

**TC
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE VERİLEN SAĞLIK
EĞİTİMİNİN PERİFERİK ARTER HASTALARININ BİLGİ
VE UYGULAMALARINA ETKİSİ**

Burçin KANDEMİR

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**BOLU
2010**

**TC
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE VERİLEN SAĞLIK
EĞİTİMİNİN PERİFERİK ARTER HASTALARININ BİLGİ
VE UYGULAMALARINA ETKİSİ**

Burçin KANDEMİR

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

**TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN**

**BOLU
2010**

Abant İzzet Baysal Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Burçin KANDEMİR tarafından hazırlanan ve 23/12/2010 tarihinde savunulan
“Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Sağlık Eğitiminin Periferik Arter Hastalarının
Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik
Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık YO Hemşirelik Bölümü)



Üye Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
(AİBÜ Bolu Sağlık YO Hemşirelik Bölümü)

(imza)



Üye Yrd. Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA
(AİBÜ Bolu Sağlık YO Hemşirelik Bölümü)

(imza)



Üye Yrd. Doç. Dr. Dilek AYGİN
(Sakarya Üniversitesi Sağlık YO Hemşirelik Bölümü)

(imza)



ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki
jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul
edilmiştir.

(İmza)

Doç. Dr. Serap KÖYBAŞI ŞANAL

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlanma şansına eriştiğim, idealizmini ve çalışma azmini daima örnek aldığım, ihtiyacım olduğunda benden ilgi ve desteğini esirgemeyen, yanında yetişmiş olmaktan gurur duyacağım, göstermiş olduğu anlayış, rehberlik ve katkıları için saygıdeğer hocam sayın Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Manevi desteğini sürekli hissettiğim, umutsuzluğa düştüğümde bana yol gösteren arkadaşım Meral DURSUN'a, desteklerini hep üzerimde hissedeceğim arkadaşım Filiz KOÇ'a, desteklerini bir an benden esirgemeyen Esra KESKİN'e teşekkür ederim.

Beni bugünlere getiren, hayatım boyunca her zaman yanımda olup destek veren sevgi ve sabırlarını esirgemeyen canım aileme teşekkür ederim. Bu günlere gelmemde çok etkili olan rahmetli babaanneme de sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Bu araştırma, Sağlık İnanç Modeline göre verilen sağlık eğitiminin Periferik Arteriyal hastalarının bilgi ve uygulamalarına olan etkisini belirlemek ve değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma, öntest-sontest tek gruplu olan “zaman dizisi” modelinde yarı deneysel tiptedir. Araştırmanın evrenini Sakarya’da bir devlet hastanesinin kalp-damar cerrahi polikliniğine 1 Ocak– 31 Aralık 2009 tarihleri arasında başvuran Periferik Arteriyal Hastalığı tanısı olan 128 kişi oluşturmuş ve çalışma evreni içinden seçilen araştırma kriterlerine uyan 30 kişiyle yürütülmüştür.

Veriler, araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür incelenerek oluşturulan soru formuyla elde edilmiştir. 1 Ocak-1 Şubat 2010 tarihleri arasında örneklem dahilindeki 30 hasta ile bir ay içinde telefonla görüşme sırasında belirlenen günde yüz yüze görüşme sırasında öntest uygulanmış ve aynı zamanda ilk eğitim yapılmıştır. İlk eğitimden birer ay ara ile buluşmada ikinci ve üçüncü eğitimler gerçekleştirilmiştir. Üçüncü eğitim sonrasında üç ay boyunca hastalar ne telefonla aranmış ne de yüz yüze görüşme yapılmıştır. Üç ay sonrası ve başlangıçtan sonra altıncı ayda dördüncü görüşme sırasında sontest uygulanmıştır. Toplanan veriler yüzdelik, Ki-kare, t testi, Mann-Whitney-U testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Periferik Arteriyal Hastalığı olanların %50.0’si kadın, %56.7’si 55-64 yaş grubunda, %83.3’ü evli olduğu; %70.0’inin Periferik Arteriyal Hastalık sürelerinin beş yılın altında olup %80.0’inin başka bir hastalık için muayeneye gittiklerinde tanı konulduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilinmesi gerekenlerin ciddiyetini algılaması arasında (daha ciddi ya da daha az belirtmen gerekir) istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Periferik arteriyal hastalığı olanların eğitim öncesi kan basıncını ölçtürme sıklığı, diyabetes mellitus kontrolü, kan şekeri ölçtürme sıklığı, kolesterol düzeyi ve ayak bakımında yapılması gerekenler konusunda bilgi ve uygulamaları eğitim öncesi ile eğitim sonrası ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Periferik Arteriyal Hastalığı olanların hastalıklarını eğitim öncesi ($X:6\pm1.1$) “orta derece ciddi” bulurken eğitim sonrası ($X:7\pm0.8$) “ciddi” olarak algıladıkları; önerileri eğitim öncesi ($X: 5\pm1.5$) ve eğitim sonrası ($X:6\pm1.0$) “orta derecede ciddi” olarak tanımladıkları; önerileri eğitim öncesi ($X:4\pm1.3$) ve eğitim sonrası ($X: 6\pm0.9$) “orta düzeyde” uyguladıkları belirlenmiştir.

Sağlık İnanç Modeli’ne göre verilen eğitimin öncesi ile eğitim sonrası PAH’nın ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Periferik Arteriyal Hastalığı, Sağlık İnanç Modeli, Sağlık Eğitimi, Hemşirelik Bakımı, Bilgi ve Uygulamalar

ABSTRACT

This research is planned in order to determine and evaluate the effect of the health education given according to the Health Belief Model on knowledge and applications of patients who has got Peripheral Arterial Disease.

This study is quasi-experimental in time series model with pre-test, post-test one group. The population of this study has consisted of 128 people who were diagnosed Peripheral Arterial Disease and applied to cardiovascular surgery polyclinic of a public hospital in Sakarya between the dates of 1 January 2009 – 31 December 2009 and the study has done with 30 people who are chosen from population in accord with the research criteria.

Data has been acquired through the questionnaire form which is formed researching the relevant literature by the researcher. Pre-test has applied and also the first education has organized during face to face interview with 30 patients within the sample between the dates of 1 January – 1 February 2010 in the determined day during the telephone call within one month. Every one month after the first education at the meeting, the second and third educations have been performed. After the third education throughout three months, neither with telephone nor face to face an interview was had with the patients. The post-test has been applied in the sixth month after three months and after the beginning during the fourth interview. The gathered data was evaluated by using percentage chi square test, t test and Mann-Whitney-U test.

The 50.0 % of the Peripheral Arterial Patients is woman, the 56.7 is at the 55-64 age group, the 83.3 is married and it has detected that the period of a disease of 70.0 % of the Peripheral Arterial Patients is under five years and 80.0 % of them has been diagnosed when they went to hospital for another disease. It has been determined that there was a statistically 0.009-difference (more serious or less serious) between that the patients perceive the seriousness of need-to-know at the hypertension control before education and after education ($p < 0.005$). There is no statistically difference between the peripheral arterial patients' pre-education measurement frequency of blood pressure, diabetes mellitus control, measurement frequency of blood sugar, knowledge and application about necessities for cholesterol level and chiropody, perceiving the seriousness pre-education and post-education, finding beneficial the offers and applying the offers ($P > 0.05$). It has been determined that whereas the Peripheral Arterial Patients perceive "moderately serious" their disease before education ($X: 6 \pm 1.1$), they perceive it "serious" after education ($X: 7 \pm 0.8$); they define the offers "moderately serious" ($X: 5 \pm 1.5$) before education and after education ($X: 6 \pm 1.0$), they define the offers serious ($X: 7 \pm 1.5$) after education; and they apply the offers "moderately" ($X: 4 \pm 1.3$) before education and ($X: 6 \pm 0.9$) after education.

It has been concluded that the number of person has increased who perceive the seriousness of PAD, find the offers beneficial and apply the offers before and after education given according to the Health Belief Model but the difference between has no meaning statistically.

Key Words: Peripheral Arterial Disease, Health Belief Model, Health Education, Nursing Care, Knowledge and Applications

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kronik Hastalıklar.....	5
2.2. Kronik Hastalıklar ve Periferik Arteryal Hastalığının Yeri ve Önemi...	6
2.3. Periferik Arteryal Hastalığı ve İlişkili Durumlar.....	9
2.4. Periferik Arteryal Hastalığın Non-Farmakolojik Tedavisinde Yaşam Biçimi Değişiklikleri	14
2.4.1. Obezite.....	14
2.4.2. Egzersiz yapma.....	14
2.4.3. Diyabetes mellitus kontrolü.....	15
2.4.4. Hipertansiyonun kontrolü.....	15
2.4.5. Beslenme tedavisi.....	16
2.4.6. Sodyum kısıtlaması.....	16
2.4.7. Potasyumlu gıdalar.....	16
2.4.8. Sigara içmenin bırakılması.....	17
2.4.9. Ayak bakımı ve kontrolü.....	17
2.5. Sağlık İnanç Modeli.....	18
2.6. Sağlık Eğitimi ile Davranış Kazandırma.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Şekli.....	25
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri.....	25

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.4. Araştırmanın Evreni.....	26
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	26
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
3.7. Araştırmada Kullanılan Değişkenler/Kavramlar.....	26
3.7.1. Değişkenler.....	26
3.7.2. Kavramlar.....	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
3.9. Veri Toplama Formu.....	28
3.9.1. Veri toplama formunun oluşturulması.....	28
3.9.2. Veri toplama formunun ön uygulaması.....	29
3.9.3. Veri toplama formunun uygulanması.....	29
3.9.4. Periferik arteriyel hastalığı olanlara uygulanan eğitim.....	32
3.9.5. Verilerin değerlendirilmesi.....	33
4. BULGULAR.....	39
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	88
7. KAYNAKLAR.. ..	90

EKLER

EK 1: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

EK 2: Soru Formu

EK 3: Etik Kurul Onayı

EK 4: Hastanenin Onay Formu

EK 5: Periferik Arteriyel Hastalığı Eğitim Kitapçığı

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
LDL	Düşük Dansiteli Lipoprotein
HDL	Yüksek Dansiteli Lipoprotein
P	Anlamlılık Düzeyi
PAH	Periferik Arteryal Hastalık
SD	Standart Sapma
SİM	Sağlık İnanç Modeli
X ²	Ki Kare

TABLOLAR

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. PAH Olanların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	39
Tablo 4.2. PAH Olanların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri	41
Tablo 4.3. PAH Nedeniyle İlk Yıl Sağlık Kurumuna Başvurma	43
Tablo 4.4. PAH Olanların Başka Bir Kronik Hastalığının Varlığı	44
Tablo 4.5. PAH Olanların Kronik Hastalık Dağılımı	44
Tablo 4.6. PAH Olanların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları	45
Tablo 4.7. PAH Olanların Hastalığın Etkilerini Bilme Durumları	46
Tablo 4.8. PAH Olanların PAH'nın Bakım ve Tedavisinde Sigara Bırakma Konusundaki Bilgileri	47
Tablo 4.9. PAH Olanların En Son Ölçtürdükleri Kolesterol Düzeyleri	47
Tablo 4.10. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrasında PAH Tanısını Bilme Durumları	49
Tablo 4.11. PAH Eğitim Öncesi ve Sonrasında PAH Ciddiyetini Algılama Durumları	50
Tablo 4.12. PAH Eğitim Öncesi ve Sonrası PAH Ciddiyetine İlişkin Bazı İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı	54
Tablo 4.13. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrası PAH Ciddiyetini Algılama/Önerileri Yararlı Bulma/Önerileri Uygulama Düzeyi Puan Ortalaması	55
Tablo 4.14. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrasında Sigara Bırakma Durumları	56
Tablo 4.15. PAH Olan Bireylerin Eğitim Öncesi ve Sonrası PAH'na Yönelik Bilgi ve Uygulamalarındaki Ciddiyeti Algılama Durumları	58
Tablo 4.16. PAH Olan Bireylerin PAH'na Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İçin Önerilenleri Yararlı Bulma Durumları	62
Tablo 4.17. PAH Olan Bireylerin PAH'na Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İçin Önerilenleri Uygulama Durumları	66

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalıklarda hızlı artış görülmektedir (1). Kronik hastalıklar içinde ilk sırada yer alan kalp-damar hastalıkları, ölüm nedenlerinin başında gelmektedir (2). Dünyada yılda 17 milyon ve Avrupa Birliği'nde ise yılda 2 milyon kişi yaşamını kalp ve damar hastalıklarına bağlı nedenlerle kaybedilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (1999) yirminci yüzyılın başlarında dünyadaki ölümlerin ancak %10.0 kadarının kalp-damar hastalıkları nedeniyle görüldüğü, 2030 yılında mortalite ve morbidite açısından kalp-damar hastalıkların birinci sırayı alacağı ve dünyada üç ölümden birinin nedeni olacağı yönünde tahminde bulunmuştur (2,3).

Ölüm ve sakatlıkların başlıca nedeni olarak gösterilen kronik hastalıklar gelişmiş ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkeleri de etkilemektedir (4). Tanı ve tedavisindeki gelişmelere karşın, günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kalp ve damar hastalıkları mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelmektedir (1). Kalp ve damar hastalıklarının görülme sıklığındaki artışla birlikte diyabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve Periferik Arteryal Hastalıkları (PAH)'nda da artış görülmektedir (1). Bu gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl gerçekleşen 56,5 milyon ölümün %60.0'nin başlıca nedenini oluşturmaktadır (1,4).

Periferik Arteryal Hastalık kronik seyirli, ilerleyici, cerrahi girişim ya da ilaç tedavisi gerektiren ve yaşam kalitesini bozan hastalıklardır (5,6). Gelişmiş ülkelerde PAH görülme sıklığının %1-%2 civarında olduğu belirtilmektedir (7). Türkiye'de PAH görülme sıklığına ilişkin sağlıklı veri bulunmamasına karşın, gözlemler hastalığın artış gösterdiği yönündedir (8). Periferik arteryal hastalık prevalansının 50 yaş civarında %3.0-%18.0 iken, 75 yaş ve üzerinde bu yüzdenin %25.0-%30.0'a çıktığı bildirilmektedir (9,10). Geniş bir yaş dağılımı göstermesi, iskemik olaylarla (miyokard enfarktüsü, felç ve diğer tromboembolitik olaylar) birlikte prevalans ve ölüm riskinin yüksek olması toplum sağlığı açısından önemini arttırmaktadır (11,12).

Periferik Arteryal Hastalık, ekstremitte amputasyonuna yol açması nedeniyle hasta açısından oldukça sıkıntı verici ve maliyeti yüksek bir hastalıktır (1).

Periferik Arteryal Hastalık gibi kronik hastalıklar, bireyin yaşamını hem olumsuz bir şekilde etkilemekte, hem de bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam biçimi geliştirme zorunluluğu getirmektedir (13). Periferik Arteryal Hastalığı olan bireylerin diyet, ilaç, egzersiz, kilo düzenlemesi, sigarayı bırakma, cilt bütünlüğünü koruma, ekstremitelerin ılık tutulması ve uygun pozisyon verilmesi gibi öz bakım davranışlarını geliştirmesi gerekir (7). Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı herhangi bir aktivite olarak tanımlanmaktadır (14). Bireylerin yaşam biçimi ve alışkanlıklarında değişiklik gerektiren hastalıklarda davranış kazandırma ve sağlığı geliştirmek üzere eğitim planı yapılmadan önce, kişilerin sağlığını ve hastalığın ciddiyetini nasıl algılandığının değerlendirilmesi gerekmektedir (15).

Sağlık İnanç Modeli (SİM), hastaların sağlık davranışlarını başlatmada etkili olan algıların, inanç ve davranışların hemşireler tarafından tanımlanmasına yardımcı olmaktadır (16). Sağlık İnanç Modeli, bireyin hastalıkla ilgili algıladığı hassasiyet, tedaviden yarar, hastalık şiddeti ve tedaviyi engelleyen faktörleri anlamaya yardımcı olmaktadır. Bu modelde bir hastalığın şiddet algısı arttıkça bireylerin sağlığını geliştirme için yapılan uygulamaların da arttığı belirtilmektedir (17). Bireylerin sağlık inancı, sağlık davranışını benimseme, katılım ve uygulamadaki hızını etkilemektedir (14).

Sağlık İnanç Modeli uygulama sonrası, hastaların algıladıkları yarar, harekete geçiren etmenler, hastalığın şiddetinde artış; algılanılan engeller boyutunda ise izlem başlangıcına göre azalma olduğu ve hastalıkla ilgili bilgi düzeyinde ise artış olduğu sonuçları elde edilmiştir (14,16). Gökdoğan ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada, SİM’ne göre diyabetlilerin mevcut sağlıklarını “orta düzeyde” ve diyabeti “ciddi” olarak algıladıkları, önerilenleri yararlı buldukları, ancak önerilenleri daha az uyguladıkları sonucuna varılmıştır (18).

Periferik Arteryal Hastalık gibi bireyi etkileyen kronik hastalıklarda hastaların hastalığın getirdiği sürecin zorluk ve sorunlarla baş edebilmesinin yanı sıra

bağımsızlıklarının artırılması amaçlanmaktadır (19). Sağlık eğitiminde amaç, kişilerin kendi kendilerine yardım etmeleri konusunda güven ve becerilerini geliştirmektir. Kılıç ve Erçi (2006) yaptıkları çalışmada verilen planlı sağlık eğitiminin sağlık inançlarına, öz-etkililik-yeterlik algısına ve hastalık bilgisine olumlu katkı sağladığını saptamışlardır (20).

Hemşireler, hastaların sağlık davranışları ile ilgili tutumlarını Sağlık İnanç Modeline göre tanımlayabildikleri ve tutumlarda değişiklik oluşturabilmek için hemşirelik girişimleri geliştirilebildikleri takdirde, istedik sağlık davranışlarının oluşması için eğitimler planlayabilir (17,21). Böylece hastalar sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, hastalıkları tedavi edici ve rehabilite edici davranışlar konusunda desteklenebilmektedir. Kır (2003) çalışmasında, SİM ile verilen eğitimlerle diyabetli hastaların diyabeti “ciddi” olarak algıladıkları, diyabete ilişkin önerileri oldukça yararlı bulmalarına karşın, diyabetle ilgili önerileri orta düzeyde uyguladıkları ve hastalığa bağlı yaşam biçiminde değişiklik yaptıkları sonucuna ulaşmıştır (21).

Davranış değiştirerek yaşam biçiminde belirgin değişiklikler yapmayı hiç düşünmemiş bireyler, hastalığın gelecekte ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerine dikkat çekilerek yönlendirilebilir (22). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, davranışsal değişikliklerin yaşama geçirilerek kalıcı olabilmesi ve sürdürülmesi açısından uzun süreli destek ve danışmanlığa gereksinim olduğundan, PAH’ı olanlara hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde süreklilik sağlanması önemli görünmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı birey sayısının ve kronik hastalık prevalansının artmasıyla PAH toplumun önde gelen sağlık sorunlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıklarla birlikte nitelikli bir yaşamın sürdürülmesi için ön koşulun, sağlık eğitimleri ile birlikte birey, aile ve toplumun bilinçlenmelerinin yanı sıra kendi sağlık/hastalıkları konusunda daha fazla sorumluluk üstlenmelerinin gerekli olduğunu düşündürmektedir. Periferik Arteriyal Hastalık ta kronik seyirli, ilerleyici, yaşam kalitesini bozan bir hastalık olması

nedeniyle yaşam biçiminde önemli değişikliklerin yapılmasını ve bu nedenle bireyin hastalık konusunda eğitimini zorunlu hale getirmektedir.

Bu kapsamda, PAH olan bireyi sağlıkla ilgili eylemleri gerçekleştirmeye neyin motive ettiğini ya da nelerin eylemleri gerçekleştirmelerine engel olduğunu, bakım ve tedavilerine yaklaşımlarına ilişkin davranışlarının neler olduğu ve sağlıkları ve nasıl ilgilendiklerinin ortaya konulması gerekmektedir. Bu görüşlerden yola çıkılarak, bu araştırma SİM'ne göre verilen sağlık eğitiminin PAH olan hastalarının bilgi ve uygulamalarına olan etkisini belirlemek ve değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır (23). Kalp damar hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları, artrit, demans, kanser gibi hastalıklar kronik hastalıklar olarak sıralanmaktadır (24).

Günümüzde kronik hastalıklar, ölüm ve sakatlıkların başlıca sebebi olarak görülmekte ve gelişen ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerdeki insanları da etkilemektedir (4). Kronik hastalıklardan ölümün %20.0'ı gelişmiş ülkelerde, %80.0'ı dünya nüfusunun büyük çoğunluğunu kapsayan gelişmekte ve gelişmemiş ülkelerde meydana gelmektedir (3). Kronik hastalıklar 2005 yılında gerçekleşen ölümlerin 35 milyonuna neden olduğu ve tüm ölümlerin %60.0'ını kapsadığı belirtilmektedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerin beş yıl sonra %17.0 oranında artış göstereceği tahmin edilmektedir. Acil tedbirler alınmadığı takdirde 2015 yılında gerçekleşecek 64 milyon ölümün 41 milyonu kronik hastalıklardan kaynaklanacağı bildirilmektedir (4).

Ekonomik gelişme, sanayileşme ve hızla küreselleşme sonucunda beslenme alışkanlıklarında, tütün kullanımında ve fiziksel aktivite düzeylerinde önemli değişiklikler olmaktadır. Kronik hastalık problemlerinin çoğunun gelişmekte olan ülkelerde görülmesinin başta gelen nedenleri arasında sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve tütün kullanımı gelmektedir (4). Beslenme, egzersiz gibi alışkanlıklar, çevresel faktörlerin değiştirilmesi ve sağlık eğitimi kronik hastalıkların kontrolünde önemlidir. Hastalıkların kontrol edilmesiyle birlikte hem görülme sıklıkları azaltılabilmekte hem de bunlara bağlı komplikasyonlar ve sakatlık gibi durumlar engellenebilmektedir (24).

Yaşam süresinin artması son yüzyıl içerisinde kaydedilen en önemli gelişmelerden birisi olarak tanımlanmaktadır. Ancak yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık prevelansı da artmıştır (1). Günümüzde ülkelerde bulaşıcı hastalıkların pek çoğu kontrol altına alındığından, bulaşıcı olmayan hastalıklar

sağlığı tehdit etmektedir. Kolera, sıtma ve tüberküloz gibi sorun oluşturan bulaşıcı hastalıkların yanı sıra, kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve diğer kronik durumların giderek artması, bu ülkelerdeki sağlık sistemlerinin üzerine çifte yük binmesine yol açmıştır. Bazı kronik durumlar, herhangi bir tedavisi olmadığından bir veya birden fazla vücut sisteminin işlev ya da yapısında kalıcı değişikliklere/sakatlıklara yol açmakta dolayısıyla mali kaynakların fazlaca tüketimine ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır (3).

Birçok kronik hastalığın önlenmesi ya da tam olarak tedavi edilmesi olanaklı değildir. Bu nedenle kronik hastalığı olan pek çok birey için sağlığın anlamı, hastalıktan ya da semptomlardan kurtulmaktan çok hastalığın neden olduğu yetersizliklerle baş etme ve hastalığın olumsuz etkilerinden korunmaktır (25).

2.2. Kronik Hastalıklar ve Periferik Arteryal Hastalığın Yeri ve Önemi

Periferik arteryal hastalık, kronik gidişli ve ilerleyici, geniş bir yaş grubunu kapsayan, morbiditesinin yüksek olması nedeniyle toplum sağlığı açısından büyük bir sorun oluşturan, bazen ameliyatın gerekli olduğu ancak bazen tıbbi tedaviyle ameliyata giden sürecin uzatılabildiği, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilen hastalıktır (26).

Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılı verilerine göre 20. Yüzyılın başlarında tüm dünyadaki ölümlerin ancak %10.0 kadarı PAH'nın da içinde bulunduğu kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle görülmüştür (3,27). Kardiyovasküler hastalıklar 2005 yılında gerçekleşen ölümlerin %30.0'ına neden olmuştur (28). Kardiyovasküler hastalıkların 2020 yılında mortalite ve morbidite nedenlerinde birinci sırayı alacağı tahmin edilmektedir. Dünyada en az üç ölümden biri kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişeceği bildirilmektedir (3,27).

Kardiyovasküler hastalıklar içinde PAH görülme sıklığı dünya çapında artmaktadır (27). Avrupa'da 2007 yılında 750 milyon insanın 20 milyonu PAH'na sahip iken, gelişmiş ülkelerde PAH görülme sıklığının %1.0–2.0 civarında olduğu belirtilmektedir (7). Türkiye'de PAH görülme sıklığına ilişkin sağlıklı veri bulunmamasına karşın, gözlemler bu hastalığın artış gösterdiği yönündedir (8).

Periferik arteriyal hastalık sıklıkla alt eksremite arteriyal dolaşım bozukluğunu tanımlayan ve atheroskleroz ile yakından ilgili olan bir klinik tablodur (29). Periferik arteriyal hastalık, distal aorta ve iliyak arterlerin tıkalı hastalığı, femoral arter, popliteal arter ya da daha distal arterlerin okluzyonu/daralması ve dolaşımın kısıtlanması, intermitent kladikasyon ile başlayan ve daha sonra ekstremitte amputasyonuna kadar gidebilen, hasta ve hekim açısından oldukça zahmetli olduğu kadar, tedavi maliyetleri açısından da pahalı bir hastalıktır (29).

Periferik arteriyal hastalık prevalansı yaşla yakından ilişkilidir. Periferik arteriyal hastalık gençlerden daha çok 50 yaş üzerindeki kişilerde görülmektedir. Periferik arteriyal hastalık 50 yaş öncesinde %5.0, 65 yaş civarında %10.0, 80 yaş ve üzeridekilerde %25.0 oranında görülmektedir (28). Tüm araştırmalar PAH'nda yaşam beklentisinin aynı yaş grubundaki diğer insanlardan daha kısa olduğunu göstermektedir (28). Periferik arteriyal hastalığı'nın gelecek 10 yıllık prevalansını belirleyecek olan etkenler yaşlı nüfus oranı, şehirlerde yaşayan nüfus oranının artması, genel olarak nüfus artışı, diyabetli hasta sayısı ve sigara alışkanlığıdır. Ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlılarda atheroskleroz gelişme ve semptomatik PAH görülme sıklığında da artış görülmektedir (29).

Yaşın ileri oluşu, Diabetes Mellitus ve sigara içmeye devam edilmesi hastalığın seyrini olumsuz yönde etkilemekte ve risk faktörlerinin üst üste eklenmesi ile damar hastalığı olanların ölüm riski de artmaktadır. Hastanın yaşı ilerledikçe bu hastalığa bağlı semptomlara sahip olma olasılığı artmakta olup, 70 yaş üzerindeki hastalarda semptomların görülme oranı en yüksektir. Periferik arteriyal hastalığı olanlarda uzun süreli izlem ve risk faktörlerinin değiştirilmesi önerilmektedir (28).

Periferik arteriyal hastalığı'na yol açan atherosklerozun tüm arteriyal sistemi etkilemesi nedeniyle koroner ve serebral arterlerde genellikle değişik derecelerde hastalığa katılmasıyla, PAH olan hastalarda ölüm nadiren de olsa alt ekstremitelerdeki arter hastalığına bağlı gelişmektedir (28). Semptomatik PAH olan hastaların %90.0'ının aynı zamanda koroner arter hastalığına da sahip olabileceğinin bilinmesi gerekir. Bu nedenle birçok ölüm koroner arter hastalığı veya

serebrovasküler hastalık nedeniyle olurken %10.0'dan daha az oranda ölüm PAH'ndan kaynaklanmaktadır (29).

Periferik arteriyal hastalığı olanların sadece %25.0'nın kalp krizi riski ve %28.0'nın felç riski taşıdıklarının, %14.0'nın PAH ölüme ve amputasyona neden olabileceğinin farkında oldukları bildirilmektedir (3). Periferik arteriyal hastalığı ile birlikte görülebilen intermittent klaudikasyon mortaliteyi değiştirmemesine karşın, yaşam kalitesini ve aktiviteyi sınırladığı için hastada rahatsızlık yaratmaktadır (26). İntermittent klaudikasyon hareket kısıtlılığına neden olmasından dolayı yaşam kalitesini düşürmektedir (28). İntermitent klaudikasyonu olan hastaların %1.0-3.0'ı 5 yıllık süre içerisinde amputasyona gereksinim duyabilmektedir. İntermitent klaudikasyonu olan hastaların sırasıyla 5, 10 ve 15 yıllık mortaliteleri %30.0, %50.0 ve %70.0 olarak bildirilmiştir (30).

Periferik arteriyal hastalığı'nın yol açabileceği riskleri azaltmak için hem yaşam biçiminde değişiklik yapılması hem de tedaviye uyumları gerekir. Periferik arteriyal hastalığı tanısı olanlar kardiovasküler hastalık riski açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir (28).

Dünyadaki sosyo-kültürel ve ekonomik değişikliklere paralel olarak kardiovasküler risk ve kardiovasküler hastalık dağılımındaki (hipertansiyon, koroner arter hastalığı, inme, PAH, aort anevrizması vb.) artış dikkat çekmektedir (1). Yüksek bir prevalans göstermesi, artan ölüm riski ve iskemik olaylar (myokard infarktüsü, felç ve diğer tromboembolik olaylar) ile birlikte oluşu PAH'nın önemini arttırmaktadır (26).

Sağlık hizmetlerindeki iyileşme nedeniyle insan ömrü artmakta, dünya nüfusu giderek daha yaşlanmaktadır. İnsanlar yaşlandıkça kronik hastalık/rahatsızlıklar çoğalmakta ve bunların tedavi maliyetleri de sağlık harcamalarının daha da artmasına katkıda bulunmaktadır. Girişim sayılarını karşılayabilmesi için, bütçeden kalp sağlığına daha fazla pay ayrılması gerekmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tüm sağlık harcamalarının %17.0'ı kardiyovasküler hastalıklara ayrılmaktadır (1).

2.3. Periferik Arteryal Hastalık (PAH) ve İlişkili Durumlar

Periferik damarlar; arterler, venler ve lenfatiklerden oluşur. Kalp, kalp-damar sisteminin merkezi; damarlarda kanı bu merkezden diğer merkezlere taşıyan kanallardır. Yaşam kanın akışına, kanın akışı ise kalbin pompalama gücüne ve damarların açıklığına bağlıdır. Periferik arteryal hastalığı, toplumda oldukça sık görülen bir hastalık grubudur. Orta yaştan itibaren yaşlanmayla birlikte periferik damar sorunlarında artış görülmektedir. Bu hastalıkların en önemli özellikleri genellikle uzun süreli (kronik) olmaları, bireyde şiddetli ağrı ve çeşitli sorunlara yol açmasıdır (8,31,32).

