. J Am Coll Cardiol. 2004;19;43(10):1731-7.

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2003.12.047>.

Ambrose JA & Singh M. Pathophysiology of Coronary Artery Disease Leading to Acute Coronary Syndromes. F1000prime Reports. 2015;7,08.

<https://doi.org/10.12703/P7-08>.

Andersson J, Libby P, Hansson GK. Adaptive Immunity and Atherosclerosis. Clin Immunol. 2010;134(1):33-46.

<https://doi.org/10.1016/j.clim.2009.07.002>

Arvidsson S, Bergman S, Arvidsson B, Fridlund B, Tingström P. Effects of A Self-Care Promotion Problem-Based Learning Programme in People with Rheumatic Diseases: A Randomized Controlled Study. J Adv Nurs. 2012;67(7):1500–14.

<https://doi.org/10.1111/jan.12008>.

Agarwal SK. Cardiovascular benefits of exercise. Int J Gen Med. 2012;5:541-5.

<https://doi.org/10.2147/IJGM.S30113>.

Bachmann J, Willis B, Ayers C, Khera A, & Berry J. Association Between Family History and Coronary Heart Disease Death Across Long-Term Follow-Up in Men: The Cooper Center Longitudinal Study. Circulation. 2012;125,3092–3098.

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.065490>.

Backholer K, Peters SAE, Bots SH, Peeters A, Huxley RR, Woodward M. Sex Differences in The Relationship Between Socioeconomic Status and Cardiovascular Disease: A Systematic Review And Meta-Analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(6):550-557. <https://doi.org/10.1136/jech-2016-207890>.

Badimon L, Padró T, Vilahur G. Atherosclerosis, Platelets and Thrombosis in Acute Ischaemic Heart Disease. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2012;1(1):60-74. <https://doi.org/10.1177/2048872612441582>.

Banerjee A, Newman DR, Van den Bruel A, Heneghan C. Diagnostic Accuracy of Exercise Stress Testing for Coronary Artery Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *Int J Clin Pract*. 2012;66(5):477-92. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2012.02900.x>.

Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, Candar B, Keleş S, Karagöz B, Akpınar G. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*. 2019;10(23):129–137. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.09719>.

Bayrak B., & Oğuz S. Validity and reliability of the Turkish version of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory. *International Journal of Nursing Practice*., 2020; e12847. <https://doi.org/10.1111/ijn.12847>.

Bender BG. Can Health Care Organizations Improve Health Behavior and Treatment Adherence? *Popul Health Manag*. 2014;17(2):71-8. <https://doi.org/10.1089/pop.2013.0045>.

Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, RD, et al.(2017). Heart Disease And Stroke Statistics - 2017 Update: A Report From The American Heart Association.

Benjamin EJ, Muntner P, Alonso A, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP., et al. Heart Disease And Stroke Statistics—2019 Update: A Report From The American Heart Associationexternal Icon. *Circulation*. 2019;139(10):e56–528. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000659>

Bentzon JF, Otsuka F, Virmani R, Falk E. Mechanisms of Plaque Formation and Rupture. *Circ Res*. 2014;114:1852–66.

<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.114.302721>.

Bittencourt MS. Family History of Cardiovascular Disease: How Detailed Should It Be? *Mayo Clin Proc*. 2018;93(9):1167-1168.

<http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.07.010>.

Birnbaum Y, Wilson JM, Fiol M, de Luna AB, Eskola M, Nikus K. ECG Diagnosis and Classification of Acute Coronary Syndromes. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2014;19(1):4-14. <https://doi.org/10.1111/anec.12130>.

Bocchi EA, Cruz F, Guimarães G, Pinho Moreira LF, Issa VS, Ayub Ferreira SM, Chizzola PR, Souza GE, Brandão S, Bacal F. Long-Term Prospective, Randomized, Controlled Study Using Repetitive Education at Six-Month Intervals and Monitoring For Adherence in Heart Failure Outpatients: The REMADHE Trial. *Circ Heart Fail*. 2008;1(2):115-24. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.107.744870>.

British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association.(2005) JBS 2: Joint British Societies' Guidelines on Prevention of Cardiovascular Disease in Clinical Practice. *Heart*. 2005;91(Suppl 5):v1-52. <https://doi.org/10.1136/hrt.2005.079988>.

Booth, F.W., Roberts, C.K., Laye, M.J. Lack of Exercise Is A Major Cause of Chronic Diseases. *Compr Physiol*. 2012;2(2):1143-211. <https://doi.org/10.1002/cphy.c110025>.

Boyde M, Rankin J, Whitty JA, Peters R, Holliday J, Baker C, Hwang R, Lynagh D, Korczyk D. Patient Preferences For The Delivery of Cardiac Rehabilitation. *Patient Educ Couns*. 2018;101(12):2162-2169. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.07.010>.

Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(4):701-14. <https://doi.org/10.1177/2047487312449308>.

Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E. Risk Factors For Coronary Artery Disease. [Updated 2020 Jun 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/>.

Brown MD. Exercise and Coronary Vascular Remodelling in The Healthy Heart. *Exp Physiol*. 2003;88:645–58.

Burnette D, Mui AC, Zodikoff BD. Gender, Self-Care and Functional Status Among Older Persons With Coronary Heart Disease: A National Perspective. *Women Health*. 2004;39(1):65-84. https://doi.org/10.1300/J013v39n01_04.

Buja LM, McAllister Jr. HA. Coronary Artery Disease: Pathological Anatomy and Pathogenesis. In: Willerson JT, Cohn JN, Wellens HJJ, Holmes Jr DR, Editors. *Cardiovascular Medicine*. 3rd Ed. London: 2007, p: 593–610.

Buja LM. Coronary Artery Disease: Pathological Anatomy and Pathogenesis. In: Willerson J., Holmes, Jr. D. (Eds) *Coronary Artery Disease*. *Cardiovascular Medicine*. Springer, London: 2015. https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2828-1_1.

Büyüköztürk S. Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçekgelis, Tirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*. 2002;32,470–483.

Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları Ve Yorum: Pegem Akademi; 2011, s:179-182.

Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological Interventions for Smoking Cessation: An Overview and Network Meta-Analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;31;(5):CD009329. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009329>.

Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM. Secondary Prevention in Coronary Heart Disease: Baseline Survey of Provision in General Practice. *BMJ*. 1998; 9;316(7142):1430-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.316.7142.1430>.

Caruso R, Rebora P, Dellafiore F, Fabrizi D, Riegel B, Ausili D, Di Mauro S. Clinical and socio-demographic determinants of inadequate self-care in adults with type 1 diabetes mellitus: the leading role of self-care confidence. *Acta Diabetol*. 2019;56(2):151-161 <https://doi.org/10.1007/s00592-018-1259-z>

Critchley JA, Capewell S. Mortality Risk Reduction Associated with Smoking Cessation in Patients With Coronary Heart Disease: A Systematic Review. JAMA. 2003; 290(1):86-97.. <https://doi.org/10.1001/jama.290>.

Çapık, C., Gözümlü, S., Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing, 26(3): 199-210.

Çelik, EH., Yılmaz, V. Yapısal Eşitlik Modellemesi. Temel Kavramlar Uygulamalar Programlama. Anı Yayıncılık, Ankara; 2013, s:23-132.

Chacko M, Sarma PS, Harikrishnan S. et al. Family History of Cardiovascular Disease and Risk of Premature Coronary Heart Disease: A Matched Case-Control Study Wellcome Open Res. 2020; 5:70.

<https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15829.2>.

Chan CL, Wang CW, Ho RT, Ho AH, Ziea ET, Taam Wong VC, Ng SM. A Systematic Review of The Effectiveness of Qigong Exercise in Cardiac Rehabilitation. Am J Chin Med. 2012;40(2):255-67.

<https://doi.org/10.1142/S0192415X12500206>.

Chow CK, Redfern J, Hillis GS, Thakkar J, Santo K, Hackett ML, Jan S, Graves N, de Keizer L, Barry T, Bompont S, Stepien S, Whittaker R, Rodgers A, Thiagalingam A. Effect of Lifestyle-Focused Text Messaging on Risk Factor Modification in Patients With Coronary Heart Disease: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2015;22-29;314(12):1255-63. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.10945>.

Copstead CLE & Banasik JL. Pathophysiology, 4th ed.. St Louis, Missouri: Saunders Elsevier. 2010.

Dawkes S, Smith GD, Elliott L, Raeside R, Donaldson JH. Self-management of coronary heart disease in older patients after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. J Geriatr Cardiol. 2016;13(5):393-400.

<https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2016.05.010>.

Demir Barutcu C, Mert H & Bektas M. Psychometric Properties of Turkish Version of the Dutch Objective Burden Inventory. *Asian Nursing Research*. 2015; 9, 207–212.

Dickson, V., Nocella, J., Yoon, H. W., Hammer, M., Melkus, G. D., & Cyhun, D. Cardiovascular Disease Self-Care Interventions . Hindawi Publishing Corporation *Nursing Research And Practice Journal*, 2013, pp. 1–16.

<https://doi.org/10.1155/2013/407608>.

Dickson V V, Lee C S, Yehle K S etc (2017). Psychometric Testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHD). *Journal of Research in Nursing*, 40(1), 15-22. <https://doi.org/10.1002/nur.21755>.

Dimsdale JE. Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2008;51(13):1237–46.

Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD, De Jesus JM, Houston Miller N, Hubbard VS, et al. 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. *J Am Coll Cardiol*. 2014; 63: 25 section: 2960–84.

Escobar E. Hypertension and Coronary Heart Disease. *J Hum Hypertens*. 2002;16 (Suppl 1):61-63. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001345>.

Fioranelli M, Bottaccioli AG, Bottaccioli F, Bianchi M, Rovesti M, Rocchia MG. Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology-Based. *Front Immunol*. 2018;6;9:2031. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02031>.

Gregory AB, Lester KK, Gregory DM, Twells LK, Midodzi WK, Pearce NJ. The Relationship between Body Mass Index and the Severity of Coronary Artery Disease in Patients Referred for Coronary Angiography. *Cardiol Res Pract*. 2017;5481671. <https://doi.org/10.1155/2017/5481671>.

Girelli D, Martinelli N, Peyvandi F, Olivieri O. Genetic Architecture of Coronary Artery Disease in The Genome-Wide Era: Implications for The Emerging "Golden Dozen" Loci. *Semin Thromb Hemost.* 2009;35(7):671-82.

<https://doi.org/doi/10.1055/s-0029-1242721>.

Gürbüz S, Şahin F. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe Yöntem Analizi 4. Baskı. Ankara; Seçkin Yayıncılık; 2017.

Gür G, Sunal N. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *HSP.* 2019; 6(2): 209-19.

<https://doi.org/10.17681/hsp.420313>.

Hadaegh F. Blood Pressure and Cardiovascular Morbidity Risk in Type 2 Diabetes with Hypertension Over A Decade of Follow-Up: Evidence for J-Shaped Phenomenon. *J Hum Hypertens.* 2017;31(6):415-421.

<http://doi.org/10.1038/jhh.2016.94>.

Hair JFJ, Black WC, Babin BJ, & Anderson RE. *Multivariate Data Analysis Seventh Edition* Prentice Hall.; 2010.

Halldorsdottir H, Thoroddsen A, Ingadottir B. Impact of technology-based patient education on modifiable cardiovascular risk factors of people with coronary heart disease: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2020;103(10):2018-2028.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.027>.

Hajar R. Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association.* 2017;18(3), 109–114.

https://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_106_17

Hänsel A, Hong S, Cámara RJ, von Känel R. Inflammation as a psychophysiological biomarker in chronic psychosocial stress. *Neurosci Biobehav Rev.* 2010;35(1):115-21.

Harzand A, Witbrodt B, Davis-Watts ML, Alrohaibani A, Goese D, Wenger NK, Shah AJ, Zafari AM. Feasibility of a Smartphone-enabled Cardiac Rehabilitation

Program in Male Veterans With Previous Clinical Evidence of Coronary Heart Disease. *Am J Cardiol*. 2018 Nov 1;122(9):1471-1476.

<https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.07.028>.

Hawkes AL, Patrao TA, Atherton J, Ware RS, Taylor CB, O'Neil A, Foreman R, Oldenburg BF. Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (proactive heart) on quality of life and health behaviours: primary outcomes of a randomised controlled trial. *Int J Behav Med*. 2013;20(3):413-24.. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9250-5>.

Hooper D, Coughlan J, Mullen MR. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*. 2008;6(1), 53-60.

Hunger M, Kirchberger I, Holle R, et al. Does Nurse-Based Case Management For Aged Myocardial Infarction Patients Improve Risk Factors, Physical Functioning and Mental Health? The KORINNA Trial. *European Journal Of Preventive Cardiology*. 2015;22(4):442-450. <https://doi.org/10.1177/2047487314524682>.

Imhof A, Koenig W. Alcohol Inflammation and Coronary Heart Disease. *Addict Biol*. 2003;8(3):271-7. <https://doi.org/10.1080/13556210310001602176>.

Ingadottir B, Blondal K, Jaarsma T, Thylen I. Perceptions about traditional and novel methods to learn about postoperative pain management: a qualitative study. *J Adv Nurs*. 2016;72(11):2672-2683. <https://doi.org/10.1111/jan.13021>.

Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, Maes S. Lifestyle Modification Programmes For Patients with Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(4):620-40. <https://doi.org/10.1177/2047487312462824>.

Jiang W, Zhang Y, Yan F, Liu H, Gao R. Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary self-management program for patients with coronary heart disease in communities: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2020 Apr;103(4):854-863. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.11.001>.

Kalaycı Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. 5. baskı. Asil Yayıncılık.; 2010

Kang Y, Yang IS. Cardiac Self-Efficacy and Its Predictors in Patients with Coronary Artery Diseases. J Clin Nurs. 2013;22(17-18):2465-73.

<https://doi.org/10.1111/jocn.12142>.

Kannel WB, McGee DL. Diabetes and Cardiovascular Disease. The Framingham Study. JAMA. 1979;11;241(19):2035-8. <https://doi.org/10.1001/jama.241.19.2035>.

Karakoç FY& Dönmez L. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitim Dünyası Dergisi. 2014;40,39–49. <https://doi.org/10.25282/ted.228738>.

Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting Patient Uptake and Adherence in Cardiac Rehabilitation. Cochrane Database Syst Rev. 2014; 25;(6):CD007131. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007131>.

Kärner Köhler A, Tingström P, Jaarsma T, Nilsson S. Patient Empowerment And General Self-Efficacy in Patients with Coronary Heart Disease: A Cross-Sectional Study. BMC Fam Pract. 2018;30;19(1):76. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0749-y>.

Kaya H. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları.Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2009;1(1).

Kim KJ, Yoon J, Won KH, Lim SW, Chae IH, Lee SY, Kim SW, Kim HS. Assessment of The Efficacy of Lowering LDL Cholesterol With Rosuvastatin 10 Mg in Four Korean Statin Benefit Groups As Per ACC/AHA Guidelines (Newstar4g). J Clin Med. 2020;27;9(4):916. <https://doi.org/10.3390/jcm9040916>.

Kirchberger I, Hunger M, Stollenwerk B, Seidl H, Burkhardt K, Kuch B, Meisinger C, Holle R. Effects of A 3-Year Nurse-Based Case Management in Aged Patients with Acute Myocardial Infarction on Rehospitalisation, Mortality, Risk Factors, Physical Functioning and Mental Health. A Secondary Analysis of The Randomized Controlled KORINNA Study. PLoS One. 2015;26;10(3):e0116693.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116693>.

Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work Stress in The Etiology of Coronary Heart Disease--A Meta-Analysis. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32(6):431-42. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1049>.

Kivimaki M, Virtanen M, Kawachi I. et al. Long Working Hours, Socioeconomic Status and The Risk of Incident Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis of Published and Unpublished Data From 222 120 Individuals. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3: 27-34.

Kivimaki M, Jokela M, Nyberg ST, Singh-Manoux A. et al. Long Working Hours and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published and Unpublished Data for 603,838 Individuals. *Lancet*. 2015;31;386(10005):1739-46. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60295-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60295-1).

Klag MJ, Ford DE, Mead LA, He J, Whelton PK, Liang KY, Levine DM. Serum Cholesterol in Young Men and Subsequent Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 1993 ;4;328(5):313-8. <https://doi.org/10.1056/NEJM199302043280504>.