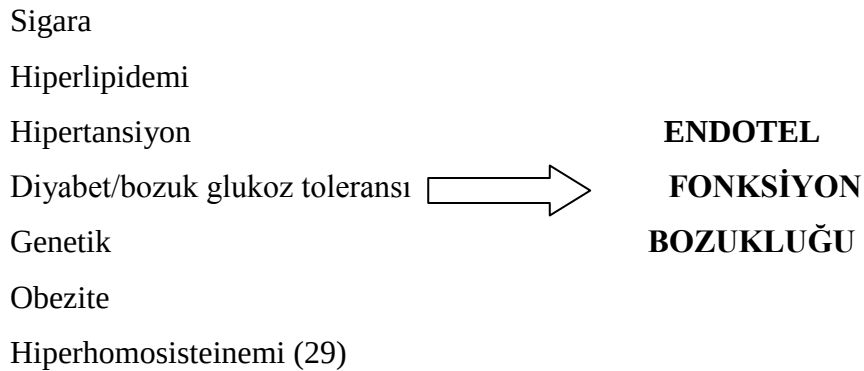
Periferik arteryal hastalığı, genellikle kalp ve beyin damarları dışındaki damarlarda oluşan hastalıklara verilen isimdir (11). Damarlarda konjenital ya da sonradan oluşan patolojik değişiklikler nedeniyle anatomik bütünlüklerinin bozulması kanın kalpten organlara taşınmasında ortaya çıkan düzensizlik ve yetersizlik oluşumuna arter hastalıkları denilmektedir (33). Periferik arteryal hastalığı sıklıkla alt ekstremitelerdeki arteryal dolaşım bozukluğunu tanımlayan ve atheroskleroz ile yakından ilişkili klinik bir tablodur. Periferik arteryal hastalığı, distal aorta ve iliyak arterlerin tıkalı hastalığı, femoral arter, popliteal arter ya da daha distal arterlerin okluzyonu/daralması ve dolaşımın kısıtlanması, intermitent klaudikasyon ile başlayan ve daha sonra ekstremit amputasyonuna kadar gidebilen, hasta ve hekim açısından oldukça zahmetli olduğu kadar, tedavi maliyetleri açısından da pahalı bir hastalıktır (29).

Periferik arteryal hastalığı geliştiğinde, etkilenen arterlerde değişik derecelerde darlık ve tıkanma oluşarak alt ekstremitelerin perfüzyonu bozulur (11,34). Damarda oluşan darlık, tıkanma ve hasar kan akımı hızını engelleyen durumlardır. Kan akımının yavaşlaması sonucunda; dokuların beslenmesi bozulur, atık ürünler uzaklaştırılmaz, iskemi gelişir ve dolayısıyla trombüs ve emboli tehlikesi artar. Tedavi edilmediği takdirde doku hasarı, ekstremit amputasyonu gerektirecek kadar ilerleyebilir (31). Bu darlık ve tıkanmadan genellikle sistemik atheroskleroza neden olan faktörler sorumludur (11,34).

Atheroskleroz, aortadan epikardiyal koroner arterlere dek değişen büyüklükte sistemik arterleri etkileyebilir. İleri evrelerde çeşitli lezyonlar birlikte görülebilsede, intimal plaklar karakteristik lezyonudur. Plaklar daha çok lümen yüzeyi ile düşük dansiteli lipoprotein (LDL) gibi kandaki partiküller arasında etkileşim süresinin artmış olduğu dallanma bölgelerine yakın kısımda yerleşir. Bu durum, lipoproteinlerin transendotelial diffüzyonunda artışla ve hiperlipidemi varlığında subendotelial matrikste lipid birikiminde artışla ilişkilidir. Homosisteinin yüksek düzeyleri de endotel tabakasında hasara yol açarak vasküler permeabilityi artırır. Klinik semptomlara iki majör mekanizma yol açar: birincisi, tromboz koroner akımda ani azalmaya neden olur; ikincisi, tromboz eşlik etmeden plak, lümen çapının efor sırasında akımı azaltacak düzeyde daralmasına yol açacak şekilde büyür (35).

Atherosklerozun major risk faktörleri arasında sigara içme, hiperlipidemi, diyabet, hipertansiyon önemli yer tutmaktadır (9,31,36). Diğer risk faktörleri, erkek cinsiyeti, ileri yaş, aile öyküsünün olması, şişmanlık, sedanter yaşam biçimi, fibrinojen düzeyi (37) ve homosisteinemi (9,31). Periferik arteriyal hastalığı'na yol açan diğer nedenler ise, tromboanjitis obliterans, arterit ve tümörler, flebit, geçirilmiş cerrahi operasyonlar ve travmalardır. Periferik arteriyal hastalığı aynı zamanda kişinin mesleğı ile de yakından ilişkilidir (26).

Risk Faktörleri



Periferik arteriyal hastalığı'nda önemli fizik bulgular olarak tıkanıklığın distalinde nabzın zayıflaması veya alınamaması, daralmış arterin üzerinde üfürüm ve

kas atrofisi sıralanmaktadır. Hastalığın daha ileri aşamasında; kılırlarda dökölme, tırnaklarda kalınlaşma, düz ve parlak cilt, ciltte solukluk, soğukluk ve siyanoz görölmektedir. İlave olarak ülserler veya gangren gelişebilmektedir. Bacakların yukarıya kaldırılması ve baldırların tekrarlayıcı fleksiyonu sonrası ayakların tabanında solukluk oluşur, ayakların sarkıtılması ile reaktif hiperemiye bağı kızarıklık oluşabilir. Bacakların yatay durumdan aşağıya sarkıtılması ile ayaklarda kızarıklık ya da hiperemi oluşması veya ayak venlerinin dolması için geçen süre iskeminin şiddeti ve kollateral dolaşım ile ilişkilidir. Şiddetli iskemisi olan hastalar uzun süreli bacaklarını sarkıttıklarında periferik ödem gelişebilir. İskemik sinir lezyonuna bağı duyu azlığı ve refleks kaybı gelişebilir. Egzersizle artan ve dinlenmeyle azalan ağrı, kramp, duyu bozukluğu veya kas yorgunluğu vardır (38).

Periferik arteryal hastalığı'nın ilerlemesi ve gelişmesinde önemli risk faktörlerinden biri, sigaradır. Sigara içenlerde içmeyenlere göre PAH riski üç kat daha fazladır ve PAH bulguları 10 yıl daha önce başlar (9,26,39). Tüm dünyada yaklaşık 1 milyar kişinin sigara kullandığı ve yaklaşık 1,5 milyar kişinin sigaraya bağı komplikasyonlar nedeniyle öleceğı tahmin edilmektedir. Düzenli olarak sigara içenlerin %50.0'ı sigara içmeye bağı nedenlerden kaybedilmektedir ve bu ölümlerin yaklaşık yarısı orta yaş grubundadır. İçilen sigara miktarı ile kalp ve damar hastalıkları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Türkiye'de 17 milyon kişinin sigara içtiğı yılda 100 bine yakın insanın sigaraya bağı nedenlerden öldüğü bildirilmektedir (1).

Fazla sigara kullanımında nikotinin vazokonstrüksiyon etkisinin serebral, kardiyak ve periferik dolaşım üzerinde risk yarattığı bilinmektedir. Sigara içme kardiyovasküler riski 2-3 kat artıran bir faktördür. Kardiyovasküler olumlu etkiler tütün içiminin bırakılmasından sonraki bir yıl içinde görülür. Nikotin bandları kan basıncını yükseltmemektedir ve sigarayı bırakmak için kullanılabilir. Nikotin burun spreyinin kan basıncı üzerine etkisi ise bilinmemektedir (1). Herhangi bir risk faktörü ile sigara içmenin birlikte görülmesi, PAH riskini üçe katlamaktadır. Sigara içmeyi bırakmayan kişilere göre sigara içmeyi bırakanlarda, kalp ve damar hastalığına bağı ölümün oranının %36.0 oranında azaldığı belirtilmektedir (1).

Periferik arteriyel hastalığı'nın ikinci önemli risk faktörü diyabetes mellitustur (34). Semptomatik PAH olan hastaların yaklaşık %20.0'ında aynı zamanda diyabetes mellitus vardır. Yalnızca PAH olan bireylere göre diyabetes mellitus ve PAH birlikte olan hastaların ekstremitte fonksiyonları daha düşük olduğundan bu hastalarda fiziksel kısıtlamalar ve yürüme hızında belirgin azalma olmaktadır (9,34). Amerika'da 2001 yılında PAH olan hastalarla yapılan bir çalışmada, diyabet hastaları arasında 40 yaşını geçmiş olanların %10.0'ında ve 50 yaşını geçmiş olanların %20.0'ında PAH bulunduğu ve görülme sıklığının her 10 yılda bir iki katına çıktığı bildirilmektedir (1).

Hipertansiyon atherosklerozun gelişmesinde önemli rolü olması nedeniyle önemli bir risk faktörüdür. Hipertansiyon, dünya genelinde her yıl 7,6 milyon kişinin ölümüne, 92 milyon kişinin ise sakat kalmasına yol açmaktadır. Hipertansiyon dünya genelinde inmelerin %54.0'ından, koroner kalp hastalıklarının ise %47.0'ından sorumludur (40). Hipertansiyonun görülme sıklığı gittikçe artış göstermektedir. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2004 yılında yaptığı bir çalışmada, ülkemizde hipertansiyon görülme oranı %31.0 olarak belirlenmiştir. Sistolik hipertansiyon olanlarda PAH görülme oranı %25.0'a kadar artış göstermektedir (1).

Diğer bir risk faktörü yaştır (9,12). Tıptaki ilerlemeler ve yükselen yaşam kalitesine bağlı olarak yaşam süreleri uzamakta ve toplumdaki yaşlı birey sayısı artmaktadır. Risk faktörlerinin varlığı ve yaşam süresinin uzaması doğal olarak PAH ile karşılaşılma sıklığını da artırmaktadır. Bununla ilgili olarak PAH tanısı alan hasta sayısının da artacağı açıktır. Bunun dışında nüfus artışıyla doğru orantılı olarak, oran değişmese bile PAH olan hasta sayısının artması beklenen bir durumdur. Son 73 yılda Türkiye'nin nüfusu yaklaşık beş kat artış göstererek 2000 yılında 67.803.927'ye yükselmiştir. Ancak Türkiye'nin genç bir nüfusa sahip olması yakın dönemde ani bir artış ihtimalini ortadan kaldırmaktadır. Ülkemizde yaşlı erkek ve kadınlarda PAH görülme sıklığı %20.0–30.0 olarak bildirilmektedir (1).

Periferik arteriyel hastalığı'nda cinsiyette risk faktörü oluşturmaktadır. Sadıkoğlu ve arkadaşları (2002) çalışmalarında PAH'nın erkeklerde (%89.0) daha fazla görüldüğünü saptamışlardır (26). Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da

benzer şekilde PAH'nın erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (9,26,34,41).

Hiperlipidemi, atheroskleroz oluşumuyla doğrudan ilişkili hem kolesterol hem de trigliserid düzeyinde yükselme olup, PAH için bir başka önemli risk faktörüdür. Kan lipidleri pratik uygulamada trigliserid, kolesterol ve fosfolipidler olmak üzere üç grupta toplanır (1). Kolesterol, toplam kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL)-Kolesterol, LDL-Kolesterol ve HDL dışı toplam kolesterol olarak değerlendirilir. Plazma kolesterol düzeyinin yüksekliği ve vasküler hastalıklar arasındaki ilişki, diğer risk faktörlerinden bağımsız bir şekilde ortaya konmuştur. Hiperlipidemisi olan bireylerde PAH görülme oranı %12.0'dır. Yüksek dansiteli lipoprotein düzeyinin düşük olması kalp ve damar hastalıklarının gelişimi açısından bir risk faktörü olmasına karşın, HDL düzeyini etkin olarak yükseltecek bir tedavi yöntemi bilinmemektedir (1). Türkiye'de bireylerin %9.0'ının kan kolesterol, %17.0'ının kan trigliserid düzeylerinin yüksek olduğu, bunun yanı sıra HDL düzeyinin düşük olduğu bildirilmektedir (42).

Şişmanlık kardiyovasküler hastalık oluşma riskini arttıran bir diğer risk faktörüdür. Türkiyede 1990 yılından 2002 yılına kadar, 40–49 yaş arasındaki erkek nüfusundaki şişmanlık oranı %14.0'dan %26.0'a, 50–59 yaş arasındaki erkeklerde %17.0'dan %28.0'a çıktığı; 40–49 yaş arasındaki kadınlarda şişmanlık oranı %41.0'da kalırken 50–59 yaş arasındaki kadınlarda bu oran %41.0'a %53.0'a yükseldiği belirlenmiştir. Özellikle abdominal obezite, bedensel aktivite düzeylerinden bağımsız olarak kadınlarda ve yaşlı erkeklerde vasküler hastalık riskini artırmaktadır (1). Düzenli egzersiz miyokardın oksijen gereksinimini azaltmakta, ayrıca yağlanmayı, diyabet, vasküler enflamasyon ve dislipidemi gelişimini engellemekte ve kan basıncını düşürerek kalbi korumaktadır. Düzenli egzersiz hipertansif hastalarda sistolik kan basıncını ortalama 5 mmHg düşürdüğü ve HDL düzeyini arttırdığı, ayrıca trigliserid düzeyini azaltıp, diyabetik hastalarda kan glukoz düzeyinin kontrolünü kolaylaştırdığı bildirilmektedir (9,43).

Fibrinojen, kardiyovasküler hastalık oluşma riskini arttıran önemli bir faktör olup trombositlerin birbirine yapışmasını (agregasyonunu) ve kanın yoğunluğunu

(viskozitesini) artırır ve trombinle birlikte pıhtı oluşumunun son basamağını oluşturur (1). Demiralp ve arkadaşları (2004), plazma fibrinojen düzeyi ile koroner olay gelişimi arasında önemli bir korelasyon, sigara içme ile yaş artışı arasında anlamlı bir artış saptamışlardır (37). Aynı çalışmada alkol ve sigaranın bırakılması, diyet ve egzersizle kilo kontrolünün sağlanması, HDL kolesterol ve trigliserid düzeyinin ve kan basıncının kontrol altına alınmasıyla birlikte fibrinojen düzeyinde gerileme olduğu bildirilmektedir (37).

Homosistein, diyetle alınan metiyoninin demetilasyonundan (metil grubunun çıkartılması) türeyen ve sülfidril içeren bir aminoasittir (1). PAH olanların %30.0'ında görülmektedir (9).

Literatürde tüm risk faktörleri ile birlikte değerlendirildiğinde periferik arteriyal hastalığı olanların %79.1'inin sigara, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi risk faktörlerinden en az bir tanesine sahip olduğu belirtilmektedir (26).

2.4. Periferik Arteriyal Hastalığın Non-Farmakolojik Tedavisinde Yaşam Biçimi Değişiklikleri

2.4.1. Obezite: Beden kitle indeksi >30 olan bireylerin egzersiz yaparak kilo vermesi gerekmektedir. Kilolularda genellikle tansiyon yüksektir. Kilo verdirici diyetin olumlu etkisi vardır ve bir kilo kaybedilmesiyle birlikte sistolik kan basıncının 2 mmHg düştüğü bildirilmektedir (43).

2.4.2. Egzersiz yapma: Uygun egzersiz, hem kasların oksijeni daha etkin olarak kullanabilmesi için yardımcı olmakta hem de kollateral dolaşımın (tıkanıklık ötesine doğru gelişmiş küçük atardamar dallarından oluşan yeni damar ağı) gelişmesini hızlandırmaktadır. Klinik çalışmalar, düzenli ve devamlı yapılan egzersizin yürüme ile meydana gelen bacak ağrısı şikâyetini azalttığını ve hastaların bacak ağrısı meydana gelinceye kadar daha uzun süre yürüyebilmelerini sağladığını göstermiştir. İdeal olarak, egzersiz programları doktor tavsiyesine uygun olarak yapılmalıdır. Haftada en az 3-4 kez hedef kalp hızının %60.0-70.0'ına ulaşacak şekilde 30-45 dakikalık hızlı yürüyüşler yapılmalı, izometrik egzersizlerden kaçınılmalı (ağırlık kaldırma, itme- çekme, kavanoz kapağı/ pencere açma gibi) (43).

Egzersiz aynı zamanda; vücuttaki fazla yağları yakar, kilo vererek ideal vücut ağırlığına kavuşmanızı sağlar. Kasların kuvvetlenmesini sağlar, kan akışını artırır, enerji artmasını sağlar, iş yapma kapasitesini artırır, dolaşımı artırır, oksijen tüketimini artırır, tekrarlı iş yapabilme becerisini artırır, kemik yoğunluğunu ve kuvveti artırır, stresi azaltır ve gevşemeyi sağlar, endişe ve depresyonu azaltır, kendine güveni artırır ve kişinin kendini daha iyi hissetmesini sağlar (43,44).

2.4.3. Diabetes mellitus kontrolü: Kan şekeri her gün düzenli olarak takip edilmeli, ilaçlar düzenli olarak alınmalı, şekersiz beslenilmeli, karbonhidratlardan uzak durulmalıdır. Düzenli egzersiz kan şekerini düşürür ve bu da şeker hastalığının kontrolünde çok önemlidir. Aşırı stres kan şekerinin artmasına sebep olur. Stresle başa çıkabilmek için gevşeme egzersizleri yapılabilir. Kişi yeni uğraşlar edinebilir veya sevdiği uğraşlarla (resim yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak vs.) rahatlayabilir (43).

2.4.4. Hipertansiyonun kontrolü: Hipertansiyon, erişkin bir hastada sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg'ya eşit veya daha yüksek olması durumudur (45). Sistolik kan basıncı değerlerinin 120-139 mmHg ve diyastolik kan basıncı değerlerinin 80-89 mmHg arasında olan kişiler hipertansiyon gelişmesine aday olarak kabul edilir. Erişkinlerde kan basıncının normal değerlerinin üst sınırı 120/80 mmHg'dır. Yüksek kan basıncı; ateroskleroz, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı, kalp krizi, inme, göz hasarı ve böbrek hasarı yapması nedeniyle çok önemlidir. Hipertansiyon, erişkin nüfusun yaklaşık %20.0'ında görülür (1,26).

Sigara içenlerin oranının azalmasına karşın sanayileşmiş birçok ülkede bedensel aktivitenin gittikçe azalmasıyla birlikte kalori alımının tehlikeli boyutlarda artması obezitenin epidemik şekilde artmasına yol açmış ve bunun sonucunda diyabet ve hipertansiyon prevalansı artmıştır (1). Sistolik kan basıncının 20 mmHg ve diyastolik kan basıncının 11 mmHg düşürülmesi inme riskinde %63.0 ve KAH riskinde %46.0 azalma sağlar (1) .

Her gün aynı saatlerde kan basıncının ölçülmeli, bütün tütün ürünlerinden kaçınılmalı, obezite önlenmelidir. İlaçlar; amaç, doz, alınma saatleri, uygulama yolu,

yan etkilerini hekim veya hemşireye bildirilmeli, ilaçların zamanında alınmalı ve yan etkileri bildirilmelidir. Egzersiz yapılmalı ve diyetle uyulmalıdır. Tuz tüketimi kısıtlanmalı, alkol tüketiminden kaçınılmalı, meyve-sebze tüketimi arttırılmalı, doymuş ve total yağ tüketimi azaltılmalı, şişmanlık önlenmeli, stresle başa çıkılmalıdır (1,43,45,46).

2.4.5. Beslenme tedavisi: Şişmanlarda zayıflama kürleri yaptırılır. Arterioskleroz profilaksisi için hayvansal yağlar kısıtlanır. Günlük alınan yağ miktarı günlük enerji ihtiyacının %25.0-35.0'ını geçmemelidir. Alınan yağın tipi önemlidir. Doymuş, kısmen doymuş ve doymamış yağlar olmak üzere üç tip yağ vardır. Doymuş yağlar, kırmızı et, margarinler ve yağı alınmamış süt ürünlerinde bulunur. Yarı doymuş yağlar, zeytin ve kanola yağlarıdır. Doymamış yağlar omega-3 yağ asitlerini içerir. Derin deniz balıklarında (somon, ton balığı) ve bitkisel yağlarda bulunur. Doymuş yağların kalp damar hastalığını artırdığı bilinmektedir. Bu sebeple doymamış yağları tercih etmek daha doğrudur. Sık sık balık yenilmesi önerilir. Siyah üzümün ve siyah çayın riski azalttığı düşünülmektedir. Yüksek lifli besinler tüketilmelidir. Domates, sebzeler, mandalina ve portakal gibi turuncgiller riski azaltır. Üresi yüksek olanlarda az proteinli diyet, ürik asidi yüksek bulunanlarda ise gut diyeti uygulanır (1,42,43).

2.4.6. Sodyum kısıtlaması: Yemek masasından tuzluğun kaldırılması, yiyecekleri lezzetlendirmek için tuz yerine baharat kullanması, taze balık, tavuk, yağsız dana eti, kuru baklagilleri yemeye özen göstermesi, konserveler ve hazır gıdalar yerine taze sebze ve meyveleri tercih etmesi, taze dondurulmuş gıdalar tüketmede sakınca olmadığı, hazır gıdaların üzerindeki açıklamaları okumayı alışkanlık haline getirmesi söylenir. Hastaların çoğunda günlük sıvı alımları iki litre ile sınırlandırılmalıdır. Çok fazla alınan sulandırılmış içecekler (örn. Portakal suyu) hiponatremiye yol açabilir (45).

2.4.7. Potasyumlu gıdalar: Potasyumun tansiyon ayarlamasındaki rolü uzun zaman anlaşılmamıştır. Potasyumdan zengin besinlerde sodyum azdır. Bugün kesin olarak bilinmektedir ki, tek başına sodyumun fazlalığı değil, potasyumun azlığı da hipertansiyon etkenlerinden biridir. Bu nedenle hipertansiyonlu hastaların bol

miktarda sebze, meyve (taze ve kuru) almaları öğütlenmelidir. Ancak böbrek yetmezliği bulunan hipertansiyonlularda zaten hiperpotasemi olduğu için bunlara potasyumlu besinler verilmez. Tip 1 diyabetlilerde insülin yokluğu hiperpotasemiye yol açtığı için, hipertansiyon nedeniyle bol potasyumlu besinler verilmemelidir (43).

2.4.8. Sigara içmenin bırakılması: Sigara kullanmayanlarda nikotin kısa süreli (15-30 dak.) bir tansiyon yükselmesi yaratırsa da, epidemiyolojik araştırmalara göre, sigara kullananlarda hipertansiyon insidansı kullanmayanlara göre daha yüksek değildir. Ancak fazla sigara kullanımında nikotinin vazokonstriktör etkisinin serebral, kardiyak ve periferik dolaşım üzerinde risk yaratacağı unutulmamalıdır. Sigara içimi kardiyovasküler riski 2-3 kat artıran bir faktördür. Kardiyovasküler olumlu etkiler, tütün içiminin bırakılmasından sonraki bir yıl içinde görülür. Nikotin bandları kan basıncını yükseltmemektedir ve sigarayı bırakmak için kullanılabilir. Nikotin burun spreyinin kan basıncı üzerine etkisi ise bilinmemektedir. Yapılan bir çalışmada, kalp hastalıklarının yakalanma durumuna bakıldığında; sigara içmemiş olanların riski 1 olarak kabul edildiğinde; sigara içmiş ve bırakmış olanların riski 1.3, günde 15 taneden az sigara içenlerin riski 2.0, günde 15-24 tane sigara içenlerin riski 3.1, günde 25 ve daha çok sayıda sigara içenlerin riski 4.9 kat artmış olduğu bulunmuştur (43,47).

2.4.9. Ayak bakımı ve kontrolü: PAH olanların en önemli sorunlarından biridir. Ayak bakımında ılık su ve yumuşak sabunla ya da temizleyiciyle ayaklar her gün yıkanmalı, ayak derileri yumuşak ve pürüzsüz tutmalıdır. Bunun içinde ayak aralarına sürmeden kremleyebilirler. Ayakta nasır, yara, tırnak batması vs varsa müdahale edilememeli, hiçbir zaman hiçbir yerde çıplak ayakla dolaşılmalı, ayakkabı ve terlikleri giymeden önce mutlaka silkelenmeli, çoraplar her gün değiştirilmeli, çorapların lastik kısımları bileği sıkmamalı, ayak tırnakları düz kesilmeli, ayaklar her gün kontrol edilmeli, sigara bırakılmalı, ayaklarının alt ve yan kısımlarını görmede sorun olursa ayna yardımıyla ayak kontrolü yapılmalı Ayak tırnakları dümdüz kesmeli, ayakları her gün kontrol edilmelidir. Deride; yaralar, kesikler, çürükler, çatlaklar, kabarcıklar, kırmızı benekler, kabarıklar, ayak tırnak enfeksiyonları olup olmadığı kontrol edilmelidir. Makas, tırnak makası, jilet gibi aletler ayaklardan uzak tutulmalı, ayakları ısıtmak için hiçbir zaman ütü, tuğla, sıcak

su şişesi, termofor kullanılmamalı, her gün düzenli olarak ayak banyosu ve ayak egzersizleri yapılmalı, ayağı sıkmayan deri veya bez ayakkabılar giyilmeli, her gün temiz, pamuklu, yünlü ya da koton çoraplar giyilmelidir. PAH'nın neden olabileceği ayakta kızarıklık, su toplaması ya da başka sorunlarda hekim/hemşireye haber verilmelidir. Ayaklar her gün kontrol edilmeli, PAH nedeniyle yıl içinde ayda bir ya da hekime kontrole gidildiğinde kontrol edilmelidir (31,43,48).

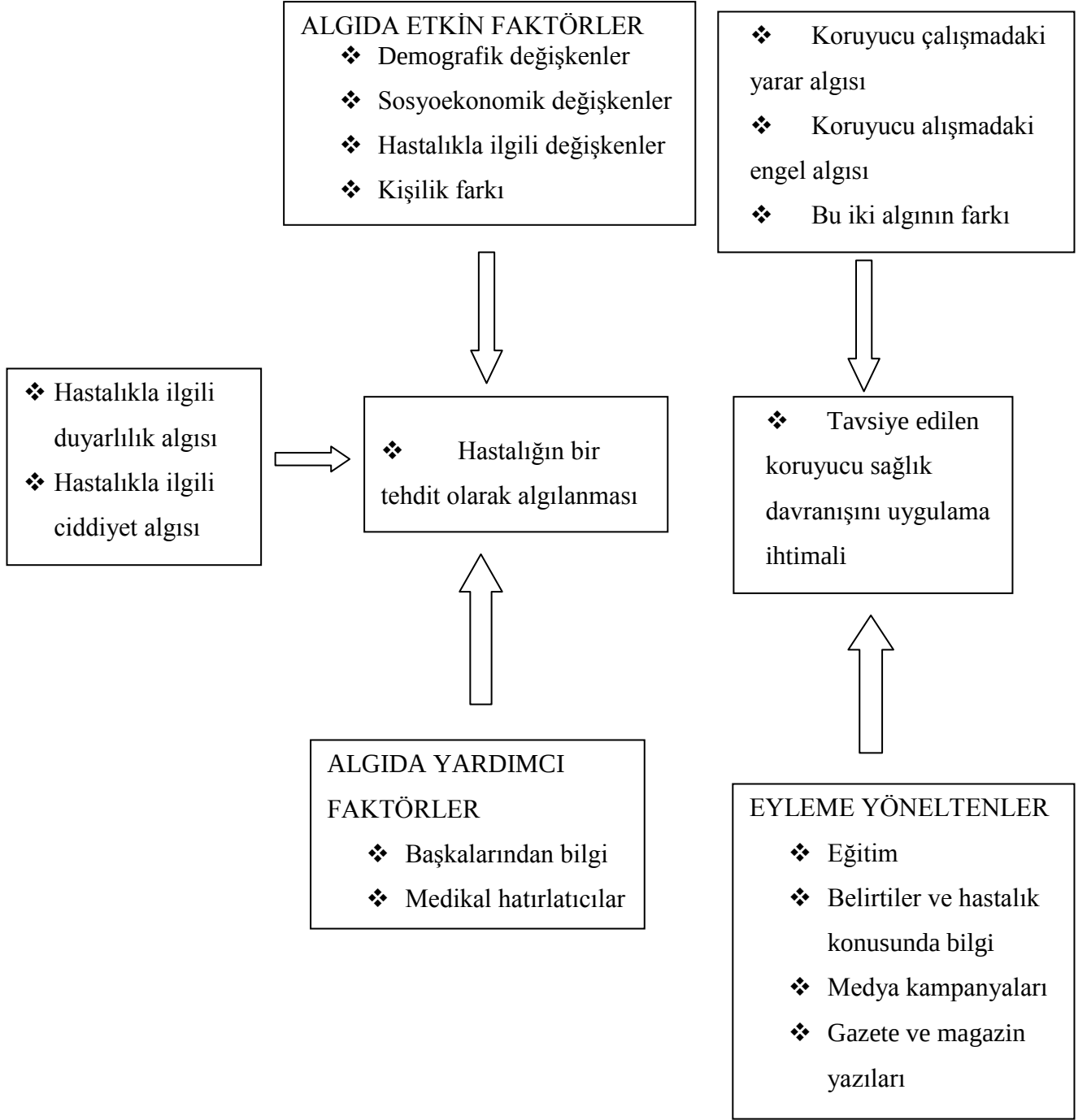
2.5. Sağlık İnanç Modeli

Sağlık İnanç Modeli, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerin başında Rosentock, Leventhal, Hochbaum ve Kegeles tarafından geliştirilmiştir (17). Sağlık İnanç Modeli, sağlık davranışlarını anlamaya çalışmada en sık kullanılan modeldir (49).

Sağlık İnanç Modeli, esas olarak bir hastalıktan kaçınmanın ya da sağlıklı olmanın kişi açısından değeri ve o kişinin belirli bir davranışın hastalığı önleme ya da sağlığı iyileştirmeye yol açacağı beklentisi üzerine kurulmuştur (50). Aynı zamanda bireyi, sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yöneliktir. Sağlık davranışlarının belli inançlarla ilişkilendirildiğini savunur (51).

Sağlık İnanç Modeli, algılanan hassasiyet (perceived susceptibility), algılanan şiddet (perceived severity), algılanan tehdit (perceived threat), algılanan yarar (perceived benefit) algılanan engeller ve harekete geçiren olaylar, tetikleyiciler olmak üzere altı temel yapıdan oluşmaktadır (17,49,51). Tüm bu faktörleri bilmek başarılı bir eğitim sürecini planlamada hayati önem taşımaktadır (49). Ayrıca, önemli bir motivasyon aracı olarak bireylerin olumsuz bir sağlık sonucundan sakınması için istek uyandıran ve olumlu sağlık eylemleri gerçekleştirmeye güdüleyen bir faktördür (52). Sağlık İnanç Modeli'nin günümüzde odaklandığı konular, sağlıkla ilgili davranışların ardında yattığı düşünülen nesnel normlar, inançlar ve tedavi uyumuna motivasyon gibi sosyal etkenlerdir. Örneğin, hastalığın etiyolojisine ilişkin inançlar, belli bir tedavi yöntemine olan yaklaşımı da etkileyebilmektedir.

**KİŞİSEL ALGILAR DEĞİŞKENLİĞE NEDEN
OLAN ETKENLER KORUYUCU SAĞLIK
DAVRANIŞI İHTİMALİ**



Şema-1. Sağlık davranış Modelinin Yapısı (53)

Bu modele göre bireyin, hastalığa karşı koruyucu bir önlem gerçekleştirmesi için şu aşamaları yaşaması beklenir: kişinin kendini belli koşullarda hassas ve zedelenebilir hissetmesi (hassasiyet algısı), hastalığı ciddiye alması yani tehdit edici olarak algılaması (ciddiyet algısı), bireylerin önerilen koruyucu önlemlerle hastalıktan korunabileceğine inanmasıdır (fayda algısı) (30). Bununla beraber koruyucu sağlık davranışların uygulamaya konmasında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engellerin algılanması, sağlık hizmetlerinde koruyucu davranışların uygulamaya geçmesini etkileyen faktörlerin olması ve kişinin koruyucu sağlık davranışı yerine getirmede algıladığı güven seviyesinde değişiklik olması da Sağlık İnanç Modelini gerçekleştirmesine etki etmektedir (52).