Kotseva K, De Backer G, De Bacquer D, Rydén L. etc. EUROASPIRE Investigators. Lifestyle and Impact on Cardiovascular Risk Factor Control in Coronary Patients Across 27 Countries: Results From The European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol*. 2019;26(8):824-835. <https://doi.org/10.1177/2047487318825350>.

Kumar A, Prasad M, Kathuria P. Sitting Occupations Are an Independent Risk Factor for Ischemic Stroke in North Indian Population. *Int J Neurosci*. 2014;124: 748-754.

Kuo CC, Lin CC, Tsai FM. Effectiveness of Empowerment-Based Self-Management Interventions on Patients with Chronic Metabolic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2014;11(5):301-15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12066>.

Kurçer MA, Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. 2011;1:107-13.

Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehabil Med*. 2012;55(5):322-41.

<https://doi.org/10.1016/j.rehab.2012.04.003>.

Lanza GA, Careri G, Crea F. Mechanisms of Coronary Artery Spasm. *Circulation*. 2011;124:1774–82. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.037283>.

Lakier JB. Smoking and Cardiovascular Disease. *Am J Med*. 1992;15;93(1A):8S-12S. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(92\)90620-q](https://doi.org/10.1016/0002-9343(92)90620-q).

Lavie CJ, Ozemek C, Carbone S, Katzmarzyk PT, Blair SN. Sedentary Behavior, Exercise, and Cardiovascular Health. *Circ Res*. 2019;124(5):799-815.

<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.312669>.

Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By How Much and How Quickly Does Reduction in Serum Cholesterol Concentration Lower Risk of Ischaemic Heart Disease? *BMJ*. 1994;5;308(6925):367-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6925.367>.

Leemrijse CJ, Peters RJ, von Birgelen C, van Dijk L, van Hal JM, Kuijper AF, Snaterse M, Veenhof C. The Telephone Lifestyle Intervention 'Hartcoach' Has Modest Impact on Coronary Risk Factors: A Randomised Multicentre Trial. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(15):1658-68. <https://doi.org/10.1177/2047487316639681>.

Lefèvre G, Puymirat E. Hypertension Artérielle Et Maladie Coronaire: Nouveau Concept ? [Hypertension and Coronary Artery Disease: New Concept?]. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2017;66(1):42-47. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2016.10.011>.

Lehmkuhl L, Grothoff M, Nitzsche S, Thiele H, Schuler G, Mohr FW, Gutberlet M. Cardiac computed tomography. *Dtsch Med Wochenschr*. 2009;134(19):993-7. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1222557>.

Leone, A., Giannini, D., Bellotto, C., Balbarini, A. (2004). Passive Smoking and Coronary Heart Disease. *Curr Vasc Pharmacol*, 2(2):175-82.

<https://doi.org/10.2174/157016104347636>.

Li Y, Li Z, Chang G, Wang M, Wu R, Wang S, Yao C. Effect Of Structured Home-Based Exercise on Walking Ability in Patients with Peripheral Arterial Disease: A Meta-Analysis. *Ann Vasc Surg*. 2015;29(3):597-606.

<https://doi.org/10.1016/j.avsg.2014.10.010>.

Libby, P., Ridker, P.M.(2011). Hansson GK. Progress and Challenges in Translating The Biology of Atherosclerosis. *Nature*, 473:317–25.

<https://doi.org/10.1038/nature10146>.

Lockhart PB, Bolger AF, Papapanou PN, Osinbowale O, Trevisan M, Levison ME, Taubert KA, Newburger JW, Gornik HL, Gewitz MH, Wilson WR, Smith SC Jr, Baddour LM; American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology. Periodontal Disease and Atherosclerotic Vascular Disease: Does The Evidence Support An Independent Association?: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2012;22;125(20):2520-44.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31825719f3>.

Lu M, Xia H, Ma J, Lin Y, Zhang X, Shen Y, Hravnak M. Relationship Between Adherence to Secondary Prevention And Health Literacy, Self-Efficacy and Disease Knowledge Among Patients with Coronary Artery Disease in China. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(3):230-237. <https://doi.org/10.1177/1474515119880059>.

Lynn, M. (1986). Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research*, 35, 382-385

Malakar AK, Choudhury D, Halder B, Paul P, Uddin A, Chakraborty S. A Review On Coronary Artery Disease, Its Risk Factors, And Therapeutics. *J Cell Physiol*. 2019 ;234(10):16812-16823. <https://doi.org/10.1002/jcp.28350>.

Manrique-Garcia E, Sidorchuk A, Hallqvist J, Moradi T. Socioeconomic position and incidence of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2011;65(4):301-9. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.104075>.

Maximilian Buja L, McAllister HA. Coronary Artery Disease: Pathologic Anatomy and Pathogenesis. In: Willerson JT, Wellens HJJ, Cohn JN, Holmes Dr (Eds) Cardiovascular Medicine. Springer, London; 2007.

https://doi.org/10.1007/978-1-84628-715-2_25.

McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. Randomised Trials of Secondary Prevention Programmes in Coronary Heart Disease: Systematic Review. BMJ. 2001;27;323(7319):957-62. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7319.957>.

McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary Strategies for The Management of Heart Failure Patients at High Risk for Admission: A Systematic Review of Randomized Trials. J Am Coll Cardiol. 2004;18;44(4):810-9. <https://doi.org/10.1016/J.Jacc.2004.05.055>.

Mokkink, L.B., de Vet, H.C.W., Prinsen, C.A.C., Patrick, D.L., Alonso, J., Bouter, L.M., Terwee, C.B. (2017). COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. Qual Life Res.

<https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4>.

Morocutti G, Tuniz D and Fioretti PM. Comprehensive Cardiac Rehabilitation: An Issue to Be Readdressed. Eurheart J. 1999; 20: 1448–1450.

<https://doi.org/10.1056/NEJMra1112570>.

Nabel EG, Braunwald E. A Tale of Coronary Artery Disease and Myocardial Infarction. N Engl J Med. 2012;5;366(1):54-63.

<https://doi.org/10.1056/NEJMra1112570>.

Naghavi M, Wang H, Lozano R, Davis A, Liang X, Zhou M, ... Abd-Allah F. Global, Regional, and National Age-Sex Specific All-Cause and Cause-Specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990–2013: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;385(9963), 117– 171.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2).

National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment

Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation*. 2002;106(25):3143-421.

Navar AM, Peterson ED, Wojdyla D, Sanchez RJ, Sniderman AD, D'Agostino RB Sr, Pencina MJ. Temporal Changes in the Association Between Modifiable Risk Factors and Coronary Heart Disease Incidence. *JAMA*. 2016;316(19):2041-2043.

Nazmi A, Victora CG. Socioeconomic and Racial/Ethnic Differentials of C-Reactive Protein Levels: A Systematic Review of Population-Based Studies. *BMC Public Health*. 2007;7:212. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-212>.

Nesto RW. Correlation Between Cardiovascular Disease and Diabetes Mellitus: Current Concepts. *Am J Med*. 2004;116 Suppl 5A:11S-22S. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2003.10.016>.

North BJ, & Sinclair DA. The Intersection Between Aging and Cardiovascular Disease. *Circulation Research*. 2012;110(8), 1097–1108. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.111.246876>.

Özdamar K. Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi. NisanKitabevi. Eskişehir: 2017.

Palacios J, Lee GA, Duaso M, Clifton A, Norman IJ, Richards D, Barley EA. Internet-Delivered Self-management Support for Improving Coronary Heart Disease and Self-management-Related Outcomes: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;32(4):E9-E23. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000392>

Pencina MJ, Navar AM, Wojdyla D, Sanchez RJ, Khan I, Ellassal J, D'Agostino RB Sr, Peterson ED, Sniderman AD. Quantifying Importance of Major Risk Factors for Coronary Heart Disease. *Circulation*. 2019;139(13):1603-1611. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.031855Circulation>.

Pfaeffli Dale L, Whittaker R, Jiang Y, Stewart R, Rolleston A, Maddison R. Text Message and Internet Support for Coronary Heart Disease Self-Management: Results

From the Text4Heart Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2015;21;17(10):e237. <https://doi.org/10.2196/jmir.4944>.

Poirier P, Giles TD, Bray GA, Hong Y, Stern JS, Pi-Sunyer FX, Eckel RH; American Heart Association; Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation*. 2006;113(6):898-918.

<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.171016>.

Polit D, & Beck C. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique And Recommendations. *Research In Nursing & Health*. 2006;29, 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>.