Kişisel algı, bireyin sağlığına zarar verebilecek bir durumu (HIV vb) algılayarak korunması gerektiğini hissetmesidir (52). Bireyleri hastalıktan daha çok, sağlık/hastalık algıları etkilemektedir. Eğer bireyde hastalıkla ilgili bulgu/belirti varsa, önerilen davranışı kolaylıkla kabullenip davranışa dönüştürebilir. Bireyde hastalık belirtisi yoksa ancak hastalığa yakalanma olasılığı yüksekse önerilen sağlık davranışlarının kabullenmesinde sorun yaşanabilmektedir (14).

Tehdit algısı, kişinin belli durumlarda kendini hassas ve zedelenebilir hissetmesi, bir başka deyişle hastalığı tehdit olarak algılamasıdır (14). Bireyde tehdit algısı, aynı zamanda algılanan hassasiyet ile algılanan ciddiyetin birleşmesi sonucu oluşturmaktadır. Algıda etkin role sahip olan değişkenler; demografik, psikososyal, sosyo-ekonomik ve hastalıkla ilgili değişkenlerdir. Tehdit algısında yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken gibi demografik değişkenler hastalıklardan korunmada farklılık göstermektedir. Örneğin, kalp damar hastalıklardan korunmada duyarlı yaş grubu ile AIDS'den korunmada duyarlı yaş grubu birbirinden farklıdır (14,54). Bazı durumlarda da duyarlılık algısında değişiklikler görülebilir. Örneğin ailesinde kanser vakaları görünen bireyle görünmeyen bireyin hastalığı tehdit olarak algılamaları farklıdır. Ailesinde kanser görülen birey bu hastalığı kendisi için yüksek oranda bir tehdit olarak algılayabilir (14). Örneğin; nezle virüsünün pnömoniye neden olabileceğini ve nezleden de bir aşı ile korunabileceğini bilen ve buna inanan birey, ekonomik koşulları da uygun ise aşı olmak isteyecektir. Ancak bu aşının

koruyuculuğuna inanmayan ya da ekonomik koşulları uygun olmayan bir birey aşı olmak istemeyecektir (17).

Hastalığı bir tehdit olarak algılama da rol alan ve eyleme yöneltten bazı faktörler vardır. Bu faktörler; medya kampanyaları, gazete ve mecmualarda yayımlanan sağlık yazıları, sağlık eğitimi, çevreden edinilen bilgiler, sağlık kuruluşlarından (sağlık personelinin, klinik veya muayenehanelerden) gelen hatırlatıcılardır (17).

Yarar algısı, bireylerin önerilen koruyucu önlemlerle hastalıktan korunabileceğine inanmasıdır. Bireylere koruyucu davranışların yaşam kalitesi ve süresi üzerinde olumlu etkileri öğretilir. Böylece kişilerde olumlu sağlık davranışı, tutumu ve koruyucu sağlık uygulamaları yapmanın yararıyla ilgili bilincin oluşması mümkün olur (17). Sağlığı koruyan davranışların yaşam süresi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri, sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarla ilgili bilinç oluşturulmasını sağlamaktadır. Bilinç alanı genişletilerek yarar algısı pekiştirilmekte ve sağlığı kontrol etme olasılığı artmaktadır. Gerçekleştirilecek davranış ve tutum sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarar artmaktadır. Örneğin; kendi kendine meme muayenesi konusundaki yarar algısı arttıkça kendi kendine meme muayenesi uygulamaları o derece artmaktadır (50).

Engel algısı, koruyucu sağlık davranışlarının uygulamaya konulmasında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılanabilir. Birey koruyucu sağlık davranışının koruyuculuğuna inanmasına rağmen bu davranışları gerçekleştiremiyorsa bu durum engellere bağlı olabilir (14). Bireysel veya dış çevreden kaynaklanan faktörler koruyucu sağlık davranışlarının hayata geçirilmesini engelleyebilir (14). Koruyucu davranışlar için maliyet, rahatsızlık, bazı yaşam değişiklikleri engel teşkil etmektedir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz yönlerini tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir (54). Algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki fark, koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişkendir.

Aynı zamanda bireyin yaşı, cinsi, etnik yapısı, sosyal sınıfı, bireyin hastalık hakkındaki bilgisi ve kültürel inançları (değişikliğe neden olan faktörler) erken tanı uygulamalarına yönelik yarar ve engel algısını; medya, sağlık kontrolünü hatırlatan uyarılar, arkadaş veya aile üyelerinden birinin hastalanması (eyleme geçiriciler) gibi değişkenler ise tehdit algısını etkilemektedir.

Sağlık İnanç Modeli, sağlık ekibinin, bireylerin sağlıkları üzerinde ne kadar kontrolü olduğunu algılaması ve sağlığını geliştirici davranışları kazanması yönünde ne kadar istekli olduğu konusunda tahminde bulunmasına yardımcı olur. Bu nedenle, bir birey için sağlıklı olmak önemsiz ise, bu birey sağlıklı olmak için çaba göstermeyecektir. Bazı bireyler, basit sağlık kurallarıyla ilgilenmez ve inançları doğrultusunda sağlıkları konusunda kararlar almazlar. Bazı bireyler kendi davranışlarını kontrol ettiklerine inanmakta ve davranışlarını kendileri yönlendirmektedir. Bazı bireyler ise; dışarıdan destek alma gibi dış kontrollerin etkisi altında kalmaktadır. Dış kontrol bu bireyler için sağlık davranışlarını değiştirmede etkili olabilir (50).

2.6. Sağlık Eğitimi ile Davranış Kazandırma

Her hasta durumunu ve hastalığını kişisel değerlendirmesini yaparak anlar. Bazen hastalığı bir ceza gibi görebilir, bazen çok korkutucu geldiği için yokmuş gibi davranarak inkâr etmeye çalışır, bazen sağlık ekibinden mucize bekler. Hastanın korkularını, planlarını ve beklentilerini anlamak, varsa hatalı inançlarını değiştirmek, hastalığına daha uygun bir yaşam tarzı ve alışkanlıklar edinmesinde yardım etmek gerekebilir (9,55).

Eğitimde hedef, kişilere bilmediklerini öğretmek değil daha önce alışmadıkları tutum ve davranışları istendik ve amaçlı olarak değiştirmektir. Bireylere sağlıklı yaşamayı öğretmek, bu konuda ilgi, beceri ve istendik davranışlar kazandırmak, sağlıklarıyla ilgili sorumluluk duygusunu geliştirmek ancak sağlık eğitimi ile mümkün olabilecektir (56).

Sağlık eğitimiyle kişilerin kendi kendilerine yardım etmeleri konusunda güven ve becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır. Her insanın kendisini bir algılama biçimi, buna uygun olarak da sağlık ve hastalık anlayışı vardır. İnsanların bedenleri

ya da ruhsal durumlarındaki normal dışı belirti ve duygulara gösterdikleri tepkiler oldukça farklı olabilmektedir. Bu farklılık kişinin içinde bulunduğu kültürün sağlık ve hastalık anlayışı ile sağlık konusundaki bilgi ve bilinç düzeyinden kaynaklanmaktadır. Sağlık eğitimini, sağlıklı bir yaşam şeklini teşvik etmede kullanmak için hastalığa neden olan ya da önleyen davranışların temelindeki nedenler bilinmek durumundadır (17). Sağlık eğitimi yoluyla kişilere davranışlarını ve bunun sağlığını ne şekilde etkilediğini anlama konusunda yardımcı olabilmek mümkündür. Bu yolla sağlığı geliştiren, hastalıklardan koruyan, hastalıkları tedavi eden ve rehabilitasyon sağlayan davranışlar teşvik edilmektedir (17).

Eğitim ve bilgilendirme, çeşitli eğitim toplantıları, basın-yayın organlarında bilgilendirici programlar ile sağlanabileceği ve bu programların daha çok risk altında olan grupları kapsamı gerektiği göz önünde tutulmalıdır (57).

Sağlık eğitimi konusunda hemşireler, en etkin olabilecekleri, toplumun en uç noktalarında (sağlık ocağı, sağlık evi) çalışmaktadır. Hemşire topluma yakın olması nedeniyle, onların güvenlerini kazanması, iletişim kurması ve bu bağlamda onlara eğitim verebilmesi için uygun şartlara sahiptir. Bu nedenle bu ayrıcalıklar hemşireler tarafından çok iyi değerlendirilmelidir (56).

Sağlık eğitimi, entelektüel, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir eğitim sürecidir. Kişilere sağlıklı yaşam sanatını öğretmek, bu konuda yeterli bilgi, beceri ve uygun davranışlar kazandırmak belirli esaslara göre uygulanacak sağlık eğitimi yoluyla mümkün olmaktadır (58). Sağlık eğitiminin genel amacı, sağlığı birey ve toplumun değerli bir varlığı haline getirmek ve birey ya da grup olarak sağlık problemleri ile ilgilenmeleri, kendi yaşam koşullarını geliştirme ve sağlık hizmetlerini iyi bir şekilde kullanmaları konusunda sorumluluk duygusu almalarına yardım etmektir (58).

Etkin bir sağlık eğitimi, bireysel ve toplumsal sağlığı olumlu yönde geliştirmek için bilinmesi ve yapılması gerekenleri, benimsenen bilgi, tutum, davranış ve alışkanlıklar haline getirmelidir (58). Kısaca 'kişilere istenilen davranışları kazandırmak, istenmeyen davranışlarında olumlu değişiklikler oluşturmak' şeklinde tanımladığımız eğitimin amacı; öğretilen fikrin benimsetilmesi, bilginin

uygulanmasının sağlanmasıdır. Eğitimin ana unsuru davranış değişikliğidir. Davranış değişikliği de öğrenme süreci sonunda oluşmaktadır (59).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, kalp damar cerrahisi polikliniğine başvuran ve PAH tanısı olan hastaların Sağlık İnanç Modeline göre verilen sağlık eğitiminin hastaların bilgi ve uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi amacıyla “zaman dizisi” modelinde yarı deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1. PAH olanların sosyo-demografik ve hastalıkla ilgili tanımlayıcı özellikleri nelerdir?
2. PAH olanların Periferik Arteriyel Hastalığı'na yönelik SİM'ne göre verilen eğitim öncesi ile eğitim sonrası PAH'nın ciddiyetini algılama, önerileri yararlı bulma, önerileri uygulama ve engel algı durumları arasında fark var mıdır?
3. PAH olanların Sağlık İnanç Modeline göre verilen sağlık eğitimi öncesi ve eğitim sonrasında bireylerin bilgi ve uygulamalarındaki ciddiyeti algılama, önerileri yararlı bulma, önerileri uygulama durumları arasında fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Yarı deneysel tipte olan bu araştırma, Sakarya'daki bir devlet hastanesinin kalp damar cerrahisi polikliniğine başvuran PAH tanısı olan hastalara SİM'ne göre verilen sağlık eğitiminin, PAH ilişkin bilgi ve uygulamalarına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırma, Sakarya'da bir devlet hastanesinin kalp damar cerrahisi polikliniğine bir yıl içinde başvuran PAH tanısı olan hastalarla yapılmıştır.

Verilerin toplanması ve hastalara PAH'nın bakım ve tedavisine yönelik eğitimin gerçekleştirilmesi amacıyla hastanenin poliklinik binasında bulunan bir oda 08.00–17.00 saatleri arasında kullanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Sakarya'daki bir devlet hastanesinin kalp-damar cerrahisi polikliniğine 1 Ocak-31 Aralık 2009 tarihleri arasında başvuran PAH tanısı olan 128 kişi oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Ülkemizde PAH görülme sıklığına ilişkin sağlıklı veri bulunmadığından, araştırmanın örneklem seçiminde evreni bilinip örneklemi bilinmeyen formül kullanılmamış olup, 1 Ocak-31 Aralık 2009 tarihleri arasında başvuran PAH tanısı olan 128 kişi arasından araştırma kriterlerine uyan 30 kişi belirlenmiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya;

- Sakarya ili içinde yaşayan,
- Periferik Arteryal Hastalığı tanısı olan,
- İşitme güçlüğü ve görme kaybı olmayan,
- Bilinci açık ve iletişim kurabilen,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

3.7. Araştırmada Kullanılan Değişkenler/Kavramlar

3.7.1. Değişkenler:

Bağımsız değişkenler: PAH tanısı olan hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, sosyal güvencesi, ailede birlikte yaşadığı kişiler, tedavi biçimi)

Bağımlı değişkenler: PAH olanların hastalıklarına yönelik bilgi ve uygulamaları.

3.7.2. Kavramlar

Periferik Arteryal Hastalık: Sıklıkla alt ekstremiteler arteriyel dolaşım bozukluğunu tanımlayan ve ateroskleroz ile yakından ilgili olan bir klinik tablodur.

Sağlık İnanç Modeli: Kişiyi, sağlıkla ilgili eylemleri yapmaya/yapmamaya neyin motive ettiğini anlamaya yönelik bir kavramdır.

Güdü ya da motivasyon: Kişinin istek ve gereksinimlerinden kaynaklanan deneyimleriyle değişebilen ve böylece tutum ve davranışlarına yön veren tepkilerdir.

Tutumlar ve İnançlar: Tutum belirli kişilere, nesneler ve olaylara karşı sürekli olarak aynı davranışı göstermeye neden olan, öğrenilmiş bir eğilimdir.

Kişisel Algı: Kişinin hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiğidir.

Hastalık Tehdit Algısı: Bir hastalığın tehdit edici olduğu algısında araya giren ve etkin rol oynayan faktörler vardır. Demografik değişkenler, psikososyal değişkenler, hastalıkla ilgili değişkenler, medya kampanyaları, gazetelerde yayımlanan sağlık yazıları ve çevreden edinilen bilgilerdir.

Engel Algısı: Çeşitli nedenlere bağlı olarak, koruyucu sağlık davranışlarında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engeller algılanabilir.

Tedaviye Uyum: Hastanın tedavi rolünü tamamlama istek ve yeteneğidir (60).

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Çalışmalar Etik Kurulu tarafından uygun bulunmuştur. Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırma kapsamındaki devlet hastanesinden yazılı izin alınmıştır (EK-3).

Bu çalışma Helsinki Deglerasyonu prensipleri doğrultusunda yürütülmüştür. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları hakkında bilgi verilip, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alınmıştır (EK-1). Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” ilkesi de göz önünde bulundurulmuştur. Araştırmaya katılacak bireylere, kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapılmış ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalınmıştır.

3.9. Veri Toplama Formu

3.9.1. Veri toplama formunun oluşturulması

Veri toplama formu, araştırmacı tarafından bu konuya ilişkin literatür incelenerek hazırlanmıştır (EK-1).

Birinci bölümde bireyi tanıttıcı özellikler ve PAH'na yönelik sorular; ikinci bölümde PAH'nın bakım ve tedavisi hakkındaki bilgi ve uygulamaları, üçüncü bölümde ise SİM ile ilgili üç başlıktan oluşan kişisel algı, yarar algısı ve engel algısı ile ilgili sorular yer almıştır. Birinci bölüm çalışma kapsamına alınan bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, sağlık güvencesi, birlikte yaşanan kişi vb.) ve hastalığa ilişkin verilerinin (PAH'nın süresi, başka kronik hastalığının varlığı, PAH yönelik kullandığı tedavi ve süresi vb.) bulunduğu soruları kapsamaktadır.

İkinci bölümde hastaların PAH'nın bakım ve tedavisine yönelik bilgilerini (PAH'nın tanımını, PAH belirtileri, kan basıncını ne sıklıkta ölçtürmesi gerektiği, PAH'nın ayak bakımı nasıl olmalı, PAH tedavi yöntemleri vb.) ve uygulamalarını (diyetinde neleri kısıtladığı, PAH yönelik ayak bakım uygulamalarını, ayaklarını ne sıklıkta kontrol ettiği, hangi sıklıkta yürüyüş yaptığı vb) irdeleyen sorular yer almaktadır.

Üçüncü bölümde SİM ile ilgili üç başlıktan oluşan **kişisel algı** (PAH olma nedenleri, hastalığın ciddiyet algısı, algılanan sağlık, önerileri yararlı bulma ve uygulama, çevresinde tanıdığı PAH hastasının olması), **yarar algısı** (kontrole gitme süresi, hastanede yatış süresi, ilaç dışı uygulama yapıp yapmaması) ve **engel algısı** (hastalığa bağlı yaşam biçimi değişiklikleri, PAH bağlı yaşadığı rahatsızlık durumları, hastalıkla ilgili desteğe ihtiyaç duyma ve yardım alma durumları) ile ilgili sorular yer almaktadır.

Periferik Arteryal Hastalığı olan hastaların eğitim öncesi ve sonrasında PAH'nın ciddiyetini algılama, bakım/tedavi uygulamalarını yararlı bulma ve uygulamaları gerçekleştirme düzeylerinin belirlenmesinde yararlı bir bilgi sağlayacağı düşünülen Görsel Karşılaştırmalı Skala (Visual Analogue Scales)

kullanılmıştır. Skala sıfırdan başlayan 10 cm’lik bir cetvel şeklindedir. Skalada ki “0-çok kötü”, “10-çok iyi”, ortadaki “5” rakamı ise orta düzeyde bir sağlığa denk düşmektedir.

3.9.2. Veri toplama formunun ön uygulaması

Hazırlanan soru formu araştırmacı tarafından Sakarya’daki bir devlet hastanesinin kalp damar cerrahisi polikliniğine başvuran ve PAH tanısı olan hastalardan basit rastgele yöntemle seçilen beş kişiye uygulanmıştır. Ön uygulama, örneklem dışındaki bireylere uygulanmış, ön uygulama yapılan kişiler araştırma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.9.3. Veri formunun uygulanması

Çalışmaya 01.01.2010 tarihinde başlanmış olup, 10.06.2010 tarihinde son görüşme yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Örneklem kapsamına seçilen hastalarla hastanede kayıtlı telefon numaralarından görüşme yapılarak çalışmanın amacı açıklanmış ve onamları alındıktan sonra ilk görüşme günü ve saati ayarlanmıştır.

Öntest 01.01.2010-01.02.2010 tarihleri arasında örneklem dahilindeki 30 hastayla 1 ay içinde telefonla görüşme sırasında belirlenen günlerde ilk yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Hastalara önce aydınlatılmış onam formu okunmuş, yazılı olarak izinleri de alındıktan sonra soru formları hastalara uygulanmış ve hastaların verdiği cevaplar araştırmacı tarafından soru formuna doldurulmuştur.

Hemşirelik Girişimleri; Soru formlarını yanıtlamaları sonrasında hastalara ilk eğitim düzenlenmiştir. Bireylere araştırmacı tarafından konu ile ilgili yerli-yabancı literatür taramaları sonucunda oluşturulan PAH’nda bilinmesi ve uygulanması gereken bilgi ve uygulamalara ilişkin PAH eğitim kitapçığı verilmiştir (EK 5). İlk görüşme sonunda bir ay sonrası için hastaların kontrole geldikleri günde yeniden görüşmek için ikinci görüşme zamanı ayarlanmıştır.

Bir ay sonra hastalarla kontrole geldikleri gün ikinci görüşme yapılmış, aynı eğitim ikinci kez düzenlenmiş ve yaşanan soruların nedenleri konuşulmuştur. İkinci görüşme sonunda bir ay sonrası için hastalarla yeniden görüşme zamanı ayarlanmıştır. Bir ay sonra hastalarla kontrole geldikleri gün üçüncü görüşme

yapılmış, aynı eğitim üçüncü kez düzenlenmiş ve yaşanan soruların nedenleri konuşulmuştur. Üçüncü görüşme sonrasında 3 ay boyunca hastalarla ne telefonla ne de yüz yüze görüşme yapılmamış, hastalar kendi hallerine bırakılmıştır. Üçüncü görüşme sonunda görüşmelere başlanılan aydan itibaren altıncı ay için görüşme zamanı ayarlanmıştır.

Sontest altıncı ayda dördüncü görüşme düzenlenmiş ve ilk görüşmede uygulanan PAH bakım ve tedavisine yönelik bilgi ve uygulamaları, SİM ile ilgili soruları içeren soru formu hastalara yeniden uygulanmıştır.

ARAŞTIRMA PLANI

1. AŞAMA

ÇALIŞMA GRUBU

1 Ocak 2009 – 31 Aralık 2009 tarihleri arasında Sakarya’da bir devlet hastanesinin kalp-damar cerrahi polikliniğine başvuran PAH tanısı olan hastalar araştırmanın evrenini temsil etmektedir. Evren içinden araştırma kriterlerine uyan 30 kişi çalışma kapsamına alınmıştır. Bireylerle görüşülmeye 01.01.2010 tarihinde başlanmıştır.



2. AŞAMA

ÇALIŞMA GRUBU

Öntest Uygulaması

- Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veriler
- Hastalığa İlişkin Veriler
- PAH’nın Bakım ve Tedavisi Hakkında Bilgi Soru Formu
- PAH’nın Bakım ve Tedavisi Hakkında Uygulama Soru Formu
- PAH’nı Kişisel Algı
- PAH’nı Yarar Algısı
- PAH Engel Algısı içeren soru formu uygulanmıştır.



Hemşirelik Girişimleri

- Soru formunu yanıtlamaları sonrası ilk eğitim düzenlenmiştir. Literatür taraması sonrasında araştırmacı tarafından oluşturulan eğitim materyali hastalara verilmiştir.



- Birinci eğitim düzenlendikten sonra bir ay sonrası için hastaların kontrole geldikleri günde ikinci görüşme zamanı ayarlanmıştır. Bir ay sonra ikinci görüşme yapılmış, aynı eğitim ikinci kez düzenlenmiş ve yaşanan soruların nedenleri konuşulmuştur.



- Üçüncü görüşme sonrasında 3 ay boyunca hastalarla ne telefonla ne de yüz yüze görüşme yapılmamış, hastalar kendi hallerine bırakılmıştır. Üçüncü görüşme sonunda görüşmelere başlanılan aydan itibaren altıncı ay için görüşme zamanı ayarlanmıştır.



- İkinci görüşme sonunda bir ay sonrası için hastalarla yeniden görüşme zamanı ayarlanmıştır. Bir ay sonra hastalarla kontrole geldikleri gün üçüncü görüşme yapılmış, aynı eğitim üçüncü kez düzenlenmiş ve yaşanan soruların nedenleri konuşulmuştur.



Sontest Uygulaması

- Altıncı ayda dördüncü görüşme düzenlenmiş ve birinci görüşmede uygulanan PAH bakım ve tedavisine yönelik bilgi ve uygulamaları, SİM ile ilgili soruları içeren soru formu hastalara yeniden uygulanmıştır.

3.9.4. Periferik arteriyel hastalığı olanlara uygulanan eğitim

a) Eğitim Programının İçeriği

Eğitim programı; PAH olanların PAH’nda bilmesi ve uygulaması gereken uygulamalar hakkındaki gereksinimlerini gidermek, aynı zamanda eğitim süresince bilinmeyen/yapılmayan davranışlara teşvik etmek amacıyla oluşturulmuştur.

b) Eğitimin Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırmaya alınan bireylerle telefonla ilk görüşme yapılarak görüşme günü belirlendikten sonra, poliklinik binasında bireysel görüşme yöntemi ile eğitim programı doğrultusunda bilgi verilmiştir. Eğitim düz anlatım yoluyla yapılmıştır. Eğitim toplam 4 kez olmak üzere, ilk üç ay ayda bir yapılmış, üç ay ara verilmiş, altıncı ay eğitim tekrar düzenlenmiştir. Hastanın durumuna göre otuz dakika sürmüş olup sözel bilgilendirmeyi güçlendirmek için bireylere eğitim kitapçığı verilmiştir (EK-5).

c) Periferik Arteriyel Hastalığı Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi

Periferik Arteriyel Hastalığı eğitim kitapçığı; bu konu ile ilgili yerli-yabancı literatür taramaları sonucunda toplanan veriler ışığında “Periferik Arteriyel Hastalığı Eğitim Materyali” geliştirilmiştir.

Periferik Arteriyel Hastalığı eğitim kitapçığının içinde;

- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’nın tanımı,
- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’nın nedenleri,
- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’nın belirtileri,
- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’nın tedavi içeriği,
- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’yla birlikte görülebilen hipertansiyonu kontrol altında tutmak için yapılması gerekenler,
- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’yla birlikte görülebilen diyabetes mellitus hastalığını kontrol altında tutmak için yapılması gerekenler,
- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’yla birlikte görülebilen kolesterolü istendik düzeye getirebilmek için yapılması gerekenler,
- ❖ Periferik Arteriyel Hastalığı’nda beslenme,

- ❖ Ayak bakımında yapılması gerekenler,
- ❖ Ayak sorunlarında yapılması gerekenler.
- ❖ Egzersiz ve yararlarını içeren sağlığı koruyucu ve geliştirici bilgiler yer almaktadır.

3.9.5. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve bir istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Soru formunda yer alan soruların cevapları PAH’da bilinmesi ve uygulanması gereken bilgi ve uygulamaların neler olduğunun belirlenmesine ilişkin geniş literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Verilmesi gereken cevaplar sıralandırılmış olup araştırma kapsamındaki bireylerin verdiği cevaplarla karşılaştırılmıştır. Bireyler verilmesi gereken cevapların yarısından bir fazlasını doğru cevap olarak vermişlerse o soruyla ilgili durumu “biliyor” ya da “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir.

“Periferik Arteryal Hastalığı sizce nedir?” sorusuna “bacaklara giden kan akımının azalması, ayaklara ve bacaklara giden kan akımının azalması” cevaplarından biri verilmişse “biliyor” olarak kabul edilmiştir (31,43). “Periferik Arteryal Hastalığı ile birlikte görülebilen hipertansiyonunuzu kontrol altında tutmak için neler yapılmalı?” sorusuna “tuz tüketimi kısıtlanmalı, alkol tüketiminden kaçınılmalı, meyve-sebze tüketimi arttırılmalı, doymuş ve total yağ tüketimi azaltılmalı, ilaçlar düzenli alınmalı, sigara kullanımına son verilmeli, düzenli fiziksel egzersiz yapılmalı, tansiyon ölçümü yapılmalı, şişmanlık önlenmeli, stresle başa çıkılmalı” cevaplarından yarısından bir fazlasını söyleyenler “biliyor” kabul edilmiştir (42,44,46). “Kan basıncınızı ne sıklıkta ölçtürmelisiniz?” sorusuna “yakınmalarım olduğunda mutlaka ölçtürürüm, günün değişik saatlerinde ölçülmesi yararlıdır (günde 2 kez), yakınmalar olmasa bile her gün değişik saatlerde ölçülmeli, hipertansiyonu olmayanlarda yılda 1-2 kez tansiyonunu ölçtürmeli” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (44,46).

“Periferik Arteryal Hastalığı ile birlikte görülebilen diyabetes mellitus hastalığınızı kontrol altında tutabilmek için neler yapılmalı?” sorusuna “kan şekeri

düzenli olarak her gün kontrol edilmeli, ilaçlar düzenli olarak kullanılmalı, şekerli beslenilmeli, karbonhidratlardan uzak durulmalı, egzersiz yapılmalı, stresten uzak durulmalı, stresle başa çıkabilmek için gevşeme egzersizleri yapılmalı” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (43).

“Kan şekerinizi ne sıklıkta ölçtürmelisiniz?” sorusuna “insülin kullanıyor ve kan şekeri yüksekse doktorun istediği düzene inene kadar günde 4 kere, eğer insülin kullanmıyor ancak kan şekeri düzensizse her gün yerine haftada 1-2 gün ama yine günde 4 kere, şeker hastalığı yoksa yılda 1-2 kez şeker takibi yapılmalı” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (43).

“Kolesterolünüzü istenilen düzeye getirebilmek/aynı düzeyde tutabilmek için neler yapılmalı?” sorusuna “yağsız beslenilmeli, bol bol meyve-sebze ve baklagil tüketilmeli, sigara bırakılmalı, alkol ölçülü içilmeli, kilo verilmeli, egzersiz yapılmalı, ilaçlar düzenli kullanılmalı, stresle başa çıkılmalı” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (42,43).

“Periferik Arteriyel Hastalığı’nda diyet kısıtlamasına ilişkin neler yapılmalı?” sorusuna “az yağlı yenmeli, daha çok sebze-meyve ve lifli gıdalar yenmeli, tuz azaltılmalı, bol su içilmeli” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (42,43).

“Periferik Arteriyel Hastalığı olanlar ayak bakımında neler yapmalı?” sorusuna “ayakta nasır, yara, tırnak batması vs varsa müdahale edilememeli, hiçbir zaman hiçbir yerde çıplak ayakla dolaşılmalı, ayakkabı ve terlikleri giymeden önce mutlaka silkelenmeli, çoraplar her gün değiştirilmeli, çorapların lastik kısımları bileği sıkılamamalı, ayak tırnakları düz kesilmeli, ayaklar her gün kontrol edilmeli, sigara bırakılmalı, ayaklarının alt ve yan kısımlarını görmede sorun olursa ayna yardımıyla ayak kontrolü yapılmalı, deride; yaralar, kesikler, çürükler, çatlaklar, kabarcıklar, kırmızı benekler, kabarıklar, ayak tırnak enfeksiyonları olup olmadığı kontrol edilmeli” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (31,43,48).

“Periferik Arteryal Hastalığı’nın neden olduğu ayak sorunlarını azaltmak için ayağınızı korumaya yönelik neler yapılmalı?” sorusuna “makas, tırnak makası, jilet gibi aletler ayaklardan uzak tutulmalı, ayakları ısıtmak için hiçbir zaman ütü, tuğla, sıcak su şişesi, termofor kullanılmamalı, her gün düzenli olarak ayak banyosu ve ayak egzersizleri yapılmalı, ayağı sıkmayan deri veya bez ayakkabılar giyilmeli, her gün temiz, pamuklu, yünlü ya da koton çoraplar giyilmeli” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (31,43,48).

“Periferik Arteryal Hastalığı için hekim tarafından reçete edilen ilaçları önerilen zaman/miktarda alınmalı mı?” sorusuna evet cevabı verenler biliyor, hayır cevabı verenler bilmiyor, “Periferik Arteryal Hastalığı hareket kısıtlılığına neden olur mu?” sorusuna evet cevabı verenler “biliyor”, hayır cevabı verenler “bilmiyor”, “Yürüyüş yapmak PAH etkiler mi?” sorusuna evet cevabı verenler “biliyor”, hayır cevabı verenler “bilmiyor” olarak kabul edilmiştir.

“Yürüyüş yapmak PAH nasıl etkiler?” sorusuna “yürümeyle meydana gelen bacak ağrısı şikâyetini azaltır, kan akışını artırır, dolaşımı artırır, oksijen tüketimini artırır, vücuttaki fazla yağları yakar, kilo vererek ideal vücut ağırlığına kavuşmayı, iş yapma kapasitesini artırır, kasların kuvvetlenmesini sağlar, tekrarlı iş yapabilme becerisini artırır, kemik yoğunluğunu ve kuvveti artırır, stresi azaltır ve gevşemeyi sağlar, endişe ve depresyonu azaltır, kendine güveni artırır ve kişinin kendini daha iyi hissetmeni sağlar” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (43,44).

“Periferik Arteryal Hastalığı tedavisi için neler yapılmalı?” sorusuna “risk faktörleri düzeltilmeli, diyet ve doğru beslenme sağlanmalı, egzersiz yapılmalı, düzenli ilaç kullanılmalı, düzenli kontrollere gidilmeli” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (43).

“Periferik Arteryal Hastalığı için sağlık kurumlarında yapılan kontrollere ne sıklıkta gidilmeli?” sorusuna “ağrı oldukça, 6 ayda 1” cevaplarından bir tanesini cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (43).