Polit D, Beck C, & Owen S. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2007;30, 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>.

Polit, D. Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *International Journal of Nursing Studies*. 2015; 52, 1746-1753.

Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Sloan R, Jung M. Family Caregivers of Patients with Heart Failure: A Longitudinal Study. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28(5):417-28.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182563877>.

Prochaska JO, Crimi P, Lapsanski D, Martel L, Reid P. Self-Change Processes, Self-Efficacy And Self-Concept In Relapse And Maintenance Of Cessation Of Smoking. *Psychol Rep*. 1982;51(3 Pt 1):983-90.

<https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.3.983>.

Prochaska JJ, Benowitz NL. Smoking Cessation and The Cardiovascular Patient. *Curr Opin Cardiol*. 2015;30(5):506-11.

<https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000204>.

Riegel B, Carlson B. Facilitators and Barriers to Heart Failure Self-Care. *Patient Educ Couns*. 2002;46(4):287-95. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(01\)00165-3](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00165-3).

Riegel B, Moser DK, Buck, HG, Dickson, VV, Dunbar SB, Lee CS, Lennie TA, Lindenfeld J, Mitchell JE, Treat-Jacobson DJ, Webber DE, & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*. 2017;6(9), e006997. <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997>.

Riegel B, Dickson VV, Faulkner KM. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *J Cardiovasc Nurs*. 2016;31(3):226-35. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000244>.

Roerecke M, Rehm J. Alcohol Consumption, Drinking Patterns, and Ischemic Heart Disease: A Narrative Review of Meta-Analyses and A Systematic Review and Meta-Analysis of The Impact of Heavy Drinking Occasions on Risk For Moderate Drinkers. *BMC Med*. 2014; 21;12:182.

Riyahi-Alam S, Derakhshan A, Mansournia MA, Mansournia N, Almasi M, Azizi F, Hadaegh F. Blood Pressure And Cardiovascular Morbidity Risk In Type 2 Diabetes With Hypertension Over A Decade of Follow-Up: Evidence For J-Shaped Phenomenon. *J Hum Hypertens*. 2017;31(6):415-421. <https://doi.org/10.1038/jhh.2016.94>.

Rude RE, Bush LR, Izquierdo C, Buja LM, Willerson JT. Effects Of Inotropic And Chronotropic Stimuli on Acute Myocardial Ischemic Injury. III. Influence of Basal Heart Rate. *Am J Cardiol*. 1984;1;53(11):1688-94. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.65.7.1321>.

Sadeghpour A, Alizadehasl A. Echocardiography. Ed: Maleki,M., Alizadehasl, A., Haghighi, M. *Practical Cardiology*, Elsevier; 2018, 67-111. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-51149-0.00005-5>.

Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of Coronary Heart Disease and Acute Coronary Syndrome. *Ann Transl Med.* 2016;4(13):256. <https://doi.org/10.21037/atm.2016.06.33>.

Santo K, Hyun K, de Keizer L, Thiagalingam A, Hillis GS, Chalmers J, Redfern J, Chow CK. The Effects of A Lifestyle-Focused Text-Messaging Intervention on Adherence to Dietary Guideline Recommendations in Patients with Coronary Heart Disease: An Analysis of The TEXT ME Study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2018;23;15(1):45. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0677-1>.

Schnohr P, Marott JL, Kristensen TS, Gyntelberg F, Grønbaek M, Lange P, Jensen MT, Jensen GB, Prescott E. Ranking of psychosocial and traditional risk factors by importance for coronary heart disease: the Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J.* 2015;7;36(22):1385-93. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv027>.

Schütt K, Müller-Wieland D, Marx N. Diabetes Mellitus and the Heart. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2019;127(S01):S102-S104. <https://doi.org/10.1055/a-1018-9065>.

Seçer İ. Psikolojik Test Geliştirme ve Uyarlama Süreci SPSS ve LISREL Uygulamaları. Anı Yayıncılık, Ankara;2015.

See MT, Chan WC, Huggan PJ, Tay YK, Liaw SY. Effectiveness of A Patient Education Intervention in Enhancing The Self-Efficacy of Hospitalized Patients to Recognize and Report Acute Deteriorating Conditions. *Patient Educ Couns.* 2014; 97(1):122-7. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.003>.

Shah K, Chyu KY. Kararsız Anjina/ST Segment Elevasyonu Olmayan Miyokard İnfarktüsü Çeviren: Özyüncü N.Kardiyoloji Tanı ve Tedavi. 3. Basım,Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul; 2010, s: 38-72.

Snaterse M, Deckers JW, Lenzen MJ, Jorstad HT, De Bacquer D, Peters RJG, Jennings C, Kotseva K, Scholte Op Reimer WJM; EUROASPIRE Investigators. Smoking Cessation in European Patients with Coronary Heart Disease. Results From The EUROASPIRE IV Survey: A Registry From The European Society of Cardiology. *Int J Cardiol.* 2018;1;258:1-6.

<https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.01.064>.

Stolic S, Mitchell M, Wollin J. Nurse-Led Telephone Interventions for People with Cardiac Disease: A Review of The Research Literature. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2010;9(4):203-17. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.02.003>.

Su JJ, Yu DSF. Effectiveness of Ehealth Cardiac Rehabilitation on Health Outcomes of Coronary Heart Disease Patients: A Randomized Controlled Trial Protocol. *BMC Cardiovasc Disord*. 2019;19, 274. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1262-5>.

Su JJ, Yu DSF, Paguio JT. Effect of Ehealth Cardiac Rehabilitation on Health Outcomes of Coronary Heart Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Adv Nurs*. 2020;76(3):754-772. <https://doi.org/10.1111/jan.14272>.

Stewart RAH, Held C, Hadziosmanovic N, Armstrong PW, Cannon CP, Granger CB, Hagström E, Hochman JS, Koenig W, Lonn E, Nicolau JC, Steg PG, Vedin O, Wallentin L, White HD; STABILITY Investigators. Physical Activity and Mortality in Patients With Stable Coronary Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2017;3;70(14):1689-1700. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.08.017>.

Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik Ve Geçerlilik. Seçkin Yayıncılık. Ankara; 2005.

Tabachnick BG, & Fidell LS. Using Multivariate Statistics (6th ed.), Allyn and Bacon. Boston; 2013.

Takematsu Y, Hasebe Y, Moriwaki Y, Kotera N, Yamada C, Nakagami T, Shinoda K, Furubayashi A, Kato S, Sugimoto I, Shibayama K. Evaluation Of Quality of Life Among Patients with Ischemic Heart Disease Who Practiced Self-Care Activities at Home After Elective Percutaneous Coronary Intervention. *Cardiovasc Interv Ther*. 2015;30(2):115-20. <https://doi.org/10.1007/s12928-014-0294-0>.

Taşocak G. Hasta Eğitimi. 2. Baskı. FNHYO Yayını, No. 9. İ.Ü. Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, İstanbul; 2007:9-93.

Tavakoli F, Kazemi-Zahrani H, Sadeghi M. The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Adherence to Treatment and Self-Caring Behavior in Patients with Coronary Heart Disease. *ARYA Atheroscler*. 2019;15(6):281-287.

<https://doi.org/10.22122/arya.v15i6.1733>.

Tavşancıl E.. Tutumların Ölçülmesi ve Spss ile Veri Analizi (1st ed.) Nobel Yayınevi, Ankara; 2002.

Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ileri Veri Analizi 3. Baskı. Nobel Yayın Dağılım, Ankara; 2010.

Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD, et al. Third Universal Definition of Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2012; 60(16):1581–98. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs184>.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med*. 2003;2;139(11):930-2.

<https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-11-200312020-00012>.

Van Horn L, Carson JA, Appel LJ, Burke LE, Economos C, Karmally W, Lancaster K, Lichtenstein AH, Johnson RK, Thomas RJ, Vos M, Wylie-Rosett J, Kris-Etherton P; American Heart Association Nutrition Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Stroke Council. Recommended Dietary Pattern to Achieve Adherence to the American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC) Guidelines: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2016;29;134(22):e505-e529. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000462>.

Van Vré EA, Ait-Oufella H, Tedgui A, Mallat Z. Apoptotic Cell Death and Efferocytosis in Atherosclerosis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2012;32:887–93.

<https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.111.224873>.

Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, Levy D. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med*. 200;1;345(18):1291-7. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa003417>.

Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, Chamberlain AM, Chang AR, Cheng S, Delling FN, Djousse L, Elkind MSV, Ferguson JF, Fornage M, Khan SS, Kissela BM, Knutson KL, Kwan TW, Lackland DT, Lewis TT, Lichtman JH, Longenecker CT, Loop MS, Lutsey PL, Martin SS, Matsushita K, Moran AE, Mussolino ME, Perak AM, Rosamond WD, Roth GA, Sampson UKA, Satou GM, Schroeder EB, Shah SH, Shay CM, Spartano NL, Stokes A, Tirschwell DL, VanWagner LB, Tsao CW; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2020;3;141(9):e139-e596.

<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>.

Yaşlıoğlu MM. Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2017;46(Özel Sayı), 74-85.

Yan J, You LM, Liu BL, Jin SY, Zhou JJ, Lin CX, Li Q, Gu J. The Effect of A Telephone Follow-Up Intervention on Illness Perception and Lifestyle After Myocardial Infarction in China: A Randomized Controlled Trial. *Int J Nurs Stud*. 2014 ;51(6):844-55. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.011>.

Zhu KF, Wang YM, Zhu JZ, Zhou QY, Wang NF. National Prevalence of Coronary Heart Disease and Its Relationship with Human Development Index: A Systematic Review. *Eur J Prev Cardiol*. 2016 Mar;23(5):530-43.

<https://doi.org/10.1177/2047487315587402>.

Zulkosky K. Self-Efficacy: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 2009;44, 93-102.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00132.x>.

Wang W, Lim JY, Lopez V, Wu VX, Lee CH, He HG, Jiang Y. The Effect of A Self-Help Psychoeducation Programme for People with Coronary Heart Disease: A Randomized Controlled Trial. *J Adv Nurs*. 2018;74(10):2416-2426.

<https://doi.org/10.1111/jan.13793>.

Wang W, Lau Y, Chow A, Thompson DR, He HG. Health-related quality of life and social support among Chinese patients with coronary heart disease in mainland China. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2014;13(1):48-54.

<https://doi.org/10.1177/1474515113476995>.

Wheaton B, Muthen B, Alwin DF, & Summers GF. Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*. 1977;8, 84-136.

http://statmodel.com/bmuthen/articles/Article_001.pdf.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. AHA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017; 1097(17): 41519-1. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000066>.

Willerson JT, Armstrong PW. Coronary Heart Disease Syndromes: Pathophysiology and Clinical Recognition. In: Willerson J., Holmes, Jr. D. (eds) *Coronary Artery Disease*. Cardiovascular Medicine. Springer, London; 2015.

https://doi.org/10.1007/978-1-4471-2828-1_15.

Wirtz PH, von Känel R. Psychological Stress, Inflammation, and Coronary Heart Disease. *Curr Cardiol Rep*. 2017;20;19(11):111.

<https://doi.org/10.1007/s11886-017-0919-x>.

EKLER

EK 1. HASTA TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:

Tanı:

1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: 1. () Kadın 2. () Erkek

2. Yaşınız: :

3. Kilonuz : Boyunuz: BKİ:.....

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

1. () Okur-Yazar Değil

2. () İlkokul- Ortaokul

3. () Lise ve üstü

5. Medeni durumunuz nedir?

1. () Evli

2. () Bekar

6. Çalışma Durumunuz Nedir?

1. () Çalışıyorum

2. () Çalışmıyorum

7. İş-Mesleki durumunuz nedir?

1. () Memur-işçi

2. () Ev hanımı

3. () Emekli

8. Gelir gider durumunuz nedir?

1. () Gelir gidere göre az
2. () Gelir gidere göre eşit veya fazla

2. YAŞAM ŞEKLİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

9. Sigara kullanıyor musunuz?

1. () Evet (Kaç yıldır, Günde kaç adet; Belirtiniz):.....
2. () Hayır
3. () Bıraktım (Ne kadar süredir kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):

10. Alkol Kullanıyor musunuz?

1. () Evet(Kaç yıldır, Ne kadar; Belirtiniz)
2. () Hayır
3. () Bıraktım (Ne kadar süredir kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):... ..

11. Yaşamınızı nasıl tanımlarsınız?

1. () Sakin
2. () Hareketli

12. Yaşamınız Stresli midir?

- 1() Evet 2 () Hayır

3. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER ve HASTALIK İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYLERİ

13. Hipertansiyon probleminiz var mı?

1. () Evet(Belirtiniz / Kaç Yıl):
2. () Hayır

14. Ailede koroner kalp hastalığı olan birinci dereceden akrabanız var mı (Anne, Baba, Kardeş) ?

1. () Evet

2. () Hayır

15. Diyabetiniz var mı?

1. () Evet(Belirtiniz / Kaç Yıl):

2. () Hayır

16. Ne kadar zamandır Koroner Kalp Hastalığınız var?

1. () 1 yıldan az 3. () 6-10 yıl arası

2. () 1-5 yıl arası 4. () 11 ve fazla

17. Koroner Kalp Hastalığı ile ilgili olarak kimden bilgi aldınız?

1. () Hekim /Hemşire

2. () Bilgi almadım

EK-2**SELF-CARE OF CORONARY HEART DISEASE INVENTORY****SC-CHDI V1.1***All answers are confidential.*

Think about how you have been feeling in the last month or since we last spoke as you complete these items.

SECTION A:

Listed below are common instructions given to persons with chronic angina. How routinely do you do the following?

	Never or rarely	Sometimes	Frequently	Always or daily
1. Keep doctor or nurse appointments?	1	2	3	4
2. Take aspirin or other blood thinner?	1	2	3	4
3. Check your blood pressure?	1	2	3	4
4. Exercise for 30 minutes?	1	2	3	4
5. Take your medicines as prescribed?	1	2	3	4
6. Ask for low fat items when eating out or visiting others?	1	2	3	4
7. Use a system to help you remember your medicines? For example, use a pill box or reminders.	1	2	3	4
8. Eat fruits and vegetables?	1	2	3	4
9. Avoid cigarettes and/or smokers?	1	2	3	4
10. Try to lose weight or control your body weight?	1	2	3	4

SECTION B:

Chronic angina may appear as *chest pain, chest pressure, burning, heaviness, shortness of breath, or fatigue*.

In the past month, have you had any of these symptoms of angina? Circle one.

- 0) No
1) Yes

11. If you had any of these symptoms of angina in the past month...

(circle **one** number)

	Have not had these	I did not recognize it	Not Quickly	Somewhat Quickly	Quickly	Very Quickly
How quickly did you recognize it as a symptom of heart disease?	N/A	0	1	2	3	4

Listed below are actions that people with chronic angina use. If you have angina, how likely are you to try one of these actions?

(circle **one** number for each remedy)

	Not Likely	Somewhat Likely	Likely	Very Likely
12. Change your activity level (slow down, rest)	1	2	3	4
13. Take nitroglycerin (If you do not have nitroglycerin prescribed, skip this item)	1	2	3	4
14. Call your doctor or nurse for guidance	1	2	3	4
15. Take an aspirin	1	2	3	4

16. Think of an action you tried the last time you had symptoms of angina,

(circle **one** number)

	I did not try anything	Not Sure	Somewhat Sure	Sure	Very Sure
How <u>sure</u> were you that the action helped or did not help?	0	1	2	3	4

SECTION C:

In general, how confident are you that you can:

	Not Confident	Somewhat Confident	Very Confident	Extremely Confident
17. Keep yourself <u>free of symptoms</u> ?	1	2	3	4
18. <u>Follow the treatment advice</u> you have been given?	1	2	3	4
19. <u>Recognize changes</u> in your health?	1	2	3	4
20. <u>Evaluate the importance</u> of your symptoms?	1	2	3	4
21. <u>Do something</u> that will relieve your symptoms?	1	2	3	4
22. <u>Evaluate</u> how well a remedy works?	1	2	3	4

EK-2 KORONER KALP HASTALIĞI ÖZ BAKIM ENVANTERİ SC-CHDI V1.1

Tüm yanıtlar gizli kalacaktır

Bu soruları, son bir ayda ya da sizinle son görüşmemizden bu yana kendinizi nasıl hissettiğinizi düşünerek yanıtlayınız.

BÖLÜM A:

Aşağıda kronik göğüs ağrısı (kronik anjinası) olan kişilere verilen yaygın talimatların bir listesi bulunmaktadır. Bunları hangi sıklıkta yapmaktasınız?