“Periferik Arteryal Hastalığı bacaklar dışındaki organlarda hastalık yapabilir mi?” sorusuna evet cevabı verenler “biliyor”, hayır cevabı verenler “bilmiyor” olarak kabul edilmiştir. “Aşağıdaki belirtilerden hangisi/hangileri PAH belirtileridir?” sorusuna “yürümeyle meydana gelen, dinlenmeyle geçen bacak ağrısının olması, istirahat sırasında bacaklarda ağrı olması, bacaklarda uyuşukluk olması, baldır kaslarında güçsüzlük olması, bacaklara ve ayaklara soğukluk, üşüme hissi, ayaklarda renk değişikliği (havaya kaldırıldığı zaman soluklaşma ve indirildiğinde koyu kırmızı renk alması), ayak sırtındaki tüylerin dökülmeye başlaması ve ayak tırnaklarının kalınlaşması, ayaklarda, başparmakta ya da bacaklarda iyileşmeyen yaraların olması” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “biliyor” olarak kabul edilmiştir (43).

“Hekim/hemşire tarafından PAH olduğu tanısı kondu mu/söylendi mi?” sorusuna evet cevabı verenler “biliyor”, hayır cevabı verenler “bilmiyor” olarak kabul edilmiştir.

“Periferik Arteryal Hastalığı ile birlikte görülebilen diyabetes mellitus hastalığınızı kontrol altında tutabilmek için yaptığınız uygulamalar nelerdir?” sorusuna “kan şekeri düzenli olarak her gün kontrol edilmeli, ilaçlar düzenli olarak kullanılmalı, şekersiz beslenilmeli, karbonhidratlardan uzak durulmalı, egzersiz yapılmalı, stresten uzak durulmalı, stresle başa çıkabilmek için gevşeme egzersizleri yapılmalı” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir (43).

“Kan şekerinizi ne sıklıkta ölçtürüyorsunuz?” sorusuna “insülin kullanıyorsa ve şekeri yüksekse doktorunu istediği düzene inene kadar günde 4 kere, eğer insülin kullanmıyorsa ancak şeker düzensizse her gün yerine “haftada 1-2 gün ama yine günde 4 kere” diyabetes mellitusu yoksa yılda 1-2 kez şeker takibi yapılmalı” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir (43).

“Periferik Arteryal Hastalığı ile birlikte görülebilen hipertansiyonunuzu kontrol altında tutmak için yaptığınız uygulamalar nelerdir?” sorusuna “tuz tüketimi kısıtlanmalı, alkol tüketiminden kaçınılmalı, meyve-sebze tüketimi arttırılmalı,

doymuş ve total yağ tüketimi azaltılmalı, ilaçlar düzenli alınmalı, sigara kullanımına son verilmeli, düzenli fiziksel egzersiz yapılmalı, tansiyon ölçümü yapılmalı, şişmanlık önlenmeli, stresle başa çıkılmalı” cevaplarından yarısından bir fazlasını söyleyenler “uyguluyor” kabul edilmiştir (42,44,46). “Kan basıncınızı ne sıklıkta ölçtürüyorsunuz?” sorusuna “yakınmalarım olduğunda mutlaka ölçtürürüm, günün değişik saatlerinde ölçülmesi yararlıdır (günde 2 kez), yakınmalar olmasa bile her gün değişik saatlerde ölçülmeli, hipertansiyonu olmayanlarda yılda 1-2 kez tansiyonunu ölçtürmeli” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir (44,46).

“Periferik Arteriyal Hastalığı ile birlikte görülebilen kolesterolünüzü istenilen düzeye getirebilmek/aynı düzeyde tutabilmek için yaptığınız uygulamalar nelerdir?” sorusuna “yağsız beslenilmeli, bol bol meyve-sebze ve baklagil tüketilmeli, sigara bırakılmalı, alkol ölçülü içilmeli, kilo verilmeli, egzersiz yapılmalı, ilaçlar düzenli kullanılmalı, stresle başa çıkılmalı” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir (42,43).

“Periferik Arteriyal Hastalığı’na yönelik uyguladığınız diyetle neleri kısıtlıyorsunuz?” sorusuna “az yağlı yenmeli, daha çok sebze-meyve ve lifli gıdalar yenmeli, tuz azaltılmalı, bol su içilmeli” cevaplarının yarısından bir fazlasını cevap verenler “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir (42,43).

“Periferik Arteriyal Hastalığı’nın neden olabileceği ayakta kızarıklık, su toplaması ya da başka sorunlarda neler yapıyorsunuz?” sorusuna “hekim/hemşireye haber veriyorum” cevap verenler “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir.

“Ayağınızı hangi sıklıkta kontrol edersiniz?” sorusuna “her gün” şeklinde cevap verenler uyguluyor, “Periferik Arteriyal Hastalığı nedeniyle yılda kaç kez ayak muayenesi yaptırıyorsunuz?” sorusuna “ayda bir ya da hekime kontrole gittiğimde” cevabını verenler “uyguluyor” olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmelerde “SPSS 16.0 paket programı” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik testi olarak yüzdellik, X^2 , iki grup ortalamaları arasındaki farkın önemi için t testi (Independent-Samples T Test) ve

SİM göre verilen eğitimin öncesi ve eğitim sonrasında bireylerin hastalıklarında bilmesi ve uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılamalarında, önerileri yararlı bulmalarında, önerileri uygulamalarında değişiklik olup olmadığının ortaya koymak için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Periferik Arteryal Hastalığı olan hastaların, hastalıklarını eksiksiz ve sağlıklı bir yaşamla olabildiğince bütünleştirmelerine yardımcı olmak için kişilerin sağlıklarının ve hastalıklarının ciddiyetini nasıl algıladıklarının ve hastalıklarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi, yanlış bilinen ve uygulanan davranışların değiştirilmesi gerekmektedir. Bu amaçtan yola çıkılarak yarı deneysel tipte olan bu çalışma ile PAH olan bireylere SİM’ne göre verilen eğitimin bireylerin bilgi ve uygulamalarına olan etkisini incelemek üzere 30 hasta alınmış ve gerekli veriler soru formu aracılığıyla elde edilmiştir.

Araştırmanın bulguları üç ana başlık halinde gruplandırılmıştır. Birinci bölümde, PAH’ı olanların tanımlayıcı özellikleri; ikinci bölümde, SİM’ne göre PAH’na ilişkin eğitim öncesi ile eğitim sonrası PAH’nın ciddiyetini algılama, önerileri yararlı bulma, önerileri uygulama durumları; üçüncü bölümde eğitim öncesi ve sonrası SİM’ne göre verilen sağlık eğitiminin bireylerin hastalıklarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarındaki ciddiyeti algılama, önerileri yararlı bulma ve önerileri uygulama durumlarına etkisi ayrıntılı olarak irdelenmektedir.

4.1. PAH Olanların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu alt bölümde PAH olanların sosyo-demografik özellikleri ile hastalıklarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır.

Tablo 4.1. PAH Olanların Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri (n= 30)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (%)
Yaş Grupları	
55 ve altı	8 (26.7)
56-64 arası	17 (56.7)
65 ve üzeri	5 (16.6)

(Devam ediyor...)

Cinsiyet	
Kadın	15 (50.0)
Erkek	15 (50.0)
Medeni Durum	
Evli	25 (83.3)
Dul	5 (16.7)
Eğitim Düzeyi	
Okuryazar değil	8 (26.7)
İlköğretim mezunu	10 (33.3)
Ortaöğretim mezunu	11 (36.7)
Diğer	1 (3.3)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	7 (23.3)
Çalışmıyor	23 (76.7)
İşi	
Ev hanımı	14 (46.7)
Emekli	9 (30.0)
Memur	5 (16.7)
Diğer	2 (6.7)
Sosyal Güvencesi	
Var	30 (100.0)
Yok	0 (0.0)
Sağlık Güvencesi	
Var	30 (100.0)
Yok	0 (0.0)
Birlikte Yaşadığı Kişiler	
Yalnız	4 (13.3)
Eşi ile birlikte	9 (30.0)
Ailesi ile (eşi, çocukları)	17 (56.7)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteryal Hastalığı olanların tanımlayıcı özellikleri için Tablo 4.1'e bakıldığında; PAH olanların %50.0'ını (n:15) kadınlar oluşturmuş olup, yaş ortalaması 59.0 ± 1.0 olarak saptanmıştır. PAH olanların %56.7'sinin (n:17) 55-64 yaş grubunda, %83.3'ünün (n:25) evli, %36.7'sinin (n:11) ortaokul mezunu olduğu; %76.7'sinin (n:23) çalışmadığı, %46.7'sinin (n:14) ev hanımı olduğu, %100.0'mın (n:30) sosyal güvencesi olup, %100.0'mın (n:30) sağlık güvencesinden yararlandığı, %56.7'sinin (n:17) ailesi ile %13.3'ünün (n:4) yalnız yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. PAH Olanların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri (n= 30)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Sayı (%)
Hastalık Süresi (Yıl)	
5 yıl altı	21 (70.0)
5 yıl ve üzeri	9 (30.0)
Yakınma Başlangıcı	
4 yıl altı	13 (43.3)
4 yıl ve üzeri	17 (56.7)
PAH Tanısı	
Başka bir hastalık için gittiğinde	24 (80.0)
Sağlık kuruluşuna gittiğinde	6 (20.0)
Tedavi Biçimi	
Tıbbi Tedavi	26 (86.7)
Tıbbi Tedavi+Cerrahi Tedavi	4 (13.3)
Cerrahi Girişim Sayısı	
Olan	4 (10.0)
Olmayan	26 (90.0)

(Devam ediyor...)

İlk Yakınmaları	
Ağrı ve klaudikasyon	29 (24.6)
Ayakta ve bacakta şişme	30 (25.0)
Ayakta ısı artışı	25 (21.3)
Ayakta morarma, soğukluk hissi	35 (29.1)
Yakınmalarına İlişkin Yaptıkları	
Doktora gidip ilaç aldı	13 (43.3)
Kendi kendine ilaç kullandı	13 (43.3)
Hiçbir şey yapmadı	4 (13.3)
Uyku Sorunu	
Evet	24 (80.0)
Hayır	6 (20.0)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların hastalıklarına ilişkin bazı özellikleri Tablo 4.2’de yer almaktadır. Bu araştırmada yer alan bireylerin PAH süresinin 1-8 yıl arasında olduğu, %70.0’nın (n:21) 5 yıldan daha az süredir PAH olduğu, (X:3.43±0.317), yakınmalarının %56.7’sinin (n:17) 4 yıl ve üzerinde (X:3.90±0.30 yıl) başladığı, bireylerin %80.0’nın (n:24) başka bir hastalık için muayeneye gittiklerinde tanı konulduğu, %86.7’sinin (n:26) tıbbi tedavi gördüğü, %13.3’ünün (n:4) tıbbi ve cerrahi tedavi gördüğü, %10.0’nın (n:4) cerrahi girişim geçirdiği, cerrahi girişim sayısı ortalamasının 1.75±0.25 olduğu, %29.1’inin (n:35) ilk yakınmalarının ayakta morarma, soğukluk hissinin olduğu, %43.3’ünün (n:13) yakınmalarda doktora gidip ilaç aldığı yine aynı yüzdede kendi kendine ilaç kullandığı, %80.0’nın (n:24) uyku sorunu yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4.3. PAH Nedeniyle İlk Yıl Sağlık Kurumuna Başvurma (n=30)

	Sayı (%)
Yıl Hekime Gitme	
1-3 kez	1 (3.3)
4-6 kez	2 (6.7)
7 ve daha fazlası	2 (6.7)
Hatırlamıyor	25 (83.3)
Hastaneye Yatma	
1 kez	7 (23.3)
2 kez	9 (30.0)
3 ve daha fazla	2 (6.7)
Hatırlamıyor	6 (20.0)
Yatış yaptırmadı	6 (20.0)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteryal Hastalığı olan bireylerin %83.3'ünün (n:25) ilk yıl hekime gitme sayısını hatırlamadığı, %20.0'nin (n:6) yatış yaptırmadığı yatış yaptıranlarında %20.0'nin (n:6) kaç kez yatış yaptırdığını hatırlamadığı saptanmıştır.

Tablo 4.4. PAH Olanların Başka Bir Kronik Hastalığının Varlığı (n= 30)

Kronik Hastalık	Sayı (%)
Var	24 (80.0)
Yok	6 (20.0)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteryal Hastalığı olan hastaların başka bir kronik hastalığının olup olmadığına ilişkin dağılımları incelendiğinde %80.0'ının (n:24) PAH'nın yanı sıra en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. PAH Olanların Kronik Hastalık Dağılımı (n*=42)

Kronik Hastalık	Sayı (%)
Diabetes Mellitus	14 (33.3)
Hipertansiyon	19 (45.2)
Böbrek Yetmezliği	2 (4.7)
Kalp Yetmezliği	7 (16.6)

***Birden fazla cevap verilmiştir.**

Periferik Arteryal Hastalığı yanı sıra başka bir kronik hastalığı olanların hastalık dağılımları için Tablo 4.5'e bakıldığında; %45.2'sinin (n:19) hipertansiyon, %33.3'ünün (n:14) diabetes mellitus, %16.6'sının (n:7) kalp yetmezliği, %4.7'sinin (n:2) böbrek yetmezliği olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. PAH Olanların Sigara ve Alkol Kullanım Durumları (n=30)

	Sayı (%)
Sigara	
Kullanıyor	11 (36.7)
Kullanmıyor	9 (30.0)
Bırakmış	10 (33.3)
Alkol	
Kullanıyor	2 (6.7)
Kullanmıyor	21 (70.0)
Bırakmış	7 (23.3)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteriyel Hastalığı olan hastaların %36.7'sinin (n:11) sigara kullandığı, benzer yüzdede %33.3'ünün (n:10) sigarayı bıraktığı, %30.0'ının (n:9) sigara kullanmadığı, %70.0'ının (n:21) alkol kullanmadığı, %6.7'sinin (n:2) alkol kullandığı, %23.3'ünün (n:7) alkol kullanımını bıraktığı görülmektedir.

Tablo 4.7. PAH Olanların PAH'ın Etkilerini Bilme Durumları (n=30)

	Sayı (%)
Hareket Kısıtlılığına Neden Olma	
Biliyor	29 (96.7)
Bilmiyor	1 (3.3)
Yürümeye Etkisi	
Biliyor	15 (50.0)
Bilmiyor	15 (50.0)
Hastalık Belirtileri	
Biliyor	14 (46.7)
Bilmiyor	16 (53.3)
Hastalık Tanısını	
Biliyor	23 (76.7)
Bilmiyor	7 (23.3)
Bacaklar Dışındaki Organlara Etkisi	
Biliyor	7 (26.7)
Bilmiyor	22 (73.3)
Etkilediği Organlar	
Biliyor	3 (10.0)
Bilmiyor	5 (16.7)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteryal Hastalığı olanların PAH'nın etkilerini bilme durumlarını incelemek için Tablo 4.7'e bakıldığında; hareket kısıtlılığını %96.7'sinin (n:29) bildiği, %3.3'ünün (n:1) hareket kısıtlılığının PAH'na etkisini bilmediği saptanmıştır. Periferik Arteryal Hastalığı'nın yürümeye etkisini %50.0'mının (n:15) bilmediği %50.0'mının (n:15) bildiği görülmektedir. Periferik Arteryal Hastalığı belirtilerini benzer yüzdelerle %53.3'ünün (n:16) bilmediği, %46.7'sinin (n:14) bildiği saptanmıştır. Periferik Arteryal Hastalığı tanısını %76.7'sinin (n:23) bildiği, %23.3'ünün hastalık tanısını bilmediği (n:7), PAH'nın bacaklar dışındaki organlara

etkisini %73.3'ünün (n:22) bilmediği, %26.7'sinin (n:7) bildiği, PAH'nın etkilediği organları benzer yüzdelerle %10.0'ının (n:3) bildiği, %16.7'sinin (n:5) bilmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.8. PAH Olanların PAH'nın Bakım ve Tedavisinde Sigara Bırakma Konusundaki Bilgileri (n=30)

Sigara Bırakılmalı	Sayı (%)
Evet	21 (70.0)
Hayır	9 (30.0)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların %70.0'ının (n:21) sigara bırakılmalı, %30.0'ının (n:9) sigara bırakılmamalı şeklinde ifadede bulundukları görülmektedir.

Tablo 4.9. PAH Olanların En Son Ölçtürdükleri Kolesterol Düzeyi (n=30)

Kolesterol Düzeyi	Sayı (%)
200 ve altı	3 (10.0)
201-239	3 (10.0)
240-280	1 (3.3)
Hatırlamayıp, bilmeyenler	23 (76.7)
Toplam	30 (100.0)

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların %76.7'sinin (n:23) kolesterol düzeyini hatırlamayıp bilmediği, aynı yüzdelerle %10.0'ının (n:3) kolesterol düzeyinin 200 ve altı ile 201-239 arası olduğu saptanmıştır.

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların %76.7'sinin (n:23) kolesterol düzeyini hatırlamayıp bilmediği, aynı yüzdelerle %10.0'ının (n:3) kolesterol düzeyinin 200 ve altı ile 201-239 arası olduğu saptanmıştır.

Periferik Arteryal Hastalığı olanların hastalıklarına ilişkin özellikleri özetlenecek olursa, PAH sürelerinin 5 yıl altı %70.0 (n:21) ile 5 yıl ve üzeri %30.0 (n:9) arasında dağılım gösterdiği, %80.0'ına (n:24) başka bir hastalık için muayeneye gittiğinde tanı konulduğu, PAH tedavi süresinin 1-8 yıl arasında dağılım gösterdiği, %29.1'inin (n:35) ilk yakınmasının ayakta morarma, soğukluk hissi olduğu, PAH'nın yanı sıra %80.0'ının (n:24) başka bir kronik hastalığı olduğu, PAH'na ek olarak %45.2'sinin (n:19) hipertansiyon, %33.3'ünün (n:14) diyabetes mellitus hastalığı olduğu, %36.7'sinin (n:11) sigara kullandığı, %70.0'ının (n:21) alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Periferik Arteryal Hastalığı'nın etkilerini bilme durumlarını özetleyecek olursak; PAH'nın hareket kısıtlılığına neden olduğunu %96.7'sinin (n:29) bildiği, PAH'nın yürümeye etkisini %50.0'ının (n:15) bilmediği %50.0'ının (n:15) bildiği, PAH'nın hastalık belirtilerini benzer yüzdelerle %53.3'ünün (n:16) bilmediği, %46.7'sinin (n:14) hastalık belirtilerini bildiği, %76.7'sinin (n:23) PAH tanısını bildiği, PAH'nın bacaklar dışındaki organlara etkisini %73.3'ünün (n:22) bilmediği, PAH'nın etkilediği organları benzer yüzdelerle %10.0'ının (n:3) bildiği %16.7'sinin (n:5) bilmediği saptanmıştır. Periferik Arteryal Hastalığı olanların %70.0'ının (n:21) sigara bırakılmalı şeklinde ifadede bulunduğu, en son ölçtükleri kolesterol düzeyini %76.7'sinin (n:23) hatırlamayıp bilmediği, aynı yüzdelerle %10.0'ının (n:3) kolesterol düzeyinin 200 ve altı ile 201-239 arasında olduğu görülmektedir.

4.2. Sağlık İnanç Modeline Göre PAH'na İlişkin Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası PAH'nın Ciddiyetini Algılamaları, Önerileri Yararlı Bulmaları, Önerileri Uygulamaları ve Engel Algı Durumları

Bu alt bölümde; PAH'na yönelik SİM'ne göre verilen eğitim öncesi ile eğitim sonrası PAH'nın ciddiyetini algılama, önerileri yararlı bulma, önerileri uygulama ve engel algı durumları arasında fark olup olmadığı yer almaktadır.

Tablo 4.10. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrasında PAH Tanısını Bilme Durumları (n=30)

Hastalık Tanısını	Eğitim Öncesi Sayı (%)	Eğitim Sonrası Sayı (%)
Biliyor	10 (33.3)	23 (76.7)
Bilmiyor	20 (66.7)	7 (23.3)
Toplam	30 (100.0)	30 (100.0)

Tablo 4.10'da PAH olanların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında PAH tanısını bilme durumlarına bakıldığında; eğitim öncesi %66.7'sinin (n:20) hastalık tanısını bilmediği, %33.3'ünün (n:10) hastalık tanısını bildiği, eğitim sonrası %23.3'ünün (n:7) hastalık tanısını bilmediği, %76.7'sinin (n:23) hastalık tanısını bildiği görülmektedir.

Tablo 4.11. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrasında PAH Ciddiyetini Algılama Durumları (n=30)

Ciddiyetini Algılamaları	Eğitim Öncesi Sayı (%)	Eğitim Sonrası Sayı (%)
PAH Olma Nedeni		
Bilmiyorum	5 (16.7)	4 (13.3)
Stres ve üzüntü	2 (6.8)	12 (40.0)
Kalıtım	1 (3.3)	3 (10.0)
Dengesiz beslenme	4 (13.3)	4 (13.3)
Allahtan	10 (33.3)	2 (6.7)
Kronik hastalıklar	4 (13.3)	3 (10.0)
Hareketsiz yaşam	4 (13.3)	2 (6.7)
PAH İlerleme Nedenleri		
Sigara içme	7 (16.2)	10 (37.2)
Kilo alma	6 (13.8)	5 (5.0)
Fazla yemek yeme	9 (46.6)	6 (10.8)
Fazla hamur işi tüketme	8 (23.4)	11 (47.0)
Düşünceler		
İyileşmeyecek	18 (60.0)	17 (56.7)
Fikrim yok	12 (40.0)	13 (43.3)
Yakın Çevresinde PAH Olan		
Var	7 (23.3)	7 (23.3)
Yok	23 (76.7)	23 (76.7)
*PAH Olan Kişiler		
Ailede var	7 (23.3)	7 (23.3)
Arkadaşlarında var	0 (0.0)	0 (0.0)

(Devam ediyor...)

Sağlık Durumunu Algılama Biçimi		
Çok Kötü	0 (0.0)	0 (0.0)
Kötü	12 (40.3)	1 (3.3)
Orta	13 (43.3)	13 (43.3)
İyi	4 (13.1)	16 (53.4)
Çok İyi	1 (3.3)	0 (0.0)
İlaç Dışı Uygulamalar		
Evet	4 (23.3)	1 (3.3)
Hayır	26 (76.7)	29 (96.7)
Yaşam Biçiminde Olumsuz Değişiklik		
Evet	27 (90.0)	30 (100.0)
Hayır	3 (10.0)	0 (0.0)
**Yaşam Biçiminde Olumsuz Değişiklik		
Uyku	19 (23.4)	23 (23.4)
Stres	11 (13.5)	17 (17.3)
Beslenme	17 (20.9)	18 (18.3)
Egzersiz	16 (19.7)	20 (20.4)
İlaç kullanma	18 (22.2)	20 (20.4)
PAH Dışı Rahatsızlık		
Var	4 (20.0)	5 (16.7)
Yok	26 (80.0)	25 (83.3)
Maddi Destek Gereksinimi		
Var	8 (26.7)	8 (26.7)
Yok	22 (73.3)	22 (73.3)
Manevi Destek Gereksinimi		
Var	20 (66.7)	19 (63.3)
Yok	10 (33.3)	11 (36.7)
Manevi Destek Alma		
Var	5 (16.7)	7 (23.3)
Yok	25 (83.3)	23 (76.7)

Hastalıkla Yaşamada Zorlanma		
Evet	13 (43.3)	14 (46.7)
Hayır	17 (56.7)	16 (53.3)
Hastaneye Ulaşım Güçlüğü		
Evet	27 (90.0)	27 (90.0)
Hayır	3 (10.0)	3 (10.0)

(Devam ediyor...)

* Periferik Arteriyel Hastalığı olanların yakın çevrelerinde PAH olan bireylerin sayısının az olduğunu bildirdiklerinden dolayı toplam sayı az çıkmıştır.

**Periferik arteriyel hastalığı olanların yaşam biçimleri ile ilgili birden fazla değişiklik yaşadıklarını bildirdikleri için toplam sayı fazla çıkmıştır.

Periferik Arter Hastalığı olanların eğitim öncesi ve eğitim sonrasında PAH ciddiyetini algılama durumları Tablo 4.11’de incelenmiştir. Buna göre PAH olma nedenlerini eğitim öncesi %33.3’ünün (n:10) Allah’tan geldiğini, %16.7’sinin (n:5) bilmediğini, %13.3’nün (n:4) aynı yüzdelerle hareketsiz yaşam, kronik hastalık ve dengesiz beslenmeden kaynaklandığını, eğitim sonrası %40.0’ının (n:12) stres ve üzüntüden, aynı yüzdelerle %13.3’nün (n:4) bilmediği ve dengesiz beslenmeden kaynaklandığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Periferik Arteriyel Hastalığı’nın ilerleme nedenlerinin eğitim öncesi %34.7’sinin (n:25) fazla yemek yediğinden, %33.3’ünün (n:24) kilo aldığından, %18.0’ının (n:13) sigara içmesinden, %13.8’inin (n:10) fazla hamur işi tüketmesinden kaynaklandığını, eğitim sonrası %35.2’si (n:24) kilo aldığından, %30.6’sının (n:19) fazla yemek yediğinden, %22.0’ının (n:15) fazla hamur işi tükettiğinden, %14.7’sinin (n:10) sigara içmekten kaynaklandığını ifade ettikleri görülmektedir.

Bireylerin PAH’na yönelik düşünceleri incelendiğinde eğitim öncesi %60.0’ının (n:18) hastalığının iyileşmeyeceğini, %40.0’ının (n:12) fikri olmadığını ifade ettiği, eğitim sonrası %56.7’sinin (n:17) hastalığının iyileşmeyeceği, %43.3’ünün (n:13) fikri olmadığını ifade ettiği saptanmıştır. Eğitim öncesi ve

sonrasında %76.7'sinin (n:23) etrafında PAH olan bireylerin olmadığı, etrafında PAH olan kişilerin %23.3'ünün (n:7) ailede olduğu belirlenmiştir. Sağlık durumunu algılama biçimlerine bakıldığında eğitim öncesi sağlıklarını %43.3'ünün orta (n:13), %33.3'ünün kötü (n:10), %20.0'nın iyi (n:4) düzeyde algıladığı, eğitim sonrası %53.3'ünün (n:16) iyi, %43.3'ünün (n:13) orta düzeyde algıladığı görülmektedir.

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların ilaç dışı uygulamaları incelendiğinde eğitim öncesi %76.7'sinin (n:23) ilaç dışı uygulama uygulamadığı, %23.3'ünün (n:4) ilaç dışı uygulama uyguladığı, eğitim sonrası %96.7'sinin (n:29) ilaç dışı uygulama uygulamadığı belirlenmiştir.

Eğitim öncesi %90.0'nın (n:27) PAH nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik yaşadığı, eğitim sonrası bu oranın %100.0 (n:30) olduğu saptanmıştır. Periferik Arteriyel Hastalık nedeniyle bireylerin yaşam biçimindeki değişiklik durumuna bakıldığında; eğitim öncesi %23.4'ünün (n:19) uykuda, %22.2'sinin ilaç kullanmada, %20.9'unun (n:17) beslenmede, %19.7'sinin (n:16) egzersizde, %13.5'inin (n:11) strese değişiklik yaşadığı; eğitim sonrası %23.4'ünün (n:23) uykuda, aynı yüzdelerde %20.4'ünün (n:20) egzersiz ve ilaç kullanmada, %18.3'ünün (n:18) beslenmede, %17.3'ünün (n:17) strese değişiklik yaşadığı görülmektedir.

Eğitim öncesi %80.0'nın (n:24) PAH dışında rahatsızlık yaşamadığı, %20.0'nın (n:4) PAH dışında rahatsızlık yaşadığı, eğitim sonrası %83.3'ünün (n:25) PAH dışında rahatsızlık yaşamadığı saptanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrasında %73.3'ünün (n:22) aynı yüzdelerle PAH'na ilişkin maddi gereksinimlere ihtiyaç duymadığı, eğitim öncesi %66.7'sinin (n:20) PAH'na ilişkin manevi desteğe gereksinim duyarken %33.3'ünün (n:10) PAH'na ilişkin manevi desteğe gereksinim duymadığı, eğitim sonrası %63.3'ünün (n:19) PAH'na ilişkin manevi desteğe gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Eğitim öncesi %90.0'nın (n:27) PAH'na ilişkin maddi destek alırken, eğitim sonrası %86.7'sinin (n:29) PAH'na ilişkin maddi destek aldığı görülmektedir. Eğitim öncesi %83.3'ünün (n:25) PAH'na ilişkin manevi destek almadığı, %16.7'sinin (n:5) PAH'na ilişkin manevi destek aldığı, eğitim sonrası %76.7'sinin (n:23) PAH'na ilişkin manevi destek almadığı, %23.3'ünün (n:7) PAH'na ilişkin manevi destek aldığı belirlenmiştir.

Eğitim öncesi %43.3'ünün (n:13) hastalığıyla ilgili zorluk yaşadığı %56.7'sinin (n:17) hastalığıyla ilgili zorluk yaşamadığı, eğitim sonrası %46.7'sinin (n:14) hastalığıyla ilgili zorluk yaşadığı %53.3'ünün (n:16) hastalığıyla ilgili zorluk yaşamadığı belirlenmiştir. Eğitim öncesi ve sonrası %90.0'nın (n:27) hastaneye ulaşmada güçlük yaşadığı görülmektedir.

Tablo 4.12. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrası PAH'nın Ciddiyetine İlişkin Bazı İfadelere Katılma Durumlarının Dağılımı (n=30)

	Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası
	Sayı (%)	Sayı (%)
*PAH ciddi (tehlikeli) bir hastalıktır	29 (86.7)	30 (100.0)
*PAH olmak beni korkutuyor	8 (26.7)	9 (30.0)
*PAH günlük işlerimi yapmamı engelliyor	26 (86.7)	28 (93.3)
*PAH ölümcül bir hastalıktır	28 (93.3)	5 (16.7)

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların eğitim öncesi ve sonrası PAH'nın ciddiyetine ilişkin bazı ifadeler katılma durumlarının dağılımına bakıldığında PAH olanların eğitim öncesi %86.7'sinin (n:29) eğitim sonrası %100.0'nın (n:30) PAH'nı "ciddi" bir hastalık olarak algıladıkları görülmektedir. Eğitim öncesi %26.7'sinin (n:8) PAH olmaktan korktuğu eğitim sonrası bu oranın %30.0 (n:9) olduğu saptanmıştır. Eğitim öncesi %86.7'sinin (n:26) PAH nedeniyle günlük işlerini yapmakta zorlandığı, eğitim sonrası bu oranın %93.3'e (n:28) yükseldiği belirlenmiştir. Eğitim öncesi %93.3'ünün PAH'nı (n:28) ölümcül bir hastalık olarak algıladığı, eğitim sonrası bu oranın %16.7'e (n:5) düştüğü görülmektedir.

Tablo 4.13. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrası PAH'nın Ciddiyetini Algılama/Önerileri Yararlı Bulma/Önerileri Uygulama Düzeyi Puan Ortalaması* (n=30)

Ciddiyetini Algılama/Önerileri Yararlı Bulma/Önerileri Uygulama (n:30)	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası	
	X± SD	Range	X± SD	Range
Ciddiyetini Algılama	6±1.1	6-7	7±0.8	7-7
Önerileri Yararlı Bulma	5±1.5	4-5	6±1.0	6-6
Önerileri Uygulama	4±1.3	3-4	6±0.9	6-6

*t testi

Periferik Arteryal Hastalığı olanlarının PAH'nın ciddiyetini algılama düzeyi 10 santimlik cetvel kullanılarak belirlenmiştir. Bu cetvelde '1' PAH "ciddi olmadığı", '5' "orta düzeyde ciddi" olduğu, '10' ise PAH "ciddi olarak" algıladığını göstermektedir. Periferik Arteryal Hastalığı olanların hastalıklarını eğitim öncesi (X: 6±1.1) "orta derece ciddi" bulurken eğitim sonrası (X: 7±0.8) "ciddi" olarak algıladıkları; önerileri eğitim öncesi (X: 5±1.5) ve eğitim sonrası (X: 6±1.0) "orta derecede ciddi" olarak tanımladıkları; önerileri eğitim öncesi (X: 4±1.3) ve eğitim sonrası (X: 6±0.90) "orta düzeyde" uyguladıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.14. PAH Olanların Eğitim Öncesi ve Sonrasında Sigara Bırakma Durumları (n=30)

Sigara Bırakılmalı	Eğitim Öncesi Sayı (%)	Eğitim Sonrası Sayı (%)
Evet	21 (70.0)	28 (93.3)
Hayır	9 (30.0)	2 (6.7)
Toplam	30 (100.0)	30 (100.0)

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların eğitim öncesi %70.0'ının (n:21) sigara bırakılmalı, %30.0'ının (n:9) sigara bırakılmamalı şeklinde ifadede bulunduğu, eğitim sonrası %93.3'ünün (n:28) sigara bırakılmalı şeklinde ifadede bulunduğu görülmektedir.

Sağlık İnanç Modeline göre PAH'na ilişkin eğitim öncesi ile eğitim sonrası PAH'nın ciddiyetini algılamaları, önerileri yararlı bulmaları, önerileri uygulamaları ve engel algı durumlarını özetleyecek olursak; PAH olanların %66.7'sinin (n:20) eğitim öncesi PAH'nın tanımını bilmediği eğitim sonrası tanım bilmeyenlerin sayısının %23.3'e (n:7) düştüğü, PAH olma nedenlerini eğitim öncesi %33.3'nün (n:10) Allah'tan geldiğini, %16.7'sinin (n:5) bilmediğini, %13.3'lük (n:4) aynı yüzdelerle hareketsiz yaşam kronik hastalık ve dengesiz beslenme olarak ifade ettiği, eğitim sonrası PAH olma nedenlerini %40.0'ının (n:12) stres ve üzüntü %13.3'lük (n:4) aynı yüzdelerle bilmediği ve dengesiz beslenme şeklinde ifade ettikleri, eğitim öncesi PAH ilerleme nedenlerini %34.7'sinin (n:25) fazla yemek yediğinden %33.3'ünün (n:24) kilo almaktan eğitim sonrası %35.2'sinin (n:24) kilo almaktan %30.6'sının (n:19) fazla yemek yemekten kaynaklandığını ifade ettiği belirlenmiştir. Periferik Arteriyel Hastalığı hakkındaki düşünceleri incelendiğinde eğitim öncesi %60.0'ının (n:18) PAH'nın iyileşmeyeceğini %40.0'ının (n:12) fikri olmadığını, eğitim sonrası %56.7'sinin (n:17) PAH'nın iyileşmeyeceğini %43.3'ünün (n:13) fikri olmadığını ifade ettikleri saptanmıştır. Eğitim öncesi ve sonrasında %76.7'sinin (n:23) etrafında PAH olan kişilerin olmadığı, eğitim öncesi ve sonrasında etrafında

PAH olan kişilerin %23.3'ünün (n:7) ailede olduğu, sağlık durumunu algılama biçimlerinde eğitim öncesi %43.3'ünün (n:13) orta, %20.0'nin (n:4) iyi, eğitim sonrası %53.3'ünün (n:16) iyi, %43.3'ünün (n:13) orta derecede olduğu, eğitim sonrası %96.7'sinin (n:29) ilaç dışı uygulama uygulamadığı, eğitim öncesi %90.0'nin (n:27) PAH nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik yaşadığı, eğitim sonrası bu oranın %100.0'a (n:30) yükseldiği, PAH nedeniyle eğitim öncesi %23.4'ünün (n:19) uykuda, %22.2'sinin ilaç kullanmada, %20.9'unun (n:17) beslenmede, eğitim sonrası %23.4'ünün (n:23) uykuda aynı yüzdelerde %20.4'ünün (n:20) egzersiz ve ilaç kullanmada değişiklik yaşadığı, eğitim öncesi PAH dışında %80.0'nin (n:24) başka bir rahatsızlık yaşamadığı, eğitim sonrası bu oranın %83.3 (n:25) olduğu, eğitim öncesi ve sonrasında aynı yüzdelerle %73.3'ünün (n:22) PAH'na ilişkin maddi gereksinimlere ihtiyaç duymadığı, eğitim öncesi %66.7'sinin (n:20) eğitim sonrası %63.3'ünün (n:19) PAH'na ilişkin manevi desteğe gereksinim duyduğu, eğitim öncesi %90.0'nin (n:27) PAH'na ilişkin maddi destek almadığı, eğitim sonrası %86.7'nin (n:29) PAH'na ilişkin maddi destek almadığı, eğitim öncesi %83.3'ünün (n:25) PAH'na ilişkin manevi destek almadığı eğitim sonrası bu oranın %76.7'e (n:23) düştüğü, eğitim öncesi %43.3'ünün (n:13) PAH'yla ilgili zorluk yaşarken %56.7'sinin (n:17) zorluk yaşamadığı, eğitim sonrası %46.7'sinin (n:14) hastalığı nedeniyle zorluk yaşadığı, %53.3'ünün (n:16) hastalığı nedeniyle zorluk yaşamadığı, eğitim öncesi ve sonrası aynı yüzdelerle %90.0'nin (n:27) hastaneye ulaşmada güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Periferik Arter Hastalığı olanların eğitim öncesi ve eğitim sonrası PAH'nı "ciddi" bir hastalık olarak algıladıkları, eğitim öncesi %26.7'sinin (n:8) PAH olmaktan korktuğu, eğitim sonrası bu oranın %30.0 (n:9) olduğu, eğitim öncesi %86.7'sinin (n:26) PAH nedeniyle günlük işlerini yapmakta zorlandığı, eğitim sonrası bu oranın %93.3'e (n:28) yükseldiği, eğitim öncesi %93.3'ünün PAH'nı (n:28) ölümcül bir hastalık olarak algıladığı, eğitim sonrası bu oranın %16.7'e (n:5) düştüğü belirlenmiştir. Periferik Arteriyel Hastalığı olanların hastalıklarını eğitim öncesi ($X: 6 \pm 1.1$) "orta derece ciddi" bulurken eğitim sonrası ($X: 7 \pm 0.8$) "ciddi" olarak algıladıkları; önerileri eğitim öncesi ($X: 5 \pm 1.5$) ve eğitim sonrası ($X: 6 \pm 1.0$) orta derecede ciddi olarak tanımladıkları; önerileri eğitim öncesi ($X: 4 \pm 1.3$) ve eğitim sonrası ($X: 6 \pm 0.9$) "orta düzeyde" uyguladıkları belirlenmiştir.

4.3. Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Sağlık Eğitiminin Eğitim Öncesi ve Sonrası PAH Olan Bireylerin Bilgi ve Uygulamalarındaki Ciddiyeti Algılama, Önerileri Yararlı Bulma ve Önerileri Uygulama Durumlarına Etkisi (n:30)

Bu alt bölümde; SİM’ne göre verilen sağlık eğitiminin eğitim öncesi ve eğitim sonrası PAH olan bireylerin bilgi ve uygulamalarındaki ciddiye algılama, önerileri yararlı bulma ve önerileri uygulama durumları incelenmiştir.

Tablo 4.15. PAH Olan Bireylerin Eğitim Öncesi ve Sonrası PAH’na Yönelik Bilgi ve Uygulamalarındaki Ciddiyeti Algılama Durumları* (n=30)

Eğitim Öncesi Ciddiyeti Algılama			Eğitim Sonrası Ciddiyeti Algılama		
Sayı	p	U	Sayı	p	U
Hipertansiyon Kontrolünde Yapılması Gerekenler					
Biliyor	3	0.85	9	0.00**	42.00
Bilmiyor	27		21		
Uyguluyor	2	0.35	19	0.44	88.50
Uygulamıyor	28		11		
Kan Basıncının Ölçülme Sıklığı					
Biliyor	3	0.02**	16	0.41	94.00
Bilmiyor	27		14		
Uyguluyor	19	0.73	19	0.44	88.50
Uygulamıyor	11		11		
Diyabetes Mellitus Kontrolünde Yapılması Gerekenler					
Biliyor	3	0.12	17	0.12	91.00
Bilmiyor	27		13		
Uyguluyor	3	0.12	17	0.87	107.00
Uygulamıyor	27		13		

(Devam ediyor...)

Eğitim Öncesi Ciddiyeti Algılama			Eğitim Sonrası Ciddiyeti Algılama		
Sayı	p	U	Sayı	p	U
Kan Şekerinin Ölçülme Sıklığı					
Biliyor	11	0.11	70.00	0.81	103.00
Bilmiyor	19		12		
Uyguluyor	9	0.04**	53.50	0.33	80.00
Uygulamıyor	21		10		
Beklendik Kolesterol Düzeyinde Yapılması Gerekenler					
Biliyor	2	0.35	17.50	0.83	108.00
Bilmiyor	28		15		
Uyguluyor	3	0.91	39.00	0.81	103.00
Uygulamıyor	27		12		
Diyette Yapılması Gerekenler					
Biliyor	6	0.89	69.50	0.17	48.00
Bilmiyor	24		6		
Uyguluyor	3	0.10	18.50	0.85	77.00
Uygulamıyor	27		7		
Ayak Bakımında Yapılması Gerekenler					
Biliyor	3	0.50	31.50	0.24	85.00
Bilmiyor	27		13		
Uyguluyor	7	0.85	77.00	0.12	68.50
Uygulamıyor	23		20		
Ayak Sorunlarında Yapılması Gerekenler					
Biliyor	5	0.35	47.00	0.49	97.50
Bilmiyor	25		15		
Uyguluyor	11	0.96	103.50	0.62	54.50
Uygulamıyor	19		5		

(Devam ediyor...)

Eğitim Öncesi Ciddiyeti Algılama			Eğitim Sonrası Ciddiyeti Algılama		
Sayı	p	U	Sayı	p	U
Tedavide Yapılması Gerekenler					
Biliyor	2	0.89	18	0.07	88.50
Bilmiyor	28		12		
Uyguluyor	21	0.50	24	0.56	38.50
Uygulamıyor	9		6		

*Mann Whitney U Testi

**p<0.05

Periferik Arteryal Hastalığı olan bireylerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası PAH'na yönelik bilgi ve uygulamalarındaki ciddiyeti algılama durumlarının dağılımına bakıldığında; PAH olanların eğitim öncesi hipertansiyon kontrolünde bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılaması ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gibi eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilmesi ve uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılayan birey sayısında artış saptanmıştır (p=0.00, p<0.05). Ancak bireylerin eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılama durumunda birey sayısında artış görülmesine rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p=0.44, p>0.05).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası kan basıncını ölçtürme sıklığında bilmesi ve uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılayan birey sayısında artış görülmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p=0.41, p=0.49; p>0.05).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası diyabetes mellitus kontrolünde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan birey sayısında artış belirlenmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası

arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.37$, $p=0.87$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi kan şekerini ölçtürme sıklığında bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılamasıyla eğitim sonrası ciddiyetini algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak algılayan birey sayısında artış olduğu, eğitim öncesi kan şekerini ölçtürme sıklığında uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılamasıyla eğitim sonrası ciddiyetini algılaması arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen algılayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p=0.81$, $p=0.33$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası beklendik kolesterol düzeyinde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan birey sayısında artış görülmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.83$, $p=0.81$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası diyetle bilinmesi ve uygulanması gerekenleri ciddi algılayan birey sayısında artış belirlenmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.17$, $p=0.85$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ayak bakımında bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılamasıyla eğitim sonrası ciddiyetini algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak algılayan birey sayısında artış olduğu, ayak bakımında uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılamasıyla eğitim sonrası ciddiyetini algılaması arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen algılayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p=0.12$, $p=0.24$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası ayak sorunlarında bilinmesi ve uygulanması gerekenleri ciddi algılayan birey sayısında artış saptanmasına rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.49$, $p=0.62$; $p>0.05$).

Periferik Arteriyel Hastalığı olanların eğitim sonrası tedavide bilinmesi gerekenlerin ciddiyetini algılayan birey sayısında eğitim öncesine göre artış göstermesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın ($p=0.07$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gibi eğitim öncesi ile eğitim sonrası tedavide uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan birey sayısında artış görülmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.56$, $p>0.05$).

Tablo 4.16. PAH Olan Bireylerin PAH'na Yönelik Bilgi ve Uygulamaları İçin Önerilenleri Yararlı Bulma Durumları* (n=30)

Eğitim Öncesi Önerileri Yararlı Bulma			Eğitim Sonrası Önerileri Yararlı Bulma			
Sayı	p	U	Sayı	p	U	
Hipertansiyon Kontrolünde Yapılması Gerekenler						
Biliyor	3	0.71	35.50	9	0.17	67.00
Bilmiyor	27			21		
Uyguluyor	2	0.60	22.00	19	0.52	91.00
Uygulamıyor	28			11		
Kan Basıncının Ölçülme Sıklığı						
Biliyor	3	0.49	31.00	16	0.96	111.00
Bilmiyor	27			14		
Uyguluyor	17	1.00	104.50	19	0.21	78.00
Uygulamıyor	13			11		
Diyabetes Mellitus Kontrolünde Yapılması Gerekenler						
Biliyor	3	0.04**	13.00	17	0.34	90.00
Bilmiyor	27			13		
Uyguluyor	3	0.04**	13.00	17	0.98	110.00
Uygulamıyor	27			13		

(Devam ediyor...)

Eğitim Öncesi Önerileri Yararlı Bulma			Eğitim Sonrası Önerileri Yararlı Bulma		
Sayı	p	U	Sayı	p	U
Kan Şekerinin Ölçülme Sıklığı					
Biliyor 11	0.02**	54.00	18	0.74	101.00
Bilmiyor 19			12		
Uyguluyor 9	0.46	79.00	20	0.53	87.00
Uygulamıyor 21			10		
Beklendik Kolesterol Düzeyinde Yapılması Gerekenler					
Biliyor 2	0.36	17.50	15	0.60	101.00
Bilmiyor 28			15		
Uyguluyor 3	0.91	39.00	18	0.03**	62.00
Uygulamıyor 27			12		
Diyette Yapılması Gerekenler					
Biliyor 6	0.62	63.00	24	0.25	52.00
Bilmiyor 24			6		
Uyguluyor 3	0.27	25.50	23	0.06	46.00
Uygulamıyor 27			7		
Ayak Bakımında Yapılması Gerekenler					
Biliyor 3	0.77	36.50	17	0.32	89.00
Bilmiyor 27			13		
Uyguluyor 7	0.23	57.50	10	0.19	73.00
Uygulamıyor 23			20		
Ayak Sorunlarında Yapılması Gerekenler					
Biliyor 5	0.26	43.50	15	0.21	85.00
Bilmiyor 25			15		
Uyguluyor 11	0.55	91.50	25	0.41	49.00
Uygulamıyor 19			5		

(Devam ediyor...)

Eğitim Öncesi Önerileri Yararlı Bulma			Eğitim Sonrası Önerileri Yararlı Bulma		
Sayı	p	U	Sayı	p	U
Tedavide Yapılması Gerekenler					
Biliyor	2	0.79	18	0.71	100.00
Bilmiyor	28		12		
Uyguluyor	21	0.49	24	0.23	51.00
Uygulamıyor	9		6		

*Mann Whitney U Testi

**p<0.05

Periferik Arteryal Hastalığı olan bireylerin PAH'na yönelik bilgi ve uygulamalarında önerilenleri yararlı bulma durumlarının dağılımları Tablo 4.16'da yer almaktadır. Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerle ilgili önerilenleri yararlı bulan birey sayısında artış gözlenmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.17$, $p=0.52$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi kan basıncını ölçtürme sıklığında bilmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulmasıyla eğitim sonrası önerileri yararlı bulması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak önerileri yararlı bulan birey sayısında artış olduğu, eğitim öncesi ile eğitim sonrası kan basıncını ölçtürme sıklığında uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulan birey sayısında artış saptanmasına rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.96$, $p=0.21$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası diyabetes mellitus kontrolünde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerle ilgili önerilenleri yararlı bulan birey sayısında artış olmasına rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.34$, $p=0.98$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi kan şekerini ölçtürme sıklığında bilmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı algılamasıyla eğitim sonrası önerileri yararlı algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak algılayan birey sayısında artış olduğu, eğitim öncesi kan şekerini ölçtürme sıklığında uygulaması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulma algısıyla eğitim sonrası önerileri yararlı bulma algısı arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen algılayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p=0.74$, $p=0.53$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası beklendik kolesterol düzeyinde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulan birey sayısında artış görülmesiyle birlikte eğitim öncesi ile eğitim sonrası beklendik kolesterol düzeyinde bilinmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı eğitim öncesi ile eğitim sonrası beklendik kolesterol düzeyinde uygulaması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.60$, $p=0.33$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası diyetle bilinmesi ve uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulan birey sayısında artış belirlenmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.25$, $p=0.06$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ayak bakımında bilmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı olarak algılamasıyla eğitim sonrası önerileri yararlı olarak algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak algılayan birey sayısında artış olduğu, ayak bakımında uygulaması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulmasıyla eğitim sonrası önerileri yararlı bulması arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen algılayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p=0.32$, $p=0.19$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası ayak sorunlarında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulan birey sayısında artış saptanmasına rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki

farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.21$, $p=0.41$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim sonrası tedavide bilinmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulan birey sayısında eğitim öncesine göre artış göstermesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın ($p=0.71$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gibi eğitim öncesi ile eğitim sonrası tedavide uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulan birey sayısında artış görülmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.23$, $p>0.05$).

Tablo 4.17. PAH Olan Bireylerin PAH'na Yönelik Uygulamaları İçin Önerilenleri Uygulama Durumları* (n=30)

Eğitim Öncesi Önerileri Uygulama			Eğitim Sonrası Önerileri Uygulama		
Sayı	p	U	Sayı	p	U
Hipertansiyon Kontrolünde Yapılması Gerekenler					
Uyguluyor	2	0.31	19	0.94	103.00
Uygulamıyor	28		11		
Kan Basıncının Ölçülme Sıklığı					
Uyguluyor	19	0.49	19	0.32	84.00
Uygulamıyor	11		11		
Diyabetes Mellitus Kontrolünde Yapılması Gerekenler					
Uyguluyor	3	0.01**	17	0.19	82.50
Uygulamıyor	27		13		
Kan Şekerinin Ölçülme Sıklığı					
Uyguluyor	9	0.71	20	0.20	74.00
Uygulamıyor	21		10		

(Devam ediyor...)

Eğitim Öncesi Önerileri Uygulama			Eğitim Sonrası Önerileri Uygulama		
Sayı	p	U	Sayı	p	U
Beklendik Kolesterol Düzeyinde Yapılması Gerekenler					
Uyguluyor	3	0.91	18	0.11	74.00
Uygulamıyor	27		12		
Diyette Yapılması Gerekenler					
Uyguluyor	3	0.55	23	0.27	60.50
Uygulamıyor	27		7		
Ayak Bakımında Yapılması Gerekenler					
Uyguluyor	7	0.23	10	0.24	76.00
Uygulamıyor	23		20		
Ayak Sorunlarında Yapılması Gerekenler					
Uyguluyor	11	0.03**	25	0.02**	26.50
Uygulamıyor	19		5		
Tedavide Yapılması Gerekenler					
Uyguluyor	21	0.56	24	0.10	44.00
Uygulamıyor	9		6		

*Mann Whitney U Testi

**p<0.05

Periferik Arteryal Hastalığı olan bireylerin PAH'na yönelik uygulamalarında önerilenleri uygulama durumlarının dağılımı için Tablo 4.17'e bakıldığında; Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde uygulanması gerekenlerle ilgili önerilenleri uygulayan birey sayısında artış gözlenmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p=0.21, p=0.94; p>0.05).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi kan basıncını ölçtürme sıklığında uygulaması gerekenlerle ilgili önerileri uygulamasıyla eğitim sonrası

önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu belirlenmiştir ($p=0.32$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası diyabetes mellitus kontrolünde uygulanması gerekenlerle ilgili önerilenleri uygulayan birey sayısında artış olmasına rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.19$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi kan şekerini ölçtürme sıklığında uygulaması gerekenlerle ilgili önerileri uygulamasıyla eğitim sonrası önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen uygulayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p=0.74$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası beklendik kolesterol düzeyinde uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri uygulayan birey sayısında artış görülmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.64$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası diyetle uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri uygulayan birey sayısında artış belirlenmesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.26$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların ayak bakımında uygulaması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulmasıyla eğitim sonrası önerileri yararlı bulması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen algılayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p=0.24$; $p>0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası ayak sorunlarında uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri uygulayan birey sayısında artışla beraber eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0.02$; $p<0.05$).

Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim sonrası tedavide uygulanması gerekenlerle ilgili önerileri uygulayan birey sayısında eğitim öncesine göre artış göstermesine rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.10$, $p>0.05$).

Sağlık inanç modeline göre verilen sağlık eğitiminin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bireylerin bilgi ve uygulamalarındaki ciddiyeti algılama, önerileri yararlı bulma, önerileri uygulama durumlarının özeti yer almaktadır. Periferik Arter Hastalığı olanların eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilinmesi gerekenlerin ciddiyetini algılan birey sayısında eğitim öncesine göre artış olduğu gibi eğitim öncesi hipertansiyon kontrolünde bilinmesi gerekenlerin ciddiyetini algılanmasıyla eğitim sonrası ciddiyetini algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bireylerin eğitim öncesi hipertansiyon kontrolünde uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılamasıyla eğitim sonrası ciddiyetini algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Periferik Arter Hastalığı olanların hipertansiyon kontrolünde bilmesi ve uygulaması gerekenlerle ilgili eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasında önerilenleri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış görülmesine rağmen eğitim öncesi ve eğitim sonrası önerilenleri yararlı bulma ve önerilenleri uygulama algısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında kan basıncını ölçtürme sıklığında bilmesi ve uygulaması gerekenleri ciddi algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulama algısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak ciddi algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış görülmektedir. Diyabetes Mellitus kontrolünde bilinmesi ve uygulanması gerekenleri eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu belirlenmiştir. Periferik Arteryal Hastalığı olanların kan şekerini ölçtürme sıklığında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin eğitim öncesi ve sonrasında ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış gözlenmesine rağmen eğitim öncesi ve eğitim sonrasında kan şekerini ölçtürme sıklığında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılaması,

önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Beklendik kolesterol düzeyinde bilinmesi ve uygulanması gerekenleri eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak eğitim öncesi ve eğitim sonrasında beklendik kolesterol düzeyinde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış saptanmıştır. Diyetle bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış belirlenmesine rağmen beklendik kolesterol düzeyinde bilinmesi ve uygulanması gerekenleri eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Eğitim öncesi ile eğitim sonrasında ayak bakımında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ayak bakımında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır. Ayak sorunlarında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin eğitim öncesi ve eğitim sonrasında ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış belirlenmesine rağmen bilinmesi ve uygulanması gerekenleri eğitim öncesi ve sonrasında ciddi algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulama algısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Eğitim öncesi ile eğitim sonrasında tedavide bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak eğitim öncesi ve eğitim sonrasında tedavide bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bir hastalığın önemi, konuya kişisel veya toplumsal açılarından yaklaşıldığında farklı olabilmektedir. Kişisel yönden önem, daha çok hastalığın kişiye verdiği acı, sıkıntı ve kişinin yaşamında yol açtığı kısıtlama ile ilgilidir. Bir hastalık kişiye ne kadar ağrı ve ızdırap veriyorsa ve hayatını tehdit ediyorsa, kişi açısından o derecede önemli bir sağlık sorunudur. Sağlık inançlarının açıklanmasında kullanılan davranış modellerinden biri olan SİM, sağlığı geliştirici davranışların çözümlenmesinde açıklayıcı olabilmektedir.

Sağlık İnanç Model'i yardımıyla davranışsal değişimler açıklanabilmekte ve bireylerin sağlıklı karar almaları için mesajlar verilmesi sağlanabilmektedir. Hastaların sağlık davranışları ile ilgili tutumları SİM göre tanımlanabilirse, tutumlarda değişiklik oluşturabilmek için hemşirelik girişimleri geliştirilebilir ve istendik sağlık davranışlarının oluşması için eğitimler planlanabilir. Böylece hastalar sağlığı geliştirici, hastalıklardan koruyucu, hastalıkları tedavi ve rehabilite edici davranışlar konusunda desteklenebilir.

Tartışma bölümünde Sakarya ilindeki bir devlet hastanesinin kalp-damar cerrahisi polikliniğine başvuran PAH olan 30 bireye uygulanan soru formu sonucu elde edilen bulgular PAH'na yönelik benzer çalışmaların sınırlı olması nedeniyle kronik hastalıklarla yapılan çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

5.1. PAH Olanların Tanımlayıcı Özellikleri

Periferik Arteriyel Hastalığı'nın %3.0-%18.0 olan görülme sıklığının 75 yaş üzerine çıkılmasıyla birlikte %25.0-%30.0'a çıktığı ve yaşlı bireylerde yüksek olduğu bildirilmektedir (30). Bu araştırmada, PAH olan bireylerin %56.7'sinin (n:17) 55-64 yaş arası olduğu belirlenmiştir. Literatürde yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde elde edilen sonuçlarla paralellik göstermiştir (8,11,61,62).

Hirsch ve ark (2007) yaptığı çalışmada bireylerin yaş ortalamasının 67.2 ± 12.6 , Treat-Jacobson ve ark yaptıkları çalışmada bireylerin yaş ortalamasının

65 yaşı, Tuğrul (2007) yaptığı çalışmada bireylerin yaş ortalamasının 60 ± 9.7 yıl, Serhatlıoğlu'nun (2007) çalışmasında olguların yaş ortalamasının 59.8 ± 13.1 olduğu belirlenmiştir (10,11,62,63). Bu araştırmada da, PAH olan bireylerin yaş ortalaması 59.0 ± 1.0 olarak saptanmış ve diğer çalışma bulgularıyla benzerlik göstermiştir.

Sadıkoglu ve ark (2002) yaptıkları çalışmada PAH'nın erkeklerde (%89.0), kadınlardan (%11.0) daha fazla görüldüğünü belirlemiştir (26). Bu konuda yapılan benzer çalışmalarda benzer şekilde PAH'nın erkeklerde kadınlardan daha fazla görüldüğü saptanmıştır (8,9,10,26,34,41). Hirsch ve ark (2001) yaptığı çalışmada ise bireylerin %54.0'ı kadın bulunmuştur (11). Bu çalışmada, PAH olan bireylerin %50.0'ı (n:15) kadın, %50.0'ı (n:15) ise erkek olarak belirlenmiştir.

Oyan (2006) yaptığı çalışmada bireylerin %91.7'sinin evli, %50.0'ının ilköğretim mezunu, %28.3'ünün memur, %91.7'sinin eşiyle oturduğu, %100'ünün sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir (8). Bu araştırmada da, PAH olan bireylerin %83.3'ünün (n:25) evli, %36.7'sinin (n:11) ortaokul mezunu, %46.7'sinin (n:14) ev hanımı, %100.0'ının (n:30) sosyal güvencesi olduğu, %100.0'ının (n:30) sağlık güvencesinden yararlandığı, %56.7'sinin (n:17) ailesi ile %13.3'ünün (n:4) yalnız yaşadığı saptanmıştır. PAH yetişkin popülasyonunu ilgilendiren bir hastalık olması nedeniyle hastaların çoğunun evli olması beklendik bir bulgu olarak düşünülebilir. Bu bulgular PAH olanların 50 yaş ve üzerindeki hastaların çoğunluğunu oluşturması ile ev hanımı ve emeklilerin olması gibi tanımlayıcı özelliklerle ilişkilendirilebilir. Hastaların %100.0'ının sosyal güvencesi olduğu düşünülürse, %100.0'ında bu sosyal güvenceden sağlık güvencesi olarak yararlanmalarını yansıtan rakamlar birbirleriyle uyumluluk göstermektedir.

Matsuo ve Shigematsu (2008) yaptıkları çalışmada bireylerin %75.4'ünün PAH süresinin 1 yıldan az, %15.3'ünün 1 yıldan fazla olduğunu ifade ettiği sonucuna varılmıştır (64). Bu araştırmada, PAH olan bireylerin PAH süresinin 1-8 yıl arasında dağılım gösterdiği, %70.0'ının (n:21) beş yıl altında olduğu, PAH süresinin ortalama 3.43 ± 0.317 olduğu saptanmıştır.

Oyan'ın (2006) çalışmasında bireylerin %56.7'sinin hastalığa ilişkin yakınmalarının bir yıl önce başladığı saptanmıştır (8). Bu çalışmaya katılan

hastaların %70.0'nın (n:21) hastalık süresinin 5 yıl altında olduğu, %56.7'sinin (n:17) yakınma başlangıcının 4 yıl üzeri olduğu saptanmıştır.

Literatürde hastaların %50.0'nın kronik komplikasyonlar geliştikten sonra hastaneye başvurdıkları bildirilmektedir (36). Kır (2003) diyabetlilerle yaptığı çalışmada araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık yarısının (%50.6) başka bir hastalık için muayeneye gittiklerinde tanı konulduğunu belirlemiştir (21). Bu çalışmada bireylerin yarısından fazlasının %80.0'nın (n:24) başka bir hastalık için muayeneye gittiklerinde tanı konulduğu görülmektedir. Periferik Arteriyel Hastalığı olan bireylerin hastalıklarının yanı sıra başka kronik hastalıklarının olması nedeniyle bireyler PAH nedeniyle gelişmiş olan komplikasyonların oluş nedenlerinin farkına erken dönemde varamamış olabilirler. Komplikasyonlar geliştikten sonra ek hastalıkları nedeniyle kontrole gittiklerinde tanı olunmasıyla ilişkilendirebiliriz.

Oyan (2006) yaptığı çalışmada bireylerin %53.3'ünün cerrahi tedavi aldığı, %25.0'nın iki kere cerrahi girişim geçirdiklerini belirlemiştir (8). Bu çalışmada PAH olan bireylerin %86.7'sinin (n:26) tıbbi tedavi gördüğü, %13.3'ünün (n:4) tıbbi ve cerrahi tedavi gördüğü, %10.0'nın cerrahi girişim geçirdiği, cerrahi girişim sayı ortalamasının 1.7 ± 0.2 olduğu belirlenmiştir.