	Hiçbir zaman veya nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman veya günlük
1. Hekim randevularını takip eder misiniz?	1	2	3	4
2. Aspirin ya da diğer kan sulandırıcılardan kullanıyor musunuz?	1	2	3	4
3. Kan basıncınızı kontrol eder misiniz?	1	2	3	4
4. Otuz dakika egzersiz yapıyor musunuz?	1	2	3	4
5. İlaçlarınızı reçetenizde yazıldığı gibi kullanıyor musunuz?	1	2	3	4
6. Dışarıda veya misafirlikteyken az yağlı/yağsız yemek ister misiniz?	1	2	3	4
7. İlaçlarınızı hatırlamanıza yardımcı olacak bir yöntem kullanıyor musunuz? Örneğin, bir ilaç kutusu veya hatırlatıcı.	1	2	3	4
8. Sebze ve meyve yiyor musunuz?	1	2	3	4
9. Sigara ve/veya sigara içenlerden uzak durur musunuz?	1	2	3	4
10. Kilo vermeye veya vücut ağırlığınızı kontrol altında tutmaya çalışır mısınız ?	1	2	3	4

BÖLÜM B

Kronik göğüs ağrısı (kronik anjina), göğüs ağrısı, göğüste sıkışma, yanma, ağırlık, nefes darlığı veya yorgunluk şeklinde ortaya çıkabilir.

Son bir ay içerisinde anjinanın (göğüs ağrısı) bu belirtilerinden herhangi birisini yaşadınız mı? (Bir şıkkı işaretleyiniz)

0) Hayır

1) Evet

11. Eğer son bir ay içerisinde anjinanın (göğüs ağrısı) belirtilerinden herhangi birisini yaşadıysanız ... (bir rakamı işaretleyiniz)

	Bu belirtileri yaşamadım	Fark etmedim	Hızlı değil	Biraz Hızlı	Hızlı	Çok Hızlı
Bunun kalp rahatsızlığının bir belirtisi olduğunu ne kadar hızlı fark ettiniz?	N /A	0	1	2	3	4

Aşağıda kronik göğüs ağrısı (kronik anjinası) olan kişilerin yaptıkları eylemler listelenmiştir. Eğer göğüs ağrınız (anjinanız) olursa, bu eylemlerden birini yapmanız ne kadar muhtemeldir?(her tedavi için bir rakam işaretleyiniz)

	Muhtemel değil	Biraz muhtemel	Muhtemel	Oldukça muhtemel
12. Aktivite düzeyinizi değiştirmek (yavaşlamak, dinlenmek)	1	2	3	4
13. Göğüs ağrısını azaltmak için dilaltı hapı veya spreyi (Nitrogliserin) almak (Eğer nitrogliserin reçete edilmemişse bu soruyu atlayınız)	1	2	3	4
14. Danışmak için hekimi aramak	1	2	3	4
15. Aspirin almak	1	2	3	4

16. En son göğüs ağrısı (anjina) belirtileri yaşadığınızda sizi neyin yorduğunu düşünün (bir rakamı işaretleyiniz)

	Hiçbir şey yapmadım	Emin değilim	Biraz eminim	Eminim	Oldukça eminim
Yaptığınız eylemin işe yarayıp yaramadığından ne kadar emindiniz?	0	1	2	3	4

BÖLÜM C

Genel olarak şunları yapabildiğiniz konusunda ne kadar kendinizden eminsiniz?

	Emin değilim	Biraz eminim	Eminim	Oldukça eminim
17. Göğüs ağrısı şikayetlerine neden olabilecek faaliyetlerden (hızlı yürüme, merdiven çıkma, koşma vb.) kaçınır mısınız?	1	2	3	4
18. Size verilen <u>tedavi tavsiyelerine uyar mısınız?</u>	1	2	3	4
19. Sağlığınızdaki <u>değişiklikleri fark eder misiniz?</u>	1	2	3	4
20. Belirtilerinizin <u>önemini değerlendirir misiniz?</u>	1	2	3	4
21. Şikayetlerinizden kurtulmak için <u>bir şeyler yapar mısınız?</u>	1	2	3	4
22. Bir ilacın size ne kadar yaradığını <u>değerlendirir misiniz?</u>	1	2	3	4

EK-3

Gönderilen Posta Kutusunda Bulunanlar

bayrak.betul@yahoo.com 25.10.2016

Kime: Victoria Vaughan Dickson [Ayrıntılar](#)

Hi, I am Betul BAYRAK from Turkey. I am a research asistant at the Suleyman Demirel University in Turkey and also I am a PHD student at the Marmara University Institute of Health Sciences, Internal Medicine Nursing Programme.

I am planning to write my doctoral thesis. First of all, I saw your article about

"Psychometric Testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI)"

and it is really very good research. I want to congradulate vou and all the other

Victoria Vaughan Dickson 27.10.2016

Kime: bayrak.betul@yahoo.com [Ayrıntılar](#)

Hello Betul;

Thank you for your email and interest in the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI). To use the SC-CHDI we require that you translate the instrument and have it back translated to English blindly. Then please send the back-translation to me. I will review and compare it to the original English version. We may request revisions; but once it is fully translated and approved then you can use it in your research. If you agree, please let me know and I will send you the instrument.

Thanks again-
Best Dr. Dickson

On Tue, Oct 25, 2016 at 11:43 AM,
<bayrak.betul@yahoo.com> wrote:

Alıntılanmış Metni Göster

Victoria Vaughan Dickson 1.11.2016

Kime: bayrak.betul@yahoo.com [Ayrıntılar](#)

Thank you for your email and interest in the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI).

Per my other email instructions- we require that you translate the instrument and have it back translated to English blindly. Let me know when you expect that to be completed.

Then you will need to send me the back-translation. I will review and compare it to the original English version. Once revisions are made and it is fully translated and approved then you will be able to use it.

Attached is the instrument.

Let me know if you have any questions.

Regards- Dr Dickson

On Mon, Oct 31, 2016 at 2:32 PM,
<bayrak.betul@yahoo.com> wrote:

Hello Dr.Dickson

I am still waiting your reply. I hope you

Alıntılanmış Metni Göster

212-995-4679 (fax)

vdickson@nyu.edu

EK-4



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Betül BAYRAK
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 06.02.2017-60

Sayın Doç. Dr. Sıdıka OĞUZ

60 protokol nolu "Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Göksel ŞENER
Komisyon Başkanı

Yrd.Doç.Dr. Pinar MEGA TİBER

Prof. Dr. Dilşad SAVE

Prof. Dr. Hülya AŞCI

Prof.Dr. Tuğba TUNALI AKBAY

Prof.Dr. Nerise BAĞÇECİK

Doç.Dr.Oya ORUN

Doç.Dr. Haluk ARİKAN

Doç.Dr.Gürkan SERT

Yrd.Doç.Dr. Betül OKUYAN

Yrd.Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

Yrd.Doç.Dr. İlkan DEMİRBÜKEN

Av. Funda IŞIK ÖZCAN

EK-5

Evrak Tarih ve Sayısı: 16.05.2017-16553



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ ÖĞRENCİ İŞLERİ DAİRE BAŞKANLIĞINA
Marmara Üniversitesi Göztepe Yerleşkesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı 34722 Kadıköy/İstanbul

İlgi : 28/03/2017 tarih ve 1700097700 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Betül BAYRAK' ın "Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi ilgili hastanenin görüşleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür. Bahse konu araştırmanın tamamlanması halinde bir nüshanın Genel Sekreterliğimize iletilmesi hususunda; Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Yrd.Doç.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Yazı Örneği (1 Sayfa)

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 2165787878 - 7767 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: idarihiz.egitim@ihakb.gov.tr
Evrakı Doğrulamak İçin : <http://85.111.55.22:805/en/Vision/Dogrula/8RNDK4B>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Gülsimin FİLİZ



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 54230385-770-
Konu : Anket İzni

**İSTANBUL İLİ ANADOLU KUZEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ**

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora öğrencisi Betül BAYRAK'ın "Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını hastanemizde yapma talebi kurumumuzca uygun görülmüş olup; Gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Ali Rıza ODABAŞ
Hastane Yöneticisi



Ayrıntılı bilgi için irtibat: Seçil SARIGÖL



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 53838792-774.99
Konu : Betül BAYRAK'ın
Tez Çalışma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12/06/2018 tarihli ve 16867222-604.01.01-1921 sayılı yazı

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, doktora proramı öğrencisi Betül BAYRAK'ın, Doç. Dr. Sıdika OĞUZ'un danışmanlığında yürütülen "**Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi**" konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Mehmet Kaan
KIRALI
Başhekim

Denizer Cad.Cevizli Kavşağı No :2
Faks No:02164596321

e-Posta:fadime.esin@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.kosuyolu.gov.tr

Bilgi için:Fadime ESİN
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL

Telefon No:02165001500

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden bdb8f248-2a94-4f3f-940b-c30238d73cd1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL DR. SIYAMI ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR
CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -
İSTANBUL DR. SIYAMI ERSEK GÖĞÜS KALP VE DAMAR
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA BİRİMİ
15/05/2018 17:27 - 28001928 - 604.01.01 - E.96
00069113472

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 28001928-604.01.01
Konu : Betül BAYRAK'ın Tez Çalışma İzni
Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 14/05/2018 tarih ve E-1579 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtilen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, doktora programı öğrencisi Betül BAYRAK'ın, Doç. Dr. Sıdika OĞUZ'un danışmanlığında yürütülen "**Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi**" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi yönetimimiz tarafından değerlendirilmiş olup; uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Cevdet Uğur KOÇOĞULLARI
Başhekim

Tıbbiye Cad. No:13 Haydarpaşa-Üsküdar/İstanbul
Faks No:0216 418 96 49
e-Posta:erdem.i@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.siyamiersek.gov.tr

Bilgi için:Erdem IŞIK
Unvan:SÖZLEŞMELİ PERSONEL
Telefon No:0216 542 45 53

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 01767ba2-fddc-44c6-9eef-7e1d0f56e572 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6**GİRİŞİM GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU**

Çalışmanın amacı: Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin (SC-CHDI) Türkçe’ ye geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaparak KKH olan hastaların öz bakım gereksinimlerini belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını belirlemek ve bireylere verilen hasta eğitim programının öz bakıma etkisini incelemektir.

Çalışmanın yöntemi: Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde, tıbbi bilgileriniz araştırmacı tarafından toplanacak, Koroner Kalp Hastalığına yönelik eğitim verilecek ve Öz Bakım Envanterindeki soruları cevaplamanız istenecektir. Araştırmacı size bir, üç, dört ve altı ay sonra tekrar görüşme için telefon edecektir. Görüşmeyi kabul etmeniz dahilinde Öz Bakım Envanteri sorularını telefonda yanıtlamanız istenecektir. Araştırmacıyı ilk görüşmeden itibaren bilgi almak veya danışmanlık talep etmek için bu araştırma bitene kadar araştırmacının verdiği telefondan arayabilirsiniz

Bu çalışmada sizin için hiç bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar aldığınız hasta eğitim programı sonunda öz bakım becerilerinizin arttırılmasını sağlamaktır.

Çalışmaya katılma ve çalışmadan çıkma: Bu araştırmaya katılmak veya araştırmadan ayrılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız sizi ve sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ücret ödenmeyecektir.

Gizlilik ve mahremiyet: Sizle ilgili olan tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. İmzaladığınız “Gönüllü Onay Formu” nu sizin ve araştırmacının dışında bu kurumda çalışmakta olan bir tanık daha imzalayacaktır. Bu araştırma ile ilgili merak ettiklerinizi araştırmacılarla iletişime geçerek öğrenebilirsiniz.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Proje Danışmanı: Öğretim Üyesi. Prof.Dr.Sıdıka OĞUZ

Doktora Öğrencisi: Arş.Gör. Betül BAYRAK

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

EK-7**KONTROL GRUBU İÇİN BİLGİLENDİRME FORMU**

Çalışmanın amacı: Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterinin (SC-CHDI) Türkçe’ ye geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaparak KKH olan hastaların öz bakım gereksinimlerini belirlemede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını belirlemek ve bireylere verilen hasta eğitim programının öz bakıma etkisini incelemektir

Çalışmanın yöntemi: Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde, tıbbi bilgileriniz araştırmacı tarafından toplanacaktır. Araştırmacı sizinle ilk görüşmeyi yaptığında Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanterindeki soruları soracak ve cevaplamanızı isteyecektir. Araştırmacı sizi ilk görüşmeden bir, üç, dört ve altı ay sonra tekrar arayacak, üçüncü ve altıncı aylarda ölçek sorularını tekrar sormak için sizinle görüşme yapacak ve telefonda görüşme yaparak ölçek sorularını yanıtlamanızı isteyecektir. Araştırmacıyı ilk görüşmeden itibaren bilgi almak veya danışmanlık talep etmek için bu araştırma bitene kadar araştırmacının verdiği telefon numarasından arayabilirsiniz.

Bu araştırmada sizin için hiç bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir. Üçüncü görüşmede ölçek sorularını yanıtladıktan sonra isteğiniz dahilinde Koroner Kalp Hastalığı Hasta Eğitim Programı araştırmacı tarafından uygulanabilecektir.

Çalışmaya katılma ve çalışmadan çıkma: Bu araştırmaya katılmak veya araştırmadan ayrılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmiş ya da etmemiş olmanız sizi ve sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve size ek bir ücret ödenmeyecektir.

Gizlilik ve mahremiyet: Sizle ilgili olan tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. İmzaladığınız “Gönüllü Onay Formu” nu sizin ve araştırmacının dışında bu kurumda çalışmakta olan bir tanık daha imzalayacaktır. Bu araştırma ile ilgili merak ettiklerinizi araştırmacılarla iletişime geçerek öğrenebilirsiniz.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Proje Danışmanı: Öğretim Üyesi. Prof.Dr.Sıdıka OĞUZ
Doktora Öğrencisi: Arş.Gör. Betül BAYRAK
Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

EK-8**BİLGİLENDİRME FORMU**

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında “Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi” konulu Doktora tez çalışması için yapılmaktadır. Çalışmada sizin tanıtıcı bilgilerinizi içeren sorulardan oluşan hasta tanıtım formu ve Koroner Kalp Hastalığı Öz Bakım Envanteri (SC-CHDI) bulunmaktadır. Bu sorulardaki size uygun seçeneği boş bırakmayarak cevaplayınız.

Araştırmadan elde edilen bilgileri araştırmacı dışında hiç kimse görmeyecektir. Ayrıca araştırma sonuçları yazılırken kesinlikle kişisel bilgiler rapor edilmeyecektir. İlginizden ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Gönüllünün adı soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Tarih:

Tanığın adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

EK-9**GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Bilgilendirme formu ile çalışmanın konusu ve amacı ile ilgili bilgilendirildiğimi, katılacağım çalışmayı istediğim zaman bırakabileceğimi ve tedavimin hiç bir şekilde olumsuz etkilenmeyeceğini anladım.” Koroner Kalp Hastalarına Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi” adlı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün adı soyadı:

İmzası:

Telefon numarası:

Tarih:

Tanığın adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının adı soyadı:

İmzası:

Tarih:

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Betül	Soyadı	Bayrak
Doğum Yeri	Eskişehir		
Uyruğu	T.C.		
E-mail	bayrak.betul@yahoo.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık	Marmara Üniversitesi	2020
Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi	2013
Lisans	İstanbul Üniversitesi	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1 Hemşire	İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2010-2011
2 Hemşire	Ankara Yüksek İhtisas EAH	2011-2012
3 Eğitim Hemşiresi	Ezine Devlet Hastanesi	2012-2015
4 Araş. Gör.	Süleyman Demirel Üniversitesi	2016-2017
5 Araş. Gör.	Marmara Üniversitesi	2017-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Çok İyi	Orta	Çok iyi

Yabancı Dil Sınav Notu #							
YDS/YÖK DİL	ÜDS	IELTS	TOEF L IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE
71,25							

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (word, excel, power point)	iyi
SPSS	iyi
AMOS	iyi

1. Birincil indekslerde taranan dergilerde yayınlanan makaleler (SCI, SCI-E, SSCI, AHCI) ve ikincil indekslerde taranan dergilerde yayınlanan makaleler

Oğuz S, **Bayrak B**, Genç A, Çamcı G (2018). The Effect of Sad Text on Blood Pressure. *Pakistan Heart Journal*, 51(3), 204-210.