Oyan (2006) yaptığı çalışmada bireylerin %48.3'ünün yakınmalarında doktora gidip ilaç aldığını belirlemiştir (8). Bu çalışmada bireylerin %43.3'ünün (n:13) yakınmalarda doktora gidip ilaç aldığı yine aynı yüzdede kendi kendine ilaç kullandığı saptanmıştır (8). Periferik Arteriyel Hastalığı olan bireylerin hastalıklarının yanı sıra başka kronik hastalıklarının olması nedeniyle bireyler yakınmalarında ek olan hastalıklarının ilaçlarını kullanarak yakınmaların geçmesini beklemiş olabilirler. Bireylerin PAH'nın yanı sıra ek hastalıkları olması nedeniyle kendi kendine ilaç almalarını ilişkilendirebiliriz. Çalışma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Literatürde ağrı, hareketsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, izole olma, olumsuz duygular, sosyal aktivitelerden vazgeçme/azaltma hissi, umutsuzluk hissi amputasyon korkusu ve anksiyetenin neden olarak bireyin iyilik haline zarar vererek uyku bozukluklarına neden olacağı belirtilmiştir (65,66). Oyan (2006) yaptığı çalışmada bireylerin %69.2'sinin uyku sorunu yaşadığını, %19.50'sinin

uyuyamadığını saptamıştır (8). Bu araştırmada %80.0'nın (n:24) uyku sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Periferik Arteriyel Hastalığı olan bireylerin hastalıkları nedeniyle oluşabilecek komplikasyonların etkisiyle uyku sorunu yaşayabilirler. Aynı zamanda PAH olan bireylerin hastalıkları nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik yapmaları gerektiği gibi stres oluşturabilecek nedenlerden dolayı da uyku sorunu yaşayabilirler. Çalışma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Kır (2003) diyabetlilerle yaptığı çalışmada hastaların %16.9'unun tanı aldığı ilk yıl sağlık kuruluşuna kaç kez muayene/kontrole gittiklerini hatırlamadığını, %36.4'ünün 5'den daha az kontrole gittiğini ifade ettiğini saptamıştır (21). Bu araştırmada; bireylerin %83.3'ünün (n:25) PAH nedeniyle ilk yıl hekime gitme sayısını hatırlamadığı, %20.0'nın (n:6) yatış yaptırmadığı yatış yaptıranlarında %20.0'nın (n:6) kaç kez yatış yaptırdığını hatırlamadığı görülmektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastaların çoğunun tanı aldıkları ilk yıl hekime gitme sayısını hatırlamadığı söylenebilir. Periferik Arteriyel Hastalığı olan bireylerin PAH'nın öneminin farkında olmaması, hastalığının ciddi olduğunun farkında olmaması gibi nedenlerden dolayı ilk yıl hekime gitme sayısını hatırlamıyor olabilir. Hastaneye yatış yaptırmama sonucunu da bireylerin büyük bir kısmının tıbbi tedavi almasıyla ilişkilendirebiliriz.

Hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklarda PAH ile birlikte görülmektedir. Batkın ve Çetinkaya (2005) yaptıkları çalışmada bireylerin %75.2'sinin diyabetes mellitus dışında başka bir kronik hastalığının olduğunu saptamıştır (67). Bu çalışmada hastaların yarıdan fazlasının %80.0'nın (n:24) PAH yanı sıra en az bir kronik hastalığa sahip oldukları saptanmıştır. Bireylerin PAH nedeniyle ek hastalıklarının olduğu ya da ek hastalıkların nedeniyle PAH olduğu durumundan kaynaklanmış olabilir.

Kır'ın (2003) diyabetlilerle yaptığı çalışmada hastaların %75.0'ında diyabete ek olarak kalp damar hastalığı olduğu, Çetin'nin (2004) yaptığı çalışmada hastaların %20.9'unda kalp yetmezliği, %12.9'unun diyabetes mellitus tanısı olduğu, Matsuo ve Shigematsu (2008) yaptıkları çalışmada eşlik eden hastalık olarak %64.0'ında hipertansiyon, %33.7'sinde diyabetes mellitus, %20.3'ünde koroner arter hastalığı

olduğu, Cooper ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada hastaların %43.0'ında diyabete ek olarak kalp-damar hastalığının olduğu saptanmıştır (21,64,68,69). Bu çalışmada bireylerin %45.2'sinin (n:19) hipertansiyon, %33.3'ünün (n:14) diyabetes mellitus gibi kronik hastalıkları olduğu görülmektedir. Çalışma sonucu yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Periferik Arteriyel Hastalığı nedeniyle bireylerde ek hastalıklar görülebildiği gibi ek hastalıklar nedeniyle PAH görülmüş olabilir. Çalışma sonuçlarını bu durumla ilişkilendirebiliriz.

Oyan'ın (2006) yaptığı çalışmada bireylerin %50.0'ının sigara kullandığı, Ünsal'ın (2008) yaptığı çalışmada bireylerin %30.0'ının sigara içtiği, Çetin'in (2004) yaptığı çalışmada sigara kullanan hastaların oranının %33.1 olduğu, Atak'ın (2006) yaptığı çalışmada hastaların %16.3'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir (8,62,68,70). Bu araştırmada bireylerin %36.7'sinin (n:11) sigara kullandığı, benzer yüzdede %33.3'ünün (n:10) sigarayı bıraktığı, %30.0'ının (n:9) sigara kullanmadığı saptanmıştır. Periferik Arteriyel Hastalığı nedeniyle bireylerin yaşam biçimlerinde değişiklik oluşturmaları, yeni hastalıkların meydana gelmesi gibi stres faktörünü oluşturabilecek durumlardan dolayı olabileceği gibi uzun yıllardır alışkanlıkları olması gibi nedenlerle ilişkilendirebiliriz. Aynı zamanda PAH oluşmasında önemli risk faktörlerinden biri sigara olmasından dolayı bireylerin sigara kullanıyor olmaları beklendik bir sonuçtur. Bu çalışma sonucu literatürle paralellik göstermektedir.

Atak (2006) yaptığı çalışmada hastaların %7.5'inin alkol içtiğini, Çetin (2004) yaptığı çalışmada alkol kullanan hastaların oranının %13.7 olduğunu saptamıştır (68,71). Bu araştırmada %70.0'ının (n:21) alkol kullanmadığı, %6.7'sinin (n:2) alkolü kullandığı, %23.3'ünün (n:7) alkol kullanımını bıraktığı saptanmıştır. Çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Toplumun fizik aktivitesinin artırılması, haftada dört gün yarım saati aşan sürede yürüyüş ve benzeri orta şiddette ve büyük kas gruplarını çalıştıran dinamik egzersiz yapılmasının önerilmesi ile kalp-damar hastalığı gelişme riskini azaltmak mümkündür. Uygun egzersizin, hem kasların oksijeni daha etkin olarak kullanabilmesi için yardımcı olduğu hem de kollateral dolaşımın gelişmesini hızlandırdığı belirtilmiştir. Klinik çalışmalar, düzenli ve devamlı yapılan egzersizin

yürüme ile meydana gelen bacak ağrısı şikâyetini azalttığını ve hastaların bacak ağrısı meydana gelinceye kadar daha uzun süre yürüyebilmelerini sağladığını göstermiştir (43,44) İntermittent klaudikasyon, PAH olan bireylerde hareket kısıtlılığına neden olmasıyla yaşam kalitesini düşürmektedir (28). Oyan (2006) yaptığı çalışmada hastaların %95.0'ında hareket kısıtlılığı olduğunu saptamıştır (8). Bu çalışmada, %96.7'sinin (n:29) PAH'nın hareket kısıtlılığına neden olduğunu bildiği, %3.3'ünün (n:1) PAH'nın hareket kısıtlılığına neden olduğunu bilmediği belirlenmiştir. Periferik Arteryal Hastalığı'nın ağrıya neden olması sebebiyle bireyler hareket kısıtlılığı yaşıyor olabilir. Bireylerin büyük birçoğunun ev hanımı olması, çalışmaması, hareketlerinin kısıtlandığının farkında olmaması gibi durumlarla ilişkilendirebiliriz.

Hastalık belirtisiz olarak seyrettiğinde hastalar sağlık davranışlarını başlatmayı ertelemekte veya hiç başlatmamaktadırlar. Eğer hastada hastalık belirtileri varsa fakat hastalık hakkında bilgisi yoksa tıbbi merkezlerden yardım alma davranışını da göstermediği belirtilmektedir (14). Bu nedenlerle hastaların hastalıklarının belirtini bilip bilmediğinin bilinmesi hastalığa erken tanı konulmasında da yardımcı olmaktadır. PAH belirtileri; yürümeyle meydana gelen, dinlenmeyle geçen bacak ağrısının olması, istirahat sırasında bacaklarda ağrı olması, bacaklarda uyuşukluk olması, baldır kaslarında güçsüzlük olması, bacaklara ve ayaklara soğukluk, üşüme hissi, ayaklarda renk değişikliği (havaya kaldırıldığı zaman soluklaşma ve indirildiğinde koyu kırmızı renk alması), ayak sırtındaki tüylerin dökülmeye başlaması ve ayak tırnaklarının kalınlaşması, ayaklarda, başparmakta ya da bacaklarda iyileşmeyen yaraların olmasıdır (72). Seçkin (2008) yaptığı çalışmada hastaların diyabetes mellitus'un belirtilerini bilme oranlarının genel olarak çok düşük olduğunu bulmuştur (73). Bu çalışmada; hastalık belirtilerini benzer yüzdelere %53.3'ünün (n:16) bilmediği, %46.7'sinin (n:14) bildiği belirlenmiştir. Periferik Arteryal Hastalığı'nın yanı sıra bireylerde bulunan ek hastalıkların belirtileri nedeniyle bireylerin PAH belirtilerinin farkına varmamış olması, belirtileri önemsememiş olmaları, hastalıklarıyla ilgili hiç bilgilerinin olmaması gibi durumlardan kaynaklanmış olabilir. Bireylerin ek hastalıklarının olması ve hastalıklarının tanımını bilmemeleriyle ilişkilendirebiliriz.

Bireylerin hastalık tanılarını bilmesi hastalıkla ilgili inanç ve davranış geliştirebilmeleri için önemli bir faktördür. Eryonucu ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada hastalardan %23.0'nın hipertansiyon hastası olduğunu bilmediği saptanmıştır (74). Bu çalışmada, eğitim öncesi %66.7'sinin (n:20) hastalık tanısını bilmediği, eğitim sonrası %76.7'sinin (n:23) hastalık tanısını bildiği belirlenmiştir. Bireylere hekim/hemşire tarafından hastalık tanısının söylenmemesi, bireyin merak edip sormaması, hastalık tanısı söylenmiş olsa bile anlamamış olabilmesinden kaynaklanmış olabilir. Elde edilen sonuç eğitim düzeyinin düşük olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Periferik Arteriyel Hastalığı'nın atherosklerozun etkisiyle bacaklar dışında kalp, böbrek gibi organları da etkilediği belirtilmektedir. Bu araştırmada bacaklar dışındaki organlara etkisini %73.3'ünün (n:22) bilmediği, %26.7'sinin (n:7) bildiği saptanmıştır. Seçkin (2008) yaptığı çalışmada bireylerin diyabetin etkilediği organları %75.1'inin bildiği sonucuna varmıştır (73). Bu çalışmada etkilediği organları benzer yüzdelerle %10.0'nın (n:3) bildiği, %16.7'sinin (n:5) bilmediği saptanmıştır. Bireylerin hastalıkları hakkında bilgilerinin olmayışından kaynaklanmış olabilir. Bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olması, hastalık belirtilerini ve hastalığın seyrini bilmemeleriyle ilişkilendirebiliriz.

Ülkemizdeki kullanım yaygınlığı nedeniyle sigaranın bırakılması büyük önem taşımaktadır. Sigara içimi kardiyovasküler hastalık riskini iki kata çıkartmakta, içilen sigara sayısı ile risk doğrusal olarak artmakta, hatta pasif olarak içenlerde bile risk artmaktadır. Toplumun sigaranın zararları konusunda bilinçlendirilmesi, eğitilmesi ve bırakılmasının teşvik edilmesi gereklidir (1). PAH'nın ilerlemesi ve gelişmesinde birincil risk faktörü sigaradır. Sigara içenlerde içmeyenlere göre PAH riski üç kat daha fazladır ve PAH bulguları 10 yıl daha önce başlar (26). Risklere neden olan sigaranın bırakılması gerektiğini bireylerin bilmesi ve uygulamada sigarayı bırakmaları gerekmektedir. Çetin (2004) yaptığı çalışmada sigara içmenin tansiyonu düşürücü etkisi olduğunu ifade eden hastaların %68.4'ünün sigara içmediği sonucuna ulaşmıştır olup bu bilgiye sahip olmayan hastaların %64.3'ünün sigara içtiği saptanmıştır (68). Bu çalışmada, eğitim öncesi %70.0'nın (n:21) sigara bırakılmalı, eğitim sonrası %93.3'ünün (n:28) sigara bırakılmalı ifadesinde bulundukları

belirlenmiştir. Bireylerin sigara kullanmalarına rağmen gazete, televizyon, radyo gibi görsel ve işitsel medyadan edindikleri bilgilerle bu şekilde ifadede bulunmuş olabilirler. Bireylerin sigaranın bırakılması gerektiğini ifade edecek bilgiye sahip olmalarına rağmen sigara içme davranışı göstermeleri bireylerin bilgilerinin olduğunu ancak uygulamaya geçirmede sorunlar yaşadıklarını göstermektedir.

Literatürde plazma kolesterol düzeyinin yüksekliği ve vasküler hastalıklar arasındaki ilişki, diğer risk faktörlerinden bağımsız bir şekilde ortaya konmuştur (1). Hiperlipidemisi olan bireylerde PAH'ı görülme oranı %12.0 olarak saptanmıştır. Kolesterolün PAH'na etki ettiği bilindiğinden dolayı PAH olan bireylerin kolesterol takibini de yapmaları gerektiği belirtilmiştir. Bu çalışmada PAH olanların en son ölçtükleri kolesterol düzeyini %76.7'sinin (n:23) hatırlamayıp bilmediği, aynı yüzdelerle %10.0'ının (n:3) kolesterol düzeyinin 200 ve altı ile 201-239 arası olduğu saptanmıştır. Bireylerin belli aralıklarla kan tahlillerini yaptırmıyor olmaları, kolesterol düzeyini önemsememeleri, kolesterol aralığını bilmeme durumundan kaynaklanmış olabilir.

5.2. Sağlık İnanç Modeline Göre PAH'na İlişkin Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası PAH'nın Ciddiyetini Algılamaları, Önerileri Yararlı Bulmaları, Önerileri Uygulamaları ve Engel Algi Durumları

Kır'ın (2003) yaptığı çalışmada bireylerin diyabet olma nedeni olarak %13.4'ü kalıtım, %7.4'ü dengesiz beslenmeden kaynaklandığını ifade ettikleri saptanmıştır (21). Periferik Arteriyel Hastalığı olanların PAH olma nedenlerini eğitim öncesi %33.3'ünün (n:10) Allah'tan geldiğini, %16.7'sinin (n:5) bilmediğini eğitim sonrası %40.0'ının (n:12) stres ve üzüntüden aynı yüzdelerle %13.3'nün (n:4) bilmediği ve dengesiz beslenmeden kaynaklandığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Periferik Arteriyel Hastalığı olan bireylerin hastalık tanısını bilmemesi, PAH olma nedeni hakkında bilgisinin olmayışı, PAH olma nedenini bilmek istememe gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir. Periferik Arteriyel Hastalığı olan bireylerin eğitim düzeyinin düşük olması, hastalık tanısını bilmemesi ile çalışma sonucunu ilişkilendirebiliriz.

Kır (2003) yaptığı çalışmada hastaların çoğunun (%22.3) üzüntü ve stres gibi psikolojik etkenleri, yorgunluk (%15.1), fazla yemek yeme (%13.2) gibi nedenlerle ilerlediğini ifade ettiklerini saptamıştır. Periferik Arteryal Hastalığı'nın ilerleme nedenlerinin eğitim öncesi %34.7'sinin (n:25) fazla yemek yediğinden, %33.3'ünün (n:24) kilo aldığından kaynaklandığını, eğitim sonrası %35.2'si (n:24) kilo aldığından, %30.6'sının (n:19) fazla yemek yediğinden kaynaklandığını ifade ettikleri görülmektedir (21). Periferik Arteryal Hastalığı olan bireylerin PAH'nın nedenlerini bilmediğini belirtmeleri, PAH'nın majör risk faktörlerinden dislipidemi, yaş ve aile öyküsü gibi etkenlerin tanımlanmamış olması hastalık hakkında bilgi açığının olduğunu ortaya koyduğu gibi bireylerin PAH'nın ilerleme nedenini bilmeme, hangi durumların etkisiyle PAH'nın ilerleyeceği hakkında bilgi olmaması, hastalık tanısını bilmemesi gibi durumlardan dolayı bu sonuçlar elde edilmiş olabilir.

Bireyler kendi hayat tecrübelerine dayanarak çıkardığı sonuçlar ya da ailede görülen bir rahatsızlık sebebiyle kendini de o hastalığa duyarlı olduğuna inanırlar. Bazen de kişiler, belli hastalıklara karşı daha da duyarlı olurlar, çünkü bunların yaşamsal riskleri konusunda bilgilenmişlerdir. Kır'ın (2003) yaptığı çalışmada bireylerin %77.9'unun çevresinde tanıdığı en az bir diyabetlinin bulunduğu, geri kalan %22.1'inin ise tanıdığı herhangi bir diyabetlinin olmadığı saptanmıştır (21). Bu çalışmada PAH olan bireylerin eğitim öncesi ve sonrasında %76.7'sinin (n:23) etrafında PAH olan bireylerin olmadığı, etrafında PAH olan kişilerin %23.3'ünün (n:7) ailede olduğu belirlenmiştir. Periferik Arteryal Hastalığı'nın majör risk faktörlerinden aile öyküsü gibi etkenden dolayı ailede görülmesiyle ilişkilendirilebilir.

Kır'ın (2003) çalışmasında bireylerin %36.4'ünün ilaç dışında ek bir tedavi kullandıkları saptanmıştır (21). Bu çalışmada, PAH olanların eğitim öncesi %23.3'ünün (n:4) ilaç dışı uygulama uyguladığı, eğitim sonrası %96.7'sinin (n:29) ilaç dışı uygulama uygulamadığı belirlenmiştir. Eğitim sonrası yanlış bilinen ve uygulanan ilaç dışındaki ek tedaviler hakkında bilgilenmiş olabilirler.

Bireylerin hastalıklarına uyum sağlayabilmeleri için yaşam biçimlerinde değişiklik yapmaları gerekmektedir. Periferik Arteriyel Hastalığı'nda da bireylerin bazı kurallara uyma ve bazı yaşam biçimi değişiklikleri yapmaları gerekmektedir. Eğitim öncesi %90.0'nın (n:27) PAH nedeniyle yaşam biçiminde değişiklik yaşadığı, eğitim sonrası bu oranın %100.0 (n:30) olduğu saptanmıştır. Kır (2003) yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin büyük çoğunluğunda (%93.5) diyabete bağlı yaşam biçiminde değişiklik olduğunu ifade ettiklerini saptamıştır (21). Çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir.

Periferik Arteriyel Hastalık nedeniyle eğitim öncesi bireylerin %23.4'ünün (n:19) uykuda, %22.2'sinin ilaç kullanmada, %13.5'inin (n:11) streste değişiklik yaşadığı; eğitim sonrası %23.4'ünün (n:23) uykuda, aynı yüzdelerde %20.4'ünün (n:20) egzersiz ve ilaç kullanmada değişiklik yaşadığı görülmektedir. Kır (2003) yaptığı çalışmada stres (%27.7) ve beslenmenin (%23.8) bireylerin yaşam biçimi değişikliklerinde ilk sırada yer aldığını belirlemiştir (21). Bireylerin hastalık tanısını bilmemeleri, hastalık belirtileri hakkında bilgilerinin olmayışı gibi durumlardan dolayı bireylerin farkında olmadan yaşam biçiminde değişiklikler yaşadıklarıyla ilişkilendirebiliriz. Çalışma sonucu literatürle paralellik göstermektedir.

Kır (2003) yaptığı çalışmada bireylerin %11.7'sinin hastaneye ulaşmakta güçlük yaşadığını belirlemiştir (21). Bu çalışmada, eğitim öncesi ve sonrası %90.0'nın (n:27) hastaneye ulaşmada güçlük yaşadığı görülmektedir. Periferik Arteriyel Hastalığı'nın yürümeyi etkilemesi ve hastanenin merkezden uzak bir yerde olmasıyla çalışma bulgularını ilişkilendirebiliriz.

Kır'ın (2003) diyabetlilerle yaptığı çalışmada bireylerin %83.1'inin diyabeti ciddi bir hastalık olarak bulduğu, %51.9'unun diyabetli olmaktan çok korktuğu, %49.4'ünün diyabetin ölümcül bir hastalık olarak değerlendirdikleri saptanmıştır (21). Bu çalışmada, eğitim öncesi %86.7'sinin PAH'nı ciddi bir hastalık olarak bulurken bu oranın eğitim sonrası %100.0'a (n:30) yükseldiği, eğitim öncesi %26.7'sinin (n:8) PAH olmaktan korktuğu, eğitim sonrası bu oranın %30.0 (n:9) olduğu, eğitim öncesi %86.7'sinin (n:26) günlük işlerini PAH nedeniyle yapmakta zorlandığı, eğitim sonrası bu oranın %93.3'ünün (n:28) olduğu, eğitim öncesi

%93.3'ünün PAH'nın (n:28) ölümcül bir hastalık olduğunu ifade ettiği, eğitim sonrası bu oranın %16.7'ye (n:5) düştüğü saptanmıştır. Hastaların PAH ciddi bir hastalık olduğunu düşünmesi, PAH ölümcül bir hastalık olduğu ifadesine katılmaları ile, bireylerin büyük çoğunun (%46.7) ev hanımı olması nedeniyle günlük işlerini yapmasını engellemesi nedeniyle ciddi bir hastalık olarak değerlendirmesiyle ilişkilendirilebilir. Literatürle sonuçlar paralellik göstermektedir.

Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) yaptığı çalışmada hastaların diyabetin ciddiyetini algılama puan ortalamalarının (8.8 ± 2.0) "ciddi" olduğu, Kır (2003) yaptığı çalışmada hastaların diyabetin ciddiyetini algılama düzeyleri puan ortalamalarının (8.0 ± 2.1) "ciddi" olduğu saptanmıştır (18,21). Periferik Arteriyel Hastalığı olanların hastalıklarını eğitim öncesi ($X: 6 \pm 1.1$) "orta derece ciddi" bulurken eğitim sonrası ($X: 7 \pm 0.8$) "ciddi" olarak algıladıkları saptanmıştır. Bireyler hastalıklarını orta derecede tehdit edici, ciddi ve zararlı sonuçlar içeren bir hastalık olarak algılamışlardır. Sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) yaptığı çalışmada tip 2 diyabetli hastaların önerileri yararlı bulma puan ortalamalarının (8.9 ± 1.7) ciddi düzeyde olduğu, Kır'ın (2003) diyabetlilerle yaptığı çalışmada yapılan puan ortalaması sonucu (8.8 ± 1.9) ciddi düzeyde olduğu belirlenmiştir (18,21). Bu önerileri eğitim öncesi ($X: 5 \pm 1.5$) ve eğitim sonrası ($X: 6 \pm 1.0$) "orta derecede ciddi" olarak tanımladıkları görülmektedir. Yapılan araştırmalarla puan ortalamaları paralellik göstermektedir.

Gökdoğan ve Akıncı'nın (2001) yaptığı çalışmada hastaların tip II diyabete yönelik önerileri orta düzeyde uyguladıkları, Kır'ın (2003) diyabetli bireylerde yaptığı çalışmada hastaların hastalıkları ile ilgili uygulamaları ($X: 6.8 \pm 2.6$) orta düzeyde uyguladıkları bulunmuştur (18,21). Bu çalışmada PAH olan hastaların yapılan puan ortalamaları hesabına göre önerileri eğitim öncesi ($X: 4 \pm 1.3$) ve eğitim sonrası ($X: 6 \pm 0.9$) "orta düzeyde" uyguladıkları belirlenmiştir. Araştırma sonuçları ile çalışmanın sonuçları benzerlik göstermektedir.

5.3. Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Sağlık Eğitiminin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bireylerin Bilgi Ve Uygulamalarındaki Ciddiyeti Algılama, Önerileri Yararlı Bulma, Önerileri Uygulama Durumları

Cooper ve arkadaşlarının (2001) kronik hastalıklarda hasta eğitimi ile ilgili çalışmalarına göre hasta eğitimi, hastalık süreci, tedavi ve bakım uygulamaları ile ilgili hastanın bilgi düzeyini arttırmaktadır. Bununla beraber hastalarda bilgilenmenin artmasıyla, bireylerin kendi durumlarını değerlendirebilme durumu ve tedaviye uyumlarında arttığı belirtilmektedir (69).

Bireylerin hastalıklarıyla ilgili bilgi ve uygulamaları arasında farklılıklar meydana gelmektedir. Bilgilerin eksik oluşu, bilgi olmayışı, yanlış bilinmesi, bilginin olması ancak uygulamada uygulanmaması gibi durumlarda bireylerin hastalıklarıyla ilgili uygulamalarında yanlışlıklar ya da eksiklikler meydana gelmesine neden olduğu gibi bireylerin hastalıklarını algı düzeylerinde de değişiklik yaşamalarına neden olmaktadır. Bu gibi nedenlerden dolayı bireylerin bilgilerinde ve uygulamalarında nelerin doğru olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Hastalıklarıyla ilgili bilinmeyenlerin, yanlış bilinenlerin, uygulanmayanların ya da yanlış uygulananların irdelenip göz önüne serilmesiyle, bireylerin hastalıklarının ciddiyetini algılamaları, önerilenleri yararlı bulmaları ve önerileri uygulamaları konusunda daha katılımcı olmaları sağlanabilmektedir.

Otuz yaşın altındaki insanların %4.0'ında antihipertansif tedavi gereksinimi oluşurken, ellili yaşlarda bu oran %60.0'a ulaşmakta, seksenli yaşlarda ise %96.0'a çıkabilmektedir. Bu epidemiyolojik veriler sağlıklı ve uzun yaşamak için hipertansiyonun erken tanı ve tedavisinin ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon olanlarda PAH'nın görülme oranının %25.5'e kadar artış gösterdiği belirtilmektedir (1). Hipertansiyonun PAH neden olduğu ya da PAH sonucunda hipertansiyon olduğu göz önüne alınırsa bireylerin hipertansiyonun önlenmesi ya da kontrol altına alınması için bildiklerini ve uyguladıklarını ciddiye alıp almadıklarının, önerileri yararlı bulup bulmadıklarının ve önerilenleri uygulayıp uygulamadıklarının göz önüne serilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, PAH olanların eğitim öncesi hipertansiyon kontrolünde bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılaması ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilmesi gerekenlerin

ciddiyetini algılaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gibi eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilmesi ve uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılayan birey sayısında artış saptanmıştır ($p=0.00$, $p<0.05$). Ancak bireylerin eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılama durumunda birey sayısında artış görülmesine rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.44$, $p>0.05$). Periferik Arteryal Hastalığı olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası hipertansiyon kontrolünde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerle ilgili önerilenleri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olmasına rağmen eğitim öncesi ile eğitim sonrası arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p=0.17$, $p=0.52$; $p=0.21$, $p=0.94$; $p>0.05$). Hipertansiyon kontrolünde yapılması gerekenler hakkında bilgi verilmemesi, verilen önerilerin yararlı olmayacağına inanma gibi durumlardan dolayı hipertansiyon kontrolünde yapılması gerekenler hakkında bilgi edinme ihtiyacı duymamış olabilir. Bu gibi nedenlerle ciddiyeti algılama, önerileri yararlı bulma ve önerileri uygulama algılarında farkındalık oluşmuş olabilir. Ancak eğitim sonrası hastalıkla ilgili durumu bilen ve uygulayan birey sayısında artış gözlenmiştir.

Eryonucu ve ark (1999) yaptıkları araştırmada bireylerin %100.0'nın kan basıncı ölçtürme sıklığını bilmediği ve uygulamadığı, Çetin (2004) yaptığı çalışmada bireylerin %50.5'inin haftada en az 1 kere tansiyon ölçümünü gerekli gördüğünü ifade ettiğini belirlemiştir (68,74). Bu araştırmada, PAH olanların eğitim öncesi ve sonrasında kan basıncını ölçtürme sıklığında bilmesi gerekenleri ciddi algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kan basıncı ölçülme sıklığını bilmemesi, tansiyonun yükseldiğini bilmek istememesi, ölçüm değerlerine inanmaması, ölçümlerin tansiyonunu yükselttiğine inanması gibi durumlardan dolayı kan basıncı ölçme sıklığını bilmiyor ve uygulamıyor olabilir. Bu gibi nedenlerden dolayı kan basıncını ölçtürme sıklığında bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılama, bilmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulma ve önerileri uygulama algılarında farklılık oluşmuş olabilir.

Periferik Arteryal Hastalığı, diyabetes mellitus olanlarda diyabetes mellitus olmayanlara göre 4–8 kat daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Semptomatik PAH olan hastaların yaklaşık %20.0'ında aynı zamanda diyabetes mellitus vardır. Amerika'da 2001 yılında PAH olan hastalarla yapılan bir çalışmada, diyabet hastaları arasında 40 yaşını geçmiş olanların %10.0'ı ile 50 yaşını geçmiş olanların %20.0'ında PAH bulunduğu ve görülme oranının her 10 yılda bir iki katına çıktığı bildirilmektedir (1). Bu nedenlerle PAH olan bireylerin diyabetes mellitus'un kontrolünde neler yapılması gerektiğini bilmesi ve uygulaması gerekmektedir. Uygulamaların bilinmesi ve uygulanması bireylerin hastalıkların ciddiyetini algılamaları, önerileri yararlı bulmaları ve önerileri uygulama algılarında değişiklik yaratacaktır. Bu araştırmada, PAH olanların eğitim öncesi ile eğitim sonrası diyabetes mellitus kontrolünde bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Diyabetes mellitus kontrolünde yapılması gerekenler hakkında bilgi verilmemesi, eğitim öncesi verilen önerilerin yararlı olmayacağına inanma gibi durumlardan dolayı diyabetes mellitus kontrolünde yapılması gerekenler hakkında bilgi edinme ve uygulama ihtiyacı duymamış olabilir ancak eğitim sonrası eğitim öncesi bilmeyen bireylerde bilmesi ve uygulaması gerekenlerle ilgili ciddiyeti algılamaları, bilinmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulma ve önerileri uygulama algılarında farkındalık yaratılmaya çalışılmış ve diyabetes mellitus kontrolünde yapılması gerekenleri bilen ve uygulayan birey sayısında artış gözlenmiştir.

Atak (2006) yaptığı çalışmada ön testte deney grubuna alınan bireylerin %39.5'inin kan şekerini izleme sıklığını bilip izlediği, %60.5'inin bilmeyip izlemediği, kontrol grubunun %43.6'sının kan şekerini izleme sıklığını takip ettiği, %56.4'ünün bilmeyip izlemediği saptanmıştır (71). Bu çalışmada, PAH olanların eğitim öncesiyle eğitim sonrası kan şekerini ölçtürme sıklığında bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulama algısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak kan şekerini ölçtürme sıklığında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış belirlenmiştir ($p>0.05$). Kan şekerini ölçtürme sıklığını bilmemek, kan şekerinin yükseldiğini bilmek

istememe, ölçüm değerlerine inanmama, ölçümlerin şekerini yükselttiğine inanma gibi durumlardan dolayı kan şekerini ölçme sıklığını eğitim öncesi bilmiyor ve uygulamıyor olabilir. Bu gibi nedenlerden dolayı kan şekerini ölçtürme sıklığında bilmesi gerekenlerin ciddiyetini algılama, bilmesi gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulma ve önerileri uygulama algılarında farkındalık yaratılmaya çalışılmıştır.

Hiperlipidemisi olan bireylerde PAH görülme oranının %12.0 olduğu belirlenmiştir (1). Türkiye’de yapılan çalışmalar sonucunda bireylerin %9.0’ının kan kolesterol, %17.0’ının kan trigliserid düzeylerinin yüksek olduğu buna ek olarak yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyinin düşük olduğu bulunmuştur (42). HDL düzeyinin düşük olması kalp ve damar hastalıklarının gelişimi açısından bir risk faktörüdür (1). PAH için kolesterol düzeyinin risk oluşturması göz önüne alınırsa bireylerin bu konuda neler bildiğinin ve uyguladığının bilinmesi ve ciddiyeti algılama durumları, önerileri yararlı bulmaları, önerileri uygulamaları değerlendirilmelidir. Bu çalışmada, PAH olanların eğitim öncesi istendik kolesterol düzeyinde bilmesi ve uygulaması gerekenlerle ilgili önerileri yararlı bulma, ciddi algılama ve önerileri uygulama algısıyla eğitim sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak istendik kolesterol düzeyinde bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış belirlenmiştir ($p>0.05$).

Kişiler ancak "yeterli" ve "dengeli" beslendiklerinde "sağlıklı" beslenme davranışından söz edilebilir. Beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve kişilerin sağlıklı beslenmelerinin sağlanabilmesi için bireysel ve toplumsal düzeyde bazı önlemlerin alınması ve bireylerinde bu önlemleri bilmesi gerekmektedir. Literatürde aşırı kalori ve tuz tüketilmesinin önlenmesi, hayvansal yağların azaltılarak bitkisel yağların, taze sebze, meyve, lifden zengin yiyecekler ve balığın daha çok tüketildiği bir diyetin benimsenmesi kalp damar hastalığı riskini azaltacağı belirtilmektedir. Beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve kişilerin sağlıklı beslenmelerinin sağlanabilmesi için bireysel ve toplumsal düzeyde bazı önlemlerin alınması ve alınan bu önlemlerin uygulamada yapılması gerekmektedir (1). Demiralp ve arkadaşları (2004) diyet ve egzersizle kilo kontrolünün sağlanması, HDL kolesterol ve trigliserid düzeyinin, kan basıncının kontrol altına alınması ile fibrinojen düzeyinde gerileme

olduğunu belirtmişlerdir (37). Seçkin (2008) yaptığı çalışmada diyetle yapılması gerekenleri bilmeden uygulayan bireylerin (%59'3'ü) bilgileri olmadan bu uygulamaları yaptıkları ve doğru yaptıklarının farkında olmadıkları sonucuna varmıştır (73). Periferik Arteriyel Hastalığı olanların eğitim öncesi diyetle yapılması gerekenlerin ciddiyetini algılamaları, önerilenleri yararlı bulmaları ve önerileri uygulamalarıyla eğitim sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak diyetle bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış belirlenmiştir ($p>0.05$). Periferik Arteriyel Hastalığı'nı önemsememe, yaşam biçiminde meydana gelen değişikliklere uyum sağlayamamasından kaynaklanmış olabilir.

Ayak bakımı ayakta yara gelişmesinin önlenmesi için önemlidir. Yara gelişmesi, hem küçük ve büyük damarların, hem de sinirlerin etkilendiğini göstermektedir. Özen (2007) yaptığı çalışmada diyabetli hastaların %81.3'ünün evlerinde düzenli ayak bakımı yapmadıklarını belirlemiştir (75). PAH olanların eğitim öncesi ayak bakımında bilmesi ve uygulaması gerekenlerin ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulamasıyla eğitim sonrası ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ancak ayak bakımında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Yeterli eğitimin verilmemesi, bireylerin uygulamalar için kendilerine zaman yaratmaması, ayaklarına ayrılan zamanı zaman kaybı olarak görmeleri, ayak bakım alışkanlığının olmaması, ayaklarının öneminin farkında olmaması gibi nedenlerden kaynaklanmış olduğunu düşünmekteyiz.

Literatürde ayak yaralarının infeksiyon ve gangrenle beraber olsun ya da olmasın en sık görülen ayak problemleri olduğu belirtilmektedir. Hastalara her gün ayaklarını ılık su ile yıkaması ve iyice kurutması, tırnaklarını dikkatlice ve düz kesmesi, rahat ayakkabılar giymesi gibi ayak sorunlarının oluşmasını engelleyecek durumların anlatılması gerekmektedir (76). Bu durumların gelişmesi halinde hastalar neler yapılması gerektiğini bilmeli ve bunları uygulamalıdır. Bu uygulamaları bilmeleri ve uygulamaları hastalıklarını ciddi algılamalarına, önerileri uygulamalarına ve önerileri yararlı bulmalarına etki edecektir. Bu çalışmada, PAH

olanların eğitim öncesi ayak sorunlarında yapılması gerekenleri bilme ve uygulama durumunun ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulaması arasında eğitim sonrasına göre istatistiksel olarak fark belirlenmemesine rağmen ayak sorunlarında bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Ayak sorunlarının hala ne olduğunun farkında olamama, ayak sorunları geliştiğinde ne yapacağını bilmemesinden kaynaklandığı kanısındayız.

Hastalığın seyrini etkileyen etmenlerin hasta tarafından kontrol edilebileceği bilinmektedir. Bu nedenle hastalığın tedavisi için tedaviye uyum ve hastanın kendini yönetmesi önem taşımaktadır (71). Bireylerin tedavide yapılması gerekenleri bilmesi hastalığa uyumlarını ve özbakım güçlerini arttırmaktadır. Akut olarak tedavi edilebilir görünen PAH zamanla kronikleştikçe hastanın bundan sonraki rollerine, geleceğine bakışını ve uyumunu zorlaştırabilir. Bu yüzden bireylerin tedavide neler yapılması gerektiğini bilmesi ve uygulamasıyla geleceğe bakışı değerlendirilebilir. Kuğu ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, hastalık süresi ve uygulanan tedavi türünün hastanın psikolojik uyumunu ve baş etme gücünü olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır (77). Bu çalışmada; PAH olanların eğitim öncesi tedavide yapılması gerekenlerin ciddiyetini algılaması, önerileri yararlı bulması ve önerileri uygulama algısı arasında eğitim sonrasına göre istatistiksel olarak fark saptanmamasına rağmen tedavide bilinmesi ve uygulanması gerekenlerin ciddiyetini algılayan, önerileri yararlı bulan ve önerileri uygulayan birey sayısında artış olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Bireylerin hastalıklarına ek hastalık olması nedeniyle PAH'na gerekli önemi vermemeleri, uygulanan tedaviye inanmama ve hastalığının iyileşmeyeceğini düşünme gibi durumlarla ilişkilendirebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Periferik Arteryal Hastalığı'na yönelik SİM'ne göre verilen eğitimin öncesi ile eğitim sonrası PAH'nın ciddiyetini algılama, önerileri yararlı bulma, önerileri uygulama durumları arasında fark olduğu; SİM göre verilen sağlık eğitimi öncesi ve eğitim sonrasında bireylerin bilgi ve uygulamalarındaki ciddiyeti algılama, önerileri yararlı bulma, önerileri uygulama durumları arasında fark olmadığı ancak algılayan birey sayısında artış olduğu sonucuna varılmıştır. Algılayan birey sayısının artmış göstermesine rağmen PAH'nın ciddiyetinin algılanması, önerilerin uygulanması ve önerileri yararlı bulunması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Periferik Arteryal Hastalığı yaşam stili ile ilişkili olduğundan, yönetimi yaşam stilinde değişiklik yapma ve egzersiz eğitimi içerir. Kalp damar cerrahisi kliniklerinde ve poliklinikte çalışan hemşirelerin diyet, ilaç, egzersiz, kilo düzenlemesi, sigarayı bırakma, cilt bütünlüğünü koruma, ekstremitelerin ılık tutulması ve uygun pozisyon gibi özbakım davranışları konularında taburculuk planı yapmaları ve kliniklerde hastalar için egzersiz eğitim programı düzenlemeleri,
- ✓ Hastada Periferik Arteryal hastası olarak yaşamaya yönelik davranış değişikliği oluşturmak amacıyla öncelikle kişilerin inanç ve tutumlarının belirlenmesi,
- ✓ Bireylerin hastalıkları ile etkili baş etmelerini sağlayacak özbakım davranışları öğretilerek/desteklenerek, yaşamında yapması gereken değişikliklere uyumu artırılarak hastalığı hakkında olumlu düşüncelerinin sağlanması,
- ✓ Periferik Arteryal Hastalığı olanların hastalığına uyum ve devamlılığının sağlanmasında kişilerin sağlık ve hastalık algılarının dikkate alınarak eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ✓ Hasta eğitiminde öncelikle hasta gereksinimlerine yer verilmesi,
- ✓ Klinikte çalışan hemşireler için PAH olanların bakımında sağlık inançlarının önemini vurgulandığı hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

- ✓ Periferik Arteryal Hastalığı olanların hastalığa ilişkin önerileri uygulamamasındaki nedenlerin belirlenmesi,
- ✓ Sağlık kurumlarında eğitim kitapçıları kullanılarak eğitim verilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi için kurumlarda bilgi ve eğitim sağlayan malzemelerin bulundurulması, kullanılması ve eğitimsel materyallerle daha geniş kitlelere ulaşmanın sağlanması,
- ✓ Periferik Arteryal Hastalığı engellerinin azaltılması (pozitif mesajlarla korku, unutma, ihmalkârlık v.b.engellerin önüne geçilmesi), duyarlılık, önemseme, sağlık motivasyonu, PAH yararları ve PAH öz-etkililiğinin artırılmasına yönelik girişimlerin (PAH yararları v.b.) yapılması,
- ✓ Periferik Arteryal Hastalığı eğitimlerinin sürekliliğinin sağlanması,
- ✓ Periferik Arteryal Hastalığı'nın gelişmesinde ve ilerlemesinde birincil risk faktörü olan sigaradan korunmak ve hastalığın ilerlemesini engellemek için topluma ve kalp damar cerrahisi kliniklerinde yatan hastalara sigaranın zararlı etkileri konusunda bilgi verilmesi,
- ✓ Elde edilen sonuçlar dahilinde bireylerin bilgilerini uygulamaya geçirmeleri için uygun ortamların hazırlanması, yeni uygulama alanlarının yapılması
- ✓ Bireylerin alışkanlıklarının değiştirilmesinde sıkıntılar yaşanmasından dolayı bireyler yaşamlarındaki değişikliklere ayak uyduramamaktadır. Bu nedenle bireylerde alışkanlıkların değişimini sağlayacak bir model geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi. Ulusal Kalp Sağlığı Politikaları Ana Sağlığı İlkeleri. (www.tkd.org.tr), Erişim tarihi: 30.11.2008.
2. World Healty Organization. The Global Burden of Disease, 2004 Update. Geneva, 2008. (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html), Erişim tarihi: 30.11.2008.
3. World Health Organization. World Health Report 1999: Making a Difference. Geneva. 1999. (<http://www.who.int/whr/previous/en/>), Erişim tarihi: 30.11.2008.
4. World Health Organization. Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet. Nutrition and Prevention of Chronic Disease, Report of WHO Study Group. Geneva. 2002.
5. **Deary IJ, Whiteman MC, Fowkes FG.** Personality And Social Predictors of Atherosclerotic Progression: Edinburg Artery Study. *PsychosomMed*, **2000**; 62(5):703-714.
6. **Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O.** Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Periferik Hastalığı Olanlarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 2(4):213- 221.
7. **Furlong W.** Venous Disease Treatment and Compliance: The *Nursing Rol*. *British Journal of Nursing*, **2001**; 10(11):18- 35.
8. Oyan G. Periferik Arter Hastalığı Olan Bireylerin Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2006.
9. **Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR.** Inter-Society Consensus for The Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg*, **2007**; 33:1-70.
10. **Treat-Jacobson PHD, Eileen WM.** Treating Patients with Peripheral Arterial Disease And Claudication. *Journal Of Vascular Nursing*, **2003**; 21(1): 5-16.
11. **Hirsch AT, Treat-Jacobson D, Crigui MH.** Peripheral Arterial Disease Detection, Awareness and Treatment in Primary Care. *JAMA*, **2001**; 286(11):1317-24.
12. **Fried RE.** Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Disease. *JAMA*, **2002**; 287(3):315-316.

13. **Bakoğlu E, Yetkin A.** Hipertansiyonlu Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4(1):41-42.
14. Hisar F. Tüberküloz Hastalarının Sağlığının Geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisinin Uygulanması. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
15. **Janz NK, Becker MH.** The Health Belief Model: a Decade Later. *Health EducQ*, **1984**; 11(1):1-47.
16. Elik Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2006.
17. Domingo MAB. Attitude-Behavior Relationship: A Comparative Analysis Using The Health Belief Model And the Theory Of Reasoned Action. Master of Arts. Faculty of The University Of Delaware, USA, 1989.
18. **Gökdoğan F, Akıncı F.** Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 5:10-17.
19. **Chong P, Kwok H.** Endovascular Management of Peripheral Arterial Occlusive Diseases. *Annals of the College of Surgeons of Hong Kong*, **2004**; 8(4): 145.
20. **Kılıç D, Erçi B.** Premenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Osteoporozla İlişkin Sağlık İnançları ve Bilgi Düzeylerine Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**; 10:3:34-44.
21. Kır E. Diyabetli Hastaların Sağlık İnançlarının Bakımlarına Olan Etkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2003.
22. **Bengtson A, Drevenhorn E.** The nurse's role and skills in hypertension care: A review. *The Journal For Advanced Nursing Practice*, **2003**;17(5):260-68.
23. Akdemir N, Birol L. Kronik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset., 2005:193-99.
24. **Demirağ SA.** Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıklı Yaşam Dergisi*, **2002**; 1:58-65.
25. **Lewinter, M, Kesmez S, Gezgin S.** Self- Reported Health and Function Status of Elderly Turkish Immigrants in Copenhagen, Denmark. *Scand J Soc Med*, **1993**; 21(3): 159-163.

26. **Sadıkoglu G, Özçakır A, Uncu Y, Yıldız C.** Periferik Arter Hastalıklarında Risk Faktörleri ve Klinik Bulgular. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2002**; 28 (3):77-80.
27. **Murray CJL, Lopez AD.** Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease. *The Lancet*, **1997**; 349:1436-42.
28. **Faisal A, Aram MD, Leshe T.** Peripheral Arterial Disease: Diagnosis and Management. Mayo Foundation for Medical Education and Research. *Mayo Clin Proc*, **2008**; 83(8):944-950.
29. **Çelik A.** Periferik Damar Cerrahisi Uygulamaları Sırasında Görülen Sentetik Greft Enfeksiyonları Ve Etki Eden Faktörler Nelerdir. Uzmanlık Tezi, Prof. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2007.
30. **Stoffers HE, Rinkens PE, Kester AD.** The Prevalance of Asymptomatic and Unrecognized Peripheral Arterial Occlusive Disease. *Int J.Epidemiol*, **1996**; 25:282-90.
31. **Erdil F, Özhan EN.** Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 4. Baskı, Ankara: Ankara Kitapevi., 2001: 335-369.
32. **Phyllis AB, Teresa K.** Evaluation of Lower Extremity Arterial Circulation and Implications for Nursing Practice. *Journal of Cardiovascular Nursing*, **2008**; 23(2): 144-152.
33. **Yetkin U, Gürbüz A.** Akut Arter Tıkanmalarına Genel Bakış. *Van Tıp Dergisi*, **2002**; 9(1):38-46.
34. **Oka KR, Sanders GM.** The İmpact of Type 2 Diabetes and Peripheral Arterial Disease on Quality of Life. *J Vasc Surg*, **2005**; 23:61-6.
35. **Çamur KN.** Koroner Ateroskleroz Ve Myokard İnfarktüsünde Ortalama Trombosit Hacminin Öngörüsöl Değeri. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2004.
36. **Arslan C, Kazımoğlu K, Şirin G, Bozkurt AK, Kaynak K, Tüzün H, Beşirli K, Köksal C.** Aterosklerotik Damar Hastalarında Lipid ve Lipoprotein Değerlerinin İrdelenmesi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, **2002**; 33(3):160-162.
37. **Demiralp E, Ulusoy ER, Uslu M, Kırılmaz A, Cebeci BS, Özmen N, Kardeşoğlu E, Us HM.** Kardiyovasküler Risk Faktörü Olarak Fibrinojenin Ateroskleroz Tedavi ve Takibinde Kullanımı. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2004**; 46(3): 232-237.
38. **Özderya A.** Akut Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Koroner Arter Hastalığının Periferik Arter Hastalığıyla Birlikteliğinin Ankle-Brachial İndeksle Araştırılması

Homosistein Düzeyi ve Diğer Risk Faktörleri İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 3. Dahiliye Kliniği, İstanbul, 2007.

39. **Stewart CPU.** The Influence of Smoking on The Level of Lower Limb Amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, **1987**; 11:113-116.
40. **Rosamond W, Flegal K, Furie K, Go A, Greenlund K, Thom NT, Wilson M, Hong Y, O'Donnell C, Roger V, Sorlie P, Steinberger J, Lloyd-Jones D, McDermott M, Meigs J, Moy C, Haase G, Hailpern SM, Ho M, Howard V, Kissela,B.** Heart Disease and Stroke Statistics-2007 Update: A report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, **2007**; 115:69-171.
41. **Criqui M, Vargas V, Denenberg JO, Ho E, Allison M, Langer RD, Gamst A, Bundens WP, Fronck A.** Ethnicity and Peripheral Arterial Disease. The San Diego Population Study. *Circulation*, **2005**; 112:2703-2707.
42. **Yeşildal N, Aslan N.** Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Beslenme Önerileri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **2003**; 12(7): 248.
43. National Heart Lung and Blood Institute. (<http://www.padcoalition.org/resources/patient.php>) 2007. Erişim tarihi: 30.11.2008.
44. Güçlü MB, Sağlam M, İnce İD, Savcı S, Arıkan H. Kalp Damar Hastalıkları ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
45. Kalp Yetmezliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları, 2. Basım, 2007.
46. Sağlam M, Boşnak GM, İnce İD, Savcı S, Arıkan H. Şeker Hastalığı ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
47. Bilir N. Sigara ve Kalp Damar Hastalıkları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
48. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Anıl Matbaacılık, Ankara, 2008.
49. **Hazavehei SM, Taghdisi MH, Saidi M.** Application of The Health Belief Model For Osteoporosis Prevention Among Middle School Girl Students. *Education for Health*, **2007**; 20:1.
50. **Petro-Nustas W, Mikhail BI.** Factors associated with breast selfexamination among Jordanian Women. *Public Health Nursing*, **2002**; 19(4): 263-271.

51. **Robert D, Galloway PHD.** Health Promotion: Causes, Beliefs and Measurements. *Clinical Medicine and Research*, **2003**;1(3):249-258.
52. Kılıç D. Premenopozal Dönemdeki Kadınlara Verilen Eğitimin Osteoporoza İlişkin Sağlık İnançları Ve Bilgi Düzeylerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 2003.
53. **Becker MH.** The Health Belief Model and Personel Health Behavior. *Health Education Monographs*, **1974**; (2);324-473.
54. Çenesiz E. Türkiye’ de Yapılmış Sağlık İnanç Modeli ile İlgili Çalışmaların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
55. **Mete HE.** Kronik Hastalık Ve Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **2008**;11:3-18.
56. Biçer T. Erlerin Kişisel Hijyen Bilgilerinin Saptanması ve Bu Konudaki Sağlık Eğitimi Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 1996.
57. Taşçı A. Bolu İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezine Başvuran 40 Yaş Üstü Kadınlarda ve Bu Merkezlerde Çalışan Hemşirelerde Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilgi ve Uygulamalarının Karşılaştırılması. *Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2008.*
58. Durusu K. İlkokul Öğrencilerine Verilen Sağlık Eğitiminin Öğrencilerin Sağlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, 1996.
59. *Yılmaz A. Bozkır’da Çalışan Sağlık Görevlilerinin Sağlık Eğitimi Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, 2007.
60. Hussat DA. Patient Noncompliance. *Journal of American pharmaceutical association*, 1975, 4;4.
61. **Cassar K.** Peripheral arterial disease. *Clinical Evidence*, **2009**;11(211):1-20.
62. Tuğrul M. Periferik Arter Hastalığı Olan ve Olmayan Tip 2 Diyabetik Hastalarda Açlık Plazma Homosistein Seviyeleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2007.

63. Serhatlıoğlu F. Periferik Arter Hastalarında Kardiyovasküler ve Serebrovasküler Hastalık Riski. Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri, 2007.
64. **Matsuo H, Shigematsu H.** Effects of the 5-HT Antagonist Sarpogrelate on Walking Ability in Patients with Intermittent Claudication as Measured Using the Walking Impairment Questionnaire. *Ann Vasc Dis*, **2008**; 1(2):102-110.
65. **Yıldırım KY, Uyar M, Fadılhoğlu Ç.** Kanser Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ağrı*, **2005**; 17(4): 17-21.
66. **Yazıcı K, Yazıcı A, Biçer A, Tot Ş, Şahin G, Buturak V.** Kronik Ağrı Hastalarında Anksiyete ve Depresyonunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, **2003**; 13(2): 72-77.
67. **Batkın D, Çetinkaya F.** Diabetes Mellitus Hastalarının Ayak Bakımı ve Diabetik Ayak Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, **2005**; 14(1): 6-12.
68. Çetin İ. Esansiyel Hipertansiyonlu Yetişkin Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Bilgileri ve Tedaviye Uyum Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2004.
69. **Cooper H, Boot K, Fear S, Gıll G.** Chronic Disease Patient Education: Lesson From Meta-analyses. *Patient Education and Counseling*, **2001**; 44:107-117.
70. Ünsal EN. Diyet Eğitiminin Hiperlipidemik Hastaların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Bilgi Düzeyleri Ve Beslenme Durumuna Etkisinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitim Anabilim Dalı, Ankara, 2008.
71. Atak N. Hasta Eğitiminin Hastaların Bilgi Düzeyi ve Kendini Yönetme Becerileri İle Hastalığa Yönelik Tutumlarına Etkisi (Tip 2 Diyabet Hastaları Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Programları ve Öğretimi Bilim Dalı Program Geliştirme Programı, Ankara, 2006.
72. **Elmira T. Asongwed, RN, MS, CNE, Steven B. Chesbro, PT, DPT, EdD, GCS, and Spiridon G. Karavatas, PT, DPT, PhD, GCS.** Peripheral Arterial Disease and The Ankle-Brachial Index. *Home Healthcare Nurse*, **2009**; 27(3): 160-167.
73. Seçkin Y. Sivas İl Merkezi'ndeki Sağlık Ocaklarına Müracaat Eden Tip 2 Diyabet Hastalarının Diyabetik Bakım Kalitesini Etkileyen Önemli Muayene ve Tetkikler Konusundaki Bilgi ve Uygulamaları. Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas, 2008.

74. **Eryonucu B, Sayarhoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, İmdat D.** Van İli ve Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, **1999**; 6(4):11-14.
75. **Özen E.** Hemodiyaliz Tedavisi Gören Diyabetli ve Diyabetli Olmayan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Uygulamalarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Bolu, 2007.
76. **Birol L, Akdemir N, Bedük T.** İç Hastalıkları Hemşireliği. 5. Baskı, Ankara: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1995.
77. **Kuğu N, Berkan Ö, Akyüz G, Doğan O.** Ameliyat Olan ve Olmayan Kronik Periferik Hastalığı Olanlarda Anksiyete ve Depresyon Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 2(4):213-221.

EK-1

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Periferik Arteryal Hastalığı ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı “Sağlık İnanç Modeline Göre Verilen Sağlık Eğitiminin Periferik Arter Hastalarının Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi”dir. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmamızın nedeni, sağlık inanç modeline göre verilen sağlık eğitiminin periferik arter hastalarının bilgi ve uygulamasına etkisinin belirlenmesidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hemşire Burçin KANDEMİR tarafından araştırmaya yönelik “Bireyin Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Soru Formu”, “PAH’nın Bakım ve Tedavisi Hakkındaki Bilgi ve Uygulamalarına Yönelik Soru Formu”, “PAH’nın Sağlık İnanç Modeline Yönelik Soru Formu” kullanılarak değerlendirme yapılacaktır. Örneklem kapsamına seçilen hastalarla hastaneye kayıtlı telefon numaralarından görüşme yapılarak çalışmanın amacı açıklanacak ve onamları alındıktan sonra ilk görüşme günü ve zamanı ayarlanacaktır. 01.01.2010-01.02.2010 tarihleri arasında örneklem dahilindeki 30 hastayla 1 ay içinde telefonla görüşme sırasında belirlenen günlerde yüz yüze ilk görüşme yapılacaktır. Hastalara önce aydınlatılmış onam formu okunacak, yazılı olarak izinleri de alındıktan sonra soru formları hastalara uygulanacaktır. Hastalara soru formlarını yanıtlamaları sonrasında birinci eğitim düzenlenecektir. Periferik Arteryal Hastalığı’nda bilinmesi ve uygulanması gereken bilgi ve uygulamaların neler olduğunun belirlenmesine ilişkin araştırmacı tarafından konu ile ilgili yerli-yabancı literatür taramaları sonucunda oluşturulan PAH eğitim kitapçığı verilecektir. Periferik Arteryal Hastalığı eğitim kitapçığının içinde; PAH’nın tanımı, nedenleri, belirtileri ile birlikte görülebilen hipertansiyonu kontrol altında tutmak için yapılması gerekenler, PAH ile birlikte görülebilen şeker hastalığını kontrol altında tutmak için yapılması gerekenler, sigaranın bırakılması, beslenme, düzenli egzersiz yapma, nasıl davranılacağı, ayak bakım planını içeren sağlığı koruyucu ve geliştirici bilgiler yer almaktadır. Birinci eğitim düzenlendikten sonra bir ay sonrasında hastaların kontrole geldikleri günde ikinci görüşme zamanı ayarlanacaktır. Bir ay sonra hastalarla kontrole geldikleri gün

ikinci görüşme yapılacak, aynı eğitim ikinci kez tekrar düzenlenecek ve yaşanan soruların nedenleri konuşulacaktır. İkinci görüşme sonunda bir ay sonrası için hastalarla yeniden görüşme zamanı ayarlanacaktır. Bir ay sonra hastalarla kontrole geldikleri gün üçüncü görüşme yapılacak, aynı eğitim üçüncü kez tekrar düzenlenecek ve yaşanan soruların nedenleri konuşulacaktır. Üçüncü görüşme sonunda görüşmelere başlanılan aydan itibaren altıncı ay için görüşme zamanı ayarlanacaktır. Üçüncü görüşme sonrasında 3 ay boyunca hastalarla ne telefonla ne de yüz yüze görüşme yapılmayacak, hastalar kendi hallerine bırakılacaktır. Altıncı ayda dördüncü görüşme düzenlenecek ve birinci görüşmede uygulanan PAH bakım ve tedavisine yönelik bilgi ve uygulamaları, Sağlık İnanç Modeli ile ilgili soruları içeren soru formu hastalara yeniden uygulanacaktır.

Bu çalışmaya sizinle beraber 30 kişi katılacaktır. Bu araştırma hakkında ek bilgi almak için Abant İzzet Baysal Üniversitesinde görev yapmakta olan Prof. Dr. Feray Gökdoğan'a 03742541000 nolu telefondan ulaşabilirsiniz. Bu çalışmada herhangi alternatif işlemlerin bulunmakla beraber araştırmaya bağlı herhangi bir zarar söz konusu olmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında, onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz ve araştırmadan ayrılabilirsiniz.

Katılımcının/Hastanın Beyanı

Hemşire Burçin KANDEMİR tarafından yapılacak araştırmayla ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim*) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Hemşire Burçin KANDEMİR’İ 02642293160 (iş) no’lu telefondan ve Hemşirelik Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hemşire ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-2

SAĞLIK İNANÇ MODELİNE GÖRE PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLAN HASTALARIN BİLGİ VE UYGULAMALARI SORU FORMU

Bu çalışma, Kalp Damar Cerrahisi polikliniğine başvuran Sakarya İlindeki bir devlet hastanesinin Kalp Damar Cerrahisi polikliniğine başvuran PAH tanısı olan hastaların sağlık inanç modeline göre hastalıklarına ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Sizlerden alınan bilgiler, bilimsel bir araştırmada kullanılacaktır. Size tekrar ulaşabilmek için adınız ve soyadınız gereklidir ancak gizli kalacaktır. Buradaki sorulara doğru cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği ve gelecekteki size verilecek hizmetler açısından çok önemlidir.

Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Soru Formu No:

Soru Formunun uygulandığı tarih:

Soru Formunu uygulayan kişi:.....

Soru Formunun uygulandığı yer:

Görüşmenin sonucu:

- ☐ Soru formu dolduruldu
- ☐ Sonraya bırakıldı
- ☐ Reddedildi
- ☐ Diğer(açıklayınız...)

A. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş

2. Cinsiyet () Kadın () Erkek

3. Medeni Durum: () Evli () Bekar () Dul () Ayrı yaşıyor/Boşanmış

4. Eğitim Düzeyi: () Okur yazar değil () Okur yazar/İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Ön lisans mezunu () Lisans mezunu

() Diğer....

5. Çalışma Durumunu: () Çalışıyor () Çalışmıyor

6. İşi:

7. Sosyal Güvencesi: () Yok () Emekli Sandığı () Bağ-Kur

() SSK () Yeşil Kart

8. Bu sosyal güvenlik kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanabiliyor musunuz?

() Evet

() Hayır (nedenini açıklayınız)

9. Birlikte Yaşadığı Kişiler:

() Yalnız () Eşi ile birlikte () Ailesi ile (eşi, çocukları)

() Aile dışında birileri ile birlikte (akraba, huzurevi)

() Diğer (Lütfen belirtiniz).....

B. HASTALIĞA İLİŞKİN VERİLER

10. Ne zamandan beri Periferik arteryal hastasıınız?

11. PAH'na ilişkin ilk şikâyetleriniz ne zaman başladı? ay önce

12. Periferik arter hastası olduğunuz nasıl anlaşıldı?

() Başka bir hastalık için kontrole gittiğim zaman

() Şüphelendim ve doktora gittiğim zaman

() Diğer.....

13. PAH'nıza ilişkin hangi tedaviler uygulandı?

14. PAH nedeniyle kaç kez cerrahi girişim yapıldı?

15. PAH'nda ilk şikâyetleriniz ne idi? (1'den fazla şık işaretleyebilirsiniz)

() Ağrı ve Klaudikasyon (yürürken topallama)

() Ayakta ve bacakta şişme

() Ayakta ısı artışı

() Ayakta morarma

☐ Ayakta uyuşma, soğukluk hissi

☐ Diğer

16. PAH'na ilişkin yakınmalarınızda ne yaptınız?

☐ Doktora gittim, ilaç aldım

☐ Kendi kendime ilaç aldım

☐ Hiçbir şey yapmadım

17. PAH nedeniyle uyku sorunu yaşıyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır

18. Bugüne kadar geçirmiş olduğunuz/tanısı konulan kronik hastalığınız var mı?

☐ Yok

☐ Var ise açıklayınız

19. Sigara Kullanımı

a) Var Günde.....adet\.....yıldır

b) Yok

c) Bıraktım Günde.....adet/..... yıl içmiş yıldır içmiyor

20. Alkol Kullanım Durumu

a) Var Günde.....adet\.....yıldır

b) Yok

c) Bıraktım Günde.....adet/..... yıl içmiş yıldır içmiyor

21. Çalışma saatleriniz içinde

..... saatini ayakta

..... saatini oturarak geçiriyorum

.....diğer

C. PAH'NIN BAKIM VE TEDAVİSİ HAKKINDA BİLGİ SORU FORMU

22. Periferik arteryal hastalığı sizce nedir?

.....