Oğuz S, Çamcı G, **Bayrak B** (2019). Determination of Metabolic Syndrome Risk Factors in Turkish Population. *Pakistan Heart Journal*, 52(4): 117-123.

Bayrak B, Oğuz S (2020). Validity and Reliability of the Turkish Version of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory. *The International Journal of Nursing Practice*. Int J Nurs Pract. 2020;e12847.

Camci, G., Oguz, S., Karadag, T., & **Bayrak, B.** (2020). Occupational safety in nurses working in a tertiary care hospital in Turkey. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 1-11.

Bayrak B, Oğuz S, Çamcı G, Beysülen E, Öztürk N, Balcı S, Kesdi Ş (2018). Abstracts. *European Journal of Heart Failure*, 20, 5-638., doi: 10.1002/Ejhf.1197.

Oğuz S, **Bayrak B**, Adadioğlu Ö, Akay B, Çamcı G, Kınalı B, Okur G, Şit TE (2018). Determination of Knowledge Levels About Disease And Treatment Compliance İn Individuals With Hypertension. *European Journal of Heart Failure*, 20(S1), 5-638., doi: 10.1002/Ejhf.1197.

1. Ulusal Hakemli Dergilerde Yayınlanan Makaleler

Oğuz S, Erguvan B, Ünal G, **Bayrak B**, Çamcı G (2019). Üniversite Öğrencilerinde Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi MN *Cardiology*, 26 (3), 184-191.

Bayrak B, Oğuz S, Karabulut Z, Çelik S, Kodak C (2019). Kalp Yetersizliği Hastalarında Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *Türk J Card Nurs*, 10(23): 97-104. doi: 10.5543/khd.2019.09226.

Bayrak B, Yıldırım G, Oğuz S, Sağaltıcı Ç, Doğanay E, Özdemir F, Enez ÖF (2019). Kalp Yetersizliği Hastalarında Öz Bakımı Değerlendirme ve Etkileyen Risk

Faktörlerin Belirlenmesi. Turk J Card Nurs, 10 (23): 114-121. doi: 10.5543/khd.2019.68552.

Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, Candar B, Keleş S, Karagöz B, Akpınar G (2019). Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. Turk J Card Nurs, 10(23):129-137. doi: 10.5543/khd.2019.09717.

2. Kitap Bölümü

Oğuz S, **Bayrak B** (2018). Hemşireler için Bir Bakışta Patofizyoloji, Bölüm Adı: İmmünoloji Editör: Fatma Töre, Baskı: 1, Türk İstanbul Tıp Kitabevi.

3. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Bayrak B, Eşkin F, Aktaş Ç, Baykal Ü (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Kariyer Yönelimleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. 9. Ulusal ve Uluslararası Hemşirelik Öğrencileri 1-3April 2010 (Poster Sunum).

Oğuz S, **Bayrak B**, Genç A, Çamçı G (2015) Effect of Sad text on blood pressure. Acute Cardiovascular Care Congress. Vienna. 17-19 October. (Poster Presentation)

Oguz S, Camci G, **Bayrak B**, Erguvan B, Unal G (2017). Determination of level of knowledge of cardiovascular disease risk factors among university students. European Journal of Heart Failure 2017;19 (Suppl. S1), 487.

Bayrak B, Oğuz S, Çamçı G, Beysülen E, Öztürk N,Balcı S,Kesdi Ş (2018). Determination of Activities of Daily Living of Individuals with Cardiovascular Disease. European Heart Failure Congres, 20(Suppl. S1), 146, doi:10.1002/Ejhf.1197 (Summary Paper/Poster Presentantion)

Oğuz S,**Bayrak B**, Adadioğlu Ö, Akay B, Çamcı G,Kınalı B,Okur G,Şit TE (2018). Determination of Knowledge Levels About Disease and Treatment Compliance in Individuals with Hypertension. European Heart Failure Congres, 20 (Suppl. S1), 356, doi:10.1002/Ejhf.1197 (Summary Paper/Poster Presentantion).

Tosman B S,Oğuz S, **Bayrak B** (2018). Infections Associated With Invasive Device Which Occur in The Intensive Care Unit. International Congress on Nursing, 105 (Summary Paper/Oral Presentation).

Bayrak B, Oğuz S (2018). Self Care and Patient Education in Coronary Heart Patients. 1th International Internal Medicine Nursing Congress. (Full Text ISSN: 978-605-245-601-9 Volume 1: 453-454) (Oral Presentation).

Oğuz S, Çamcı G, **Bayrak B** (2018). The Effect of Exam Stress on Blood Pressure in University Students. 1th International Internal Medicine Nursing Congress. (Summary Paper/Oral Presentation).

Bayrak B, Oğuz S (2019). Validity and reliability of the coronary heart disease self-care inventory. 6. International 17. National Nursing Congress 19-21 December Ankara (poster presentation).

Bayrak B, Oğuz S, Sarı S, Aybastı A, Çamkerten A, Tükez E (2019). The Effect of Lying Positions on Peripheral Oxygen Saturation and Vital Signs in Individuals with Heart Failure. 6. International 17. National Nursing Congress 19-21 December Ankara (poster presentation).

Bayrak B, Oğuz S, Karabuğa Yakar H, Çınar E, Işık E, Karababa G (2019). Determination of the Most Common Symptoms in Patients with Heart Failure. 6. International 17. National Nursing Congress 19-21 December Ankara. (oral presentation and full text).

Oğuz S, **Bayrak B**, Çamcı G, Karadağ T (2018). Determination of Mobbing Perception Situation in Nurses. International Congress on Occupational Safety and Health, (Summary Paper/Poster Presentation).

Çamcı G,Oğuz S, **Bayrak B**, Karadağ T (2018). The Occupational Safety of Nurses Working Determination of Mobbing Perception Situation in Nurses. International Congress on Occupational Safety and Health (Summary Paper/Poster Presentation).

Bayrak B, Oğuz S, Karaoğlu EP, Akyıldız E (2018). Determination of Nutritional Habits and Obesity Status of University Students. Europrevent, 131 (Summary Paper/Poster Presentation).

Oğuz S, **Bayrak B**, Erişmiş B, Tepeli G, Tathan K (2018). Determination of The Anxiety and Depression of Mothers Whose Children Stay in The Oncology Service. International Congress On Nursing, 107 (Summary Paper/Oral Presentation).

Bayrak B, Oğuz S, Gümüş Y, Çamcı G (2018). Profile Of Patients Who Admitted to The Emergency of a State Hospital in Turkey. International Congress On Nursing, 104 (Summary Paper/Oral Presentation).

Oğuz S, **Bayrak B**, Yılmaz R, Çamcı G (2018). Determination The Status Of University Students'xx Physical Activity And Their Knowledge About Importance Of Physical Activity in Heart Health. International Congress On Nursing, 107 (Summary Paper/Oral Presentation).

Başkan B, Oğuz S, **Bayrak B** (2018). Assessment Of Sexual Function And Quality of Life in Women With Inflammatory Bowel Diseases. Icon2018, 103 (Abstract /Oral Presentation).

Yıldırım G, Yıldırım KŞ, Oğuz S, Dursun S, **Bayrak B** (2018). Determination of The Anxiety and Depression of Mothers Whose Children Stay in The Oncology Service. International Congress on Nursing, 109 (Abstract/Oral Presentation).

Bayrak B, Oğuz S, Eminağa A, Köse E, Ekici E, Celap E (2020). Determination of Continuous Anger and Anger Expression Styles in Patients with Myocardial Infarction. 2. International Internal Diseases Nursing Congress 26-29 March İzmir. (oral presentation)

Ekşi P, **Bayrak B**, Karabuğa Yakar H, Oğuz S (2020). Evaluation of Nurses' Attitudes and Behaviors Against Blood Donation. 2. International Internal Diseases Nursing Congress 26-29 March İzmir. (oral presentation).

4. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Bayrak B, Güler S (2014). Lisans Mezunu Hemşirelerin Lisans Eğitimi İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi. II. Hemşirelikte Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar Sempozyumu (10-12.04.2014). Çanakkale (Sözel) (Abstract).

5. Davetli Konuşmacı

Marmara University Medical Faculty, 7th Internal Diseases Postgraduate Education Course, 1th Marmara Internal Medicine Nursing Program, 12 January 2019, Istanbul, Turkey (Guest Speaker) Topic: “Self Care in Coronary Heart Diseases”