23. Periferik arteryal hastalığı'nın bakım ve tedavisi için sigara bırakılmalı mıdır?

() Evet

() Hayır

24. Periferik arteryal hastalığı ile birlikte görülebilen hipertansiyonunuzu kontrol altında tutabilmek için neler yapmalısınız?

.....

25. Kan basıncınızı ne sıklıkta ölçtürmelisiniz?

26. Periferik arteryal hastalığı ile birlikte görülebilen şeker hastalığınızı kontrol altında tutabilmek için neler yapmalısınız?

.....

27. Kan şekerinizi ne sıklıkta ölçtürmelisiniz?

28. En son ölçtürdüğünüz kolesterol düzeyiniz nedir?

29. Kolestrolünüzü istenilen düzeye getirebilmek/aynı düzeyde tutabilmek için neler yapmalısınız?

30. Periferik arteryal hastalığı'nda diyet kısıtlamasına ilişkin neler yapılmalıdır?.....

.....

31. Periferik arteryal hastalığı olanlar ayak bakımında neler yapmalı?

.....

32. Periferik arteryal hastalığı'nın neden olduğu ayak sorunlarını azaltmak için ayağınızı korumaya yönelik neler yapılmalı?

.....

33. Periferik arteryal hastalığı için hekim tarafından reçete edilen ilaçları önerilen zaman/miktarda alınmalı mı? () Evet () Hayır

34. Periferik arteryal hastalığı hareket kısıtlılığına neden olur mu?

() Evet () Hayır

35. Periferik arteryal hastalığın yürümeye etkisi var mıdır?

() Evet () Hayır

36. Yürüyüş yapmak PAH'na nasıl etki eder?

37. Periferik arteryal hastalığı tedavisi için neler yapılmalı?"

38. Periferik arteryal hastalığı için sağlık kurumlarında yapılan kontrollere ne sıklıkta gidilmeli?

39. "Periferik arteryal hastalığı bacaklar dışındaki organlarda hastalık yapabilir mi?" () Evet (Hangi organlarda.....) () Hayır

Sizce aşağıdaki belirtilerden hangisi/hangileri PAH'nın belirtileridir?

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
40. Yürümeyle meydana gelen, dinlenmeyle geçen bacak ağrısının olması			
41. İstirahat sırasında bacaklarda ağrı olması			
42. Bacaklarda uyuşukluk olması			
43. Baldır kaslarında güçsüzlük olması			
44. Bacaklara ve ayaklara soğukluk, üşüme hissi			
45. Ayaklarda renk değişikliği (Havaya kaldırıldığı zaman soluklaşma ve indirildiğinde koyu kırmızı renk alması)			
46. Ayak sırtındaki tüylerin dökülmeye başlaması ve ayak tırnaklarının kalınlaşması			
47. Ayaklarda, başparmakta ya da bacaklarda iyileşmeyen yaraların olması			

48. Hekim/hemşire tarafından PAH olduğu tanısı konu mu/ söylendi mi ?

☐ Evet ☐ Hayır

D. PAH'NIN BAKIM VE TEDAVİSİ HAKKINDA UYGULAMA SORULARI

49. PAH ile birlikte görülebilen şeker hastalığınızı kontrol altında tutabilmek için yaptığınız uygulamalar nelerdir?

.....

50. Kan şekerinizi ne sıklıkta ölçtürüyorsunuz?

51. Periferik arteriyel hastalığı ile birlikte görülebilen hipertansiyonunuzu kontrol altında tutmak için yaptığınız uygulamalar nelerdir?

.....

52. Kan basıncınızı ne sıklıkta ölçtürüyorsunuz?

53. Periferik arteriyel hastalığı ile birlikte görülebilen kolesterolünüzü istenilen düzeye getirebilmek/aynı düzeyde tutabilmek için yaptığınız uygulamalar nelerdir?

54. Periferik arteriyel hastalığı'na yönelik uyguladığınız diyetle neleri kısıtlıyorsunuz?.....

.....

55. Periferik arteriyel hastalığı'nın neden olabileceği ayak sorunlarını önlemek için ayak bakımında yaptığınız uygulamaları işaretleyiniz?

☐ Ayak tırnaklarımı düz kesiyorum

☐ Ayaklarımı her gün kontrol ediyorum

☐ Ayak problemim olunca sağlık kuruluşuna başvuruyorum

☐ Diğer.....

56. Periferik arteriyal hastalığı'nın neden olabileceği ayak sorunlarını önlemek için ayaklarınızı korumada yaptığınız davranışları işaretleyiniz?

- ☐ Her zaman ayakkabı ve çorap giyiyorum
- ☐ Ayaklarımı çok sıcaktan/soğuktan koruyorum
- ☐ Ayak sağlığını korumak için yürüyüş yapıyorum
- ☐ Ayakkabıları giymeden önce kontrol ediyorum
- ☐ Diğer.....

57. Periferik arteriyal hastalığı'nın neden olabileceği ayakta kızarıklık, su toplaması ya da başka sorunlarda neler yapıyorsunuz?.....

58. PAH nedeniyle ayaklarınıza günlük ayak bakımı uyguluyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet (uyguladığınız bakım).....

59. Ayağınızı hangi sıklıkta kontrol edersiniz?

60. Periferik arteriyal hastalığı nedeniyle yılda kaç kez ayak muayenesi yaptırıyorsunuz? kez

61. Periferik arteriyal hastalığı için hekim tarafından reçete edilen ilaçları önerilen zaman/miktarda alıyor musunuz? () Evet () Hayır

62. Periferik arteriyal hastalığı için kontrollerinize ne sıklıkta gidiyorsunuz?
.....

63. Periferik arteriyal hastalığı için kontrollere gitmek sizin çok zamanınızı alıyor mu?

- ☐ Evet () Hayır

64. Periferik arteriyal hastalığının bakım ve tedavisi amacıyla yürüyüşü ne sıklıkta yapıyorsunuz?

☐ Haftada en az üç/dört defa, en az 30-45 dakika

☐ Haftada 1-2 defa, 20 dakika

☐ ayda 3-4 defa, 20 dakika

☐ Hiç yürümüyorum

65. Periferik arteriyal hastalığının tedavisini uygulamada hastalar aşağıdakilerden hangilerini yapmalıdırlar?

☐ İlaçları yeterli sürede ve düzenli kullanma

☐ Düzenli kontrollere gitme

☐ Sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanmama

☐ Yeterli- düzenli beslenme

☐ Diğer(yazınız).....

E. KİŞİSEL ALGI

66. Periferik arteriyal hastalığı olmanızın nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?

67. Periferik arteriyal hastalığınızın ilerlemesinin nedenleri nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

☐ Sigara içme

☐ Alkol alma

☐ Kilo alma

☐ Fazla yemek yeme

☐ İlacı düzensiz kullanma

☐ Fazla hamur işi tüketme

☐ Fazla yağlı yeme

☐ Diğer (açıklayınız.....)

68. Bu hastalığın nasıl iyileşeceğinizi düşünüyorsunuz?

☐ İyileşmeyecek

☐ Fikrim yok

() Açıklayınız.....

69. Yakın çevrenizde periferik arter hastası var mı? Varsa belirtiniz.

() Yok

() Var (ise belirtiniz.....)

70. Aşağıda okuyacağım ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz:

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
PAH ciddi(tehlikeli) bir hastalıktır	☐	☐	☐
PAH olmak beni korkutuyor	☐	☐	☐
PAH günlük işlerimi yapmamı engelliyor	☐	☐	☐
PAH ölümcül bir hastalıktır	☐	☐	☐

Diğer(açıklayınız.....)

71. Son iki hafta içinde sağlığınızı genel olarak nasıl hissediyorsunuz?

Çok iyi () İyi () orta () Kötü () Çok kötü ()

72. PAH'nın ciddiyetini algılaması



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

73. Önerileri yararlı bulma



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

74. Önerileri uygulama



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

F. YARAR ALGISI

75. Periferik arteriyel hastalığı tanısı aldığınız ilk yıl bu hastalık nedeniyle kaç kez hekime muayene oldunuz? kez

Hatırlamıyorum

76. Son bir yılda PAH nedeniyle kaç kez sağlık kuruluşunda yatış yaptınız? . kez

Hatırlamıyorum

77. Periferik arteriyel hastalığıyla baş etmek üzere ilaç dışında kullandığınız başka bir ev ilacı ya da yöntem (çaylar, koca karı ilaçları, bitkisel ilaçlar) var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

G. ENGEL ALGISI

78. Periferik arteriyel hastalığı tanısı konduktan sonra yaşam tarzınızda değişiklik oldu mu?

☐ Hayır

☐ Evet (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

.....Beslenme

.....İlaç kullanımı

.... Uyku

....Egzersiz

.....Stres

.... Diğer (Açıklayınız.....)

79. Periferik arteriyal hastalığı vücudunuzda başka rahatsızlıklara neden oldu mu? Belirtiniz?

☐ Evet(açıklayınız.....)

☐ Hayır

80. Hastalığınızla ilgili maddi desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz? Belirtiniz?

☐ Evet.....

☐ Hayır

81. Hastalığınızla ilgili manevi desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz? Belirtiniz?

☐ Evet.....

☐ Hayır

82. Hastalığınızla ilgili maddi destek alıyor musunuz? Belirtiniz?

☐ Evet.....

☐ Hayır

83.Hastalığınızla ilgili manevi destek alıyor musunuz? Belirtiniz?

☐ Evet.....

☐ Hayır

84. Hastalığınızın tedavisi ve masrafları nedeniyle zorluk yaşıyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

86. İsteddiğiniz zaman hastaneye ulaşabiliyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır (açıklayınız.....)

EK-3



T.C.

**ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU BAŞKANLIĞI
BOLU**

Sayı: 2010/4
Konu: Sonuç

16.7.2010

Sayın Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
Bolu Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi

AİBÜ Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2009/37 no.lu “Sağlık inanç modeline göre verilen sağlık eğitiminin periferik arter hastalarının bilgi ve uygulamalarına etkisi” çalışmanız etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunulur. Saygılarımla.


Prof Dr. Nimet KABAKUŞ
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu Başkanı

EK-4



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sakarya Toyotasa Acil Yardım
Hastanesi Başhekimliği**



Sayı :B-10-4-ISM-4-54-00-74/ 2162
Konu :Hemşire Burçin KANDEMİR

17/05/2010

İLGİLİ MAKAMA

Hastanemizde görevli Hemşire Burçin KANDEMİR'in 'Sağlık inanç modeline göre verilen sağlık eğitiminin periferik arter hastalarının bilgi ve uygulamalarına etkisi' konulu tezini, Hastanemiz Kalp Damar Cerrahi Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapması uygun görülmüştür.

İş bu belge adı geçen personelimizin isteği üzerine düzenlenmiştir.

Op.Dr.Hasan DİNELEK
Başhekim

Yazışma Adresi : Tem Otoyolu Adapazarı Gişeleri Mevkii Aşağıkırzca 54070 Nehirkent /SAKARYA
Tel :0(264) 229 31 60-61 **Faks** :0(264) 229 43 19 **Web** :www.toyotasadh.gov.tr **E-Mail** :ozluk@toyotasadh.gov.tr

EK-5

PERİFERİK ARTERİYAL HASTALIK HAKKINDA TEMEL BİLGİLER



EĞİTİM EL KİTABI

PERİFERİK ARTERİYAL HASTALIK HAKKINDA TEMEL BİLGİLER

HAZIRLAYAN

Hemşire Burçin KANDEMİR

**Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Hemşirelik
Programı Yüksek Lisans Tezi Kapsamında Periferik Arteriyal
Hastalığı Olanların Eğitimi İçin Hazırlanmıştır.**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. Periferik Arteryal Hastalığı Nedir?.....	4
2. Periferik Arteryal Hastalığının Nedenleri Nelerdir?.....	4
3. Periferik Arteryal Hastalığı Belirtileri Nelerdir?.....	5
4. Periferik Arteryal Hastalığı Tedavisi Neleri İçerir?.....	5
5. Periferik Arteryal Hastalığıyla Birlikte Görülebilen Hipertansiyonu Kontrol Altında Tutmak İçin Yapılması Gerekenler Nelerdir?.....	6
6. Periferik Arteryal Hastalığıyla Birlikte Görülebilen Şeker Hastalığını Kontrol Altında Tutmak İçin Yapılması Gerekenler Nelerdir?.....	7
7. Periferik Arteryal Hastalığıyla Birlikte Görülebilen Kolesterolü İstendik Düzeye Getirebilmek İçin Yapılması Gerekenler Nelerdir?.....	8
8. Periferik Arteryal Hastalığında Beslenme Nasıl Olmalıdır?.....	9
9. Ayak Bakımında Yapılması Gerekenler Nelerdir?.....	10
10. Ayak Sorunlarında Yapılması Gerekenler Nelerdir?.....	11
11. Egzersiz Nedir ve Faydaları Nelerdir?.....	11

1. Periferik Arteryal Hastalığı Nedir?

- Kol ve bacaklarımızı kanlandıran atardamarlara periferik arterler denir.
- Arterlerimiz oksijen ve besinlerden zengin kanı kalbimizden, vücudumuzun diğer yerlerine taşır.
- Bacaklarımızdaki arterlerlerde kan akımı kesintiye uğradığında, bacaklarımız ihtiyacı olan yeterli kanı ve oksijeni alamaz.
- Bu duruma periferik arteryal hastalığı (PAH) denir.
- Daralma ve tıkanmanın nedeni damar duvarında yağ çökmesidir.
- Bacak atardamar hastalığına beyin ve koroner arter hastalığı sıklıkla eşlik ettiğinden bu hastalarda kalp krizi ve felç riski normal popülasyona göre daha fazladır.

2. Periferik Arteryal Hastalığı'nın Nedenleri Nelerdir?

- ❖ Damarlarda yağ birikimlerinin gelişmesinin nedeni çoğunlukla bilinmemektedir. Yine de, periferik arteryal hastalığının gelişme riskini arttıran durumlar vardır. Bunlar;
- ❖ Yaş (50 yaş üzeri olmak)
- ❖ Sigara kullanmak (Sigara içmek ya da sigara kullanmış olmak, periferik arteryal hastalığı riskini 4 kat artırır)
- ❖ Hipertansiyon (Yüksek kan basıncı, atar damarlarda plak oluşma riskini artırır)
- ❖ Hiperlipidemi (Kolesterol ve yağ atar damarlarda plak oluşmasını sağlar ve kan akımını azaltır)
- ❖ Şeker Hastalığı (50 yaş üzerindeki şeker hastası her 3 kişiden 1' i periferik arteryal hastasıdır)
- ❖ Şişmanlık
- ❖ Fiziksel aktivitenin az olması
- ❖ Aile öyküsü (Ailede kalp ve damar hastalığı olanlarda periferik arteryal hastalığı riski artar.)



3. Periferik Arteryal Hastalığı Belirtileri Nelerdir?

Hastaların yarısında hiç şikâyet yoktur ya da hafif şikâyetler vardır. Belirtiler ise;

- ❖ Ağrı (İstirahat sırasında bacaklarda ağrı olması)
- ❖ Solukluk (Renk, ayakların derisinde değiştirir, solukluk veya maviliği kapsar görünümde olması)
- ❖ Nabızsızlık
- ❖ Hissizlik (Bacaklarda uyuşukluk olması)
- ❖ İntermittent Klaudikasyon: Yürümeyle gelen dinlenmeyle geçen bacak kaslarında sıkışmayla ağrı ve rahatsızlık hissinin olmasıdır. En sık baldır adalesinde olur. Hızlı yürüme, yokuş ve merdiven çıkma ile bu şikâyetler artar. Zamanla hastalık ilerler ve rahat yürüme mesafesi kısalmır. Bacaklarda ağrı, ağırlık, sertlik, kramp ve güçsüzlük hissedilebilir.
- ❖ Uykuyu rahatsız eden bacaklarda veya ayaklarda acı olması.
- ❖ Bacaklarda ve ayaklarda soğukluk, üşüme hissi
- ❖ Ayak sırtındaki tüylerin dökülmeye başlaması ve ayak tırnaklarının kalınlaşması
- ❖ Ayaklarda, başparmakta ya da bacaklarda iyileşmeyen yaraların olmasıdır.

4. Periferik Arteryal Hastalığı Tedavisi Neleri İçerir?

- Risk faktörlerinin düzeltilmesi,
- Diyet ve doğru beslenme,
- Egzersiz eğitimi,
- İlaç kullanımı,
- Düzenli kontrollere gitme
- Revaskularizasyon ve cerrahi yöntemler.



5. Periferik Arteryal Hastalığıyla Birlikte Görülebilen Hipertansiyonu Kontrol Altında Tutmak İçin Yapılması Gerekenler Nelerdir?

- Hipertansiyonun başlıca belirtileri; baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, yorgunluk, burun kanaması, yol yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, bazen çok sık idrara çıkma, gece uyurken uykudan kalkıp idrar yapma ve bacaklarda şişliktir.
- Tansiyonun çok yükseldiği durumlarda, çift görme, dilde peltekleşme, yüzde veya vücutta karıncalanma olabilir. Bu belirtilerin hiçbirisi hipertansiyona özgü değildir, başka hastalıklarda da izlenebilir.
- Gerekli yaşam şekli değişikliklerinin (diyet, egzersiz, stresle başa çıkma, kan basıncı kontrolü, düzenli ilaç kullanımı) yapılması
- Her gün aynı saatlerde kan basıncının ölçülmesi,
 - Kan basıncını okuyup kaydedilmeli,
 - Ölçüm öncesi kan basıncını değiştirecek herhangi bir diyet ve aktiviteden kaçınılmalı,
 - Kan basıncı yüksek ise hekimine veya hemşiresine bildirilmelidir.
- Bütün tütün ürünlerinden kaçınılmalı,
- Obezitenin önlenmesi gerekli,
- Sigara ve alkol bırakılmalı,
- Haftada en az 3-4 kez hedef kalp hızının % 60-70'ine ulaşacak şekilde 30-45 dakikalık hızlı yürüyüşler yapılmalı,
- **Diyet yapılmalıdır**
 - Tuzu azaltmak için yapılabilecekler;

- . Yüksek sodyumlu besinlerden kaçınılmalı (Fast food gibi),
- . Yiyecek etiketlerinin okunmalı,
- . Besinlere tuz ilave edilmemeli,
- . Tuzluğun masadan kaldırılması.
- . Diyetle, taze meyve ve sebzelerden potasyum alımına dikkat edilmelidir.
- Stresle başa çıkılmalıdır

Kan basıncı ne sıklıkta ölçülmeli?

- ❖ Hipertansiyon, yakınmalarının olduğu dönemlerde mutlaka ölçülmelidir.
- ❖ Günün herhangi bir saatinde ölçülebilir, her gün değişik saatlerde ölçülmesi daha yararlıdır.
- ❖ Bir yakınma olmasa bile her gün değişik zamanlarda bakılmalıdır.
- ❖ Hipertansiyonu olmayan insanlar da yılda 1-2 kez tansiyonunu ölçtürmelidir.

6. Periferik Arteriyal Hastalığıyla Birlikte Görülebilen Şeker Hastalığını Kontrol Altında Tutmak İçin Yapılması Gerekenler Nelerdir?

- Kan şekeri her gün düzenli olarak takip edilmelidir.
- İlaçlar düzenli olarak alınmalıdır.
- Şekersiz beslenilmeli, karbonhidratlardan uzak durulmalıdır.
- Egzersiz, psikolojik durumu, kalp dolaşım sistemi veya metabolizmayı etkileyebilir. Düzenli egzersiz kan şekerini düşürür ve bu da şeker hastalığının kontrolünde çok önemlidir.
- Aşırı stres kan şekerinin artmasına sebep olur. Stresle başa çıkabilmek için gevşeme egzersizleri yapılabilir. Kişi yeni uğraşlar edinebilir veya sevdiği uğraşlarla (resim yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak vs.) rahatlayabilir.

Kan şekeri ne sıklıkta ölçülmeli?

- Eğer insülin kullanıyorsanız ve şekeriniz yüksekse kan şekeriniz doktorunuzun istediği sınırlara inene kadar günde 4 kere şeker takibi yapılmalıdır. Günde 4 kez şeker ölçümüne şeker profili denmektedir. Gün

içinde şeker ölçüm zamanları şu şekildedir: Sabah aç karnına, öğlen yemek öncesi saat 11.00'de, akşam yemek öncesi saat 18.30'de, gece yatmadan saat 22.00'de,

- Eğer insülin kullanıyorsanız ve şekeriniz düzenli ise her gün yerine "haftada 1-2 gün ama yine günde 4 kere kan şekeri takibi yapılmalıdır.
- Eğer sadece haplarla şekerinizi ayarlamaya çalışıyorsanız ve şekeriniz doktorunuzun istediği gibi düzenli ise haftada 1 gün "açlıkta ve yemekten 2 saat sonra" şeker takibi yeterlidir.



7. Periferik Arteryal Hastalığıyla Birlikte Görülebilen Kolesterolü İstendik Düzeye Getirebilmek İçin Yapılması Gerekenler Nelerdir?

- Daha az hayvansal (doymuş) yağ tüketilmelidir. Alabildiğiniz en ince et dilimlerini satın alınmalı,
- Etten gözle görülebilen tüm yağları ve tavuğun derisini ayrılmalı,
- Daha az hazır bisküvi, pastane ürünü ve kek tüketilmeli,
- Çoklu veya tekli doymamış yağlar açısından zengin yağ ve margarinler tercih edilmeli,

- Yemek pişirirken katı yağlar yerine ayçiçek yağı, mısırözü veya zeytinyağı gibi bitkisel yağlar kullanılmalı,
- Bitki sterollerini açısından zengin yağları tercih edilmeli,
- Yağsız veya yarım yağlı süt, az yağlı yoğurt ve az yağlı peynir gibi, düşük yağ içeren günlük ürünler tercih edilmeli,
- Haftada en az bir kez yağlı balık (örneğin somon, sardalye, ton - konserve şeklinde de olabilir) tüketmeye özen gösterilmeli,
- Bol bol meyve, sebze ve baklagil tüketilmeli (mercimek ve fasulye gibi),
- Sigarayı bırakılmalıdır,
- Fazla kiloluysanız, kilo verilmeli,.
- Hareketlenin. Her gün 30 dakikalık fiziksel aktiviteyi hedefleyin (bu süreç, üç adet 10'ar dakikalık seanslardan oluşabilir).
- İlaçlarınız düzenli kullanılmalıdır.

8. Periferik Arter Hastalığında Beslenme Nasıl Olmalıdır?

- Günlük alınan yağ miktarı günlük enerji ihtiyacının % 25-35'ini geçmemelidir.
- **Daha az yağ tüketilmeli:** Sıvı bitkisel yağlar, margarin ve tereyağı, şeker, nişasta ve proteinden daha fazla kaloriye sahiptir. Günlük toplam yağ alımının kısıtlanması aynı zamanda kalın bağırsak, prostat ve meme kanseri riskini de düşürmektedir. Diyetteki kolesterolün başlıca kaynağı hayvan ürünleridir. Yağlı kırmızı et yerine balık, derisiz tavuk eti ve az yağlı süt ürünlerini seçmeniz diyetteki doymuş yağları azaltacaktır. Zeytinyağı yüksek kalorisi dışında damar sertliği riskini azaltmasıyla tercih edilecek bir yağdır.
- **Daha çok sebze, meyve ve lifli gıdalar yenmeli:** Günlük kaloringin yarısı karbonhidrattan (tercih edilmesi gereken karbonhidrat kaynağı taze meyve, yeşil veya sarı renkli sebzeler, kepekli ekmek, kurubaklagil ve patates) sağlanmalıdır. Özellikle sebze ve meyve, içerdikleri lif miktarı vitaminler nedeniyle tercih edilmesi gereken besinler olmalıdır.
- **Tuz alımı azaltılmalı:** Tuz tadı kazanılmış bir tat olduğundan miktarı azalttığınızda yediklerinizin tadı belli bir süre sonra geri gelecektir.

- **Gıda alınımlı dengelenmeli:** Günlük fizik aktivite ve vücut kitlesine göre belirlenen gıda miktarını tüketmek durumundasınız. Bunun çoğu size kilo aldıracak, azı ise sizi zayıflatacaktır. Şişmanlık korkulu rüyanız olmalıdır.
- **Süt değişimi:** Süt veya yoğurt tek başına alınabildiği gibi bazı içeceklerle birlikte veya içecek olarak (sütlü kahve, ayran), bazı yemeklerin içinde de (patates püresi, çorba, muhallebi) kullanabilir. Süt veya yoğurt, bu tür yiyeceklerin veya içeceklerin içinde alındığında kullanılan miktarın günlük süt değişimi hakkından eksilmesi gerekir. Kalsiyum kaynağı olarak süt veya yoğurt diyetinizde yer alabilir. Kolesterol yüksekliği olan kişiler bu ürünlerin diyet veya yağsız olanlarını seçmelidir.
- **Et değişimi:** Yiyeceklerden kırmızı et, yağlı peynir, yumurta sarısı (beyazı serbestçe yenebilir), sakatat (ciğer, böbrek, beyin v.b.) şarküteri ürünleri (salam, sucuk, sosu v.b) kolesterolden zengin gıdalardır.
- **Ekmek değişimi:** Kepekli ekmek lif yönünden zengindir. Lif bağırsakların çalışmasını sağladığı gibi hipertansiyonlu kişilerin tansiyonunun, kan yağları yüksek olanda ise yağların düşmesine yardımcı olur. Lifli besinlerin kolesterol ve/veya trigliseridi yüksek olan kişilerde kalp ve damar hastalığı oluşumunu engellediği bilinmelidir.
- **Sebze değişimi:** Sebzeler etli, etsiz ya da çiğ olarak yenebilir. Etli sebze yemeklerinin içine yağ ilave edilmemelidir. Kullanacağınız yağsız etin yağı sebze yemeğine gerekli tadı verir. Sebze yemeğinin içindeki et miktarına göre o günkü et değişimi miktarından azaltma yapılmalıdır.
- **Sebzeler:** Enerji değeri düşük olduğundan çiğ olarak istenildiği kadar yenebilir. Yeşil salata yağsız olmak şartıyla (limon suyu ile olabilir) serbestçe yiyebileceğiniz bir gıdadır.
- **Meyve değişimi:** Meyveler vitamin, mineral ve barsak hareketlerini olumlu yönde etkileyen posa yönünden zengin yiyeceklerdir. Meyvelerin içerdikleri vitamin çeşitleri ve miktarları farklıdır. Turunçgil grubu meyveler (limon, portakal, greyfurt v.b.) ve çilek C vitamininden zengindir. Kayısı, muz, portakal ve elmada yüksek miktarda potasyum vardır. Meyveleri meyve suyu olarak değil, taze olarak ve yenebiliyorsa kabuğuyla yemek posa alınması açısından yararlıdır.

9. Ayak Bakımında Yapılması Gerekenler Nelerdir?

- Ayakta nasır, yara, tırnak batması vs. varsa müdahale edilmemeli,
- Hiçbir zaman hiçbir yerde çıplak ayakla dolaşılmamalı,
- Ayakkabı ve terlikleri giymeden önce mutlaka silkelenmeli,
- Çoraplar her gün değiştirilmeli,
- Çorapların lastiği bileği sıkmamalı,
- Ayak tırnakları düz kesilmeli,
- Ayaklar her gün ılık suyla yıkanmalı,
- Doktora her gidildiğinde ayaklar kontrol ettirilmeli ve mutlaka sigara bırakılmalı,
- Ayaklar her gün kontrol edilmelidir.
 - Deride yaralar, kesikler, çürükler ya da çatlaklar,
 - Nasırlar ve kabarcıklar,
 - Kırmızı benekler ve kabarıklar,
 - Ayak tırnak enfeksiyonları,
 - Ağrı varsa dikkat edilmelidir.



10. Ayak Sorunlarında Yapılması Gerekenler Nelerdir?

- ❖ Makas, tırnak makası, jilet gibi aletleri ayaklardan uzak tutulmamalı,
- ❖ Ayakları ısıtmak için hiçbir zaman ütü, tuğla, sıcak su şişesi, termofor kullanmamalı,
- ❖ Her gün düzenli olarak ayak banyosu ve egzersizleri yapılmalı,
- ❖ Ayağı sıkmayan deri veya bez ayakkabılar giyilmeli,
- ❖ Her gün temiz, pamuklu, yünlü ya da koton çoraplar giyilmeli,
- ❖ Kızarıklık, sıcaklık, şişlik, cehat gibi belirtiler varsa hekim/hemşireye haber verilmelidir.

11. Egzersiz Nedir ve Faydaları Nelerdir?

- Uygun egzersiz, hem kasların oksijeni daha etkin olarak kullanabilmesi için yardımcı olmakta hem de kollateral dolaşımın (tıkanıklık ötesine doğru gelişmiş küçük atardamar dallarından oluşan yeni damar ağı) gelişmesini hızlandırmaktadır.
- Klinik çalışmalar, düzenli ve devamlı yapılan egzersizin yürüme ile meydana gelen bacak ağrısı şikâyetini azalttığını ve hastaların bacak ağrısı meydana gelinceye kadar daha uzun süre yürüyebilmelerini sağladığını göstermiştir.
- İdeal olarak, egzersiz programları doktor tavsiyesine uygun olarak yapılmalıdır. En iyi sonuçlar için hastalar haftada en az üç defa ve her bir seansta en az 30-45 dakika süreyle egzersiz yapmalıdır.

Egzersizin diğer yararları:

- Vücuttaki fazla yağları yakar; kilo vererek ideal vücut ağırlığına kavuşmanızı sağlar,
- Kaslarınızın kuvvetlenmesini sağlar,
- Kan akışını artırır,
- Enerjinizin artmasını sağlar,
- İş yapma kapasitenizi artırır,
- Dolaşımı artırır,
- Oksijen tüketiminizi artırır,

- Tekrarlı iş yapabilme becerinizi artırır,
- Kemik yoğunluğunuzu ve kuvvetinizi artırır,
- Stresinizi azaltır ve gevşemenizi sağlar,
- Endişe ve depresyonu azaltır,
- Kendinize güvenizi artırır ve kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar,
- Egzersiz programı, doktorunuzun kontrolünden geçtikten sonra yapılmalıdır.



**İhtiyacınız olduğunda hastanenizi, doktorunuzu ve hemşirenizi
arayabilirsiniz.**

Hastaneniz;

Tel.....

Doktorunuz;

Adı.....

Telefon numarası.....

Hemşireniz;

Adı.....

Telefon numarası.....

EĞİTİM MATERYALİNİN KAYNAKLARI

1. Kalp Yetmezliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları, 2. Basım, 2007.
2. Güçlü MB, Sağlam M, İnce İD, Savcı S, Arıkan H. Kalp Damar Hastalıkları ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
3. Yeşildal N, Aslan N. Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesinde Beslenme Önerileri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **2003**; 12(7): 248.
4. Bilir N. Sigara ve Kalp Damar Hastalıkları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
5. Güçlü MB, Sağlam M, İnce İD, Savcı S, Arıkan H. Şeker Hastalığı ve Egzersiz. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
6. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Anıl Matbaacılık, Ankara, 2008.
7. Erdil F, Özhan EN. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 4. Baskı, Ankara: Ankara Kitapevi, 2001: 335-369.
8. National Heart Lung and Blood Institute. (<http://www.padcoalition.org/resources/patient.php>) 2007. Erişim tarihi: 30.11.2008.