

# Sekonder Koruma Eğitim Programının Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Bilgi Düzeyine Etkisi

The Effect of the Secondary Prevention Education Program on the Knowledge Level of Patients Diagnosed with Myocardial Infarction

(Araştırma)

*Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2005) 14-25*

**Yrd.Doç.Dr. Zöhre IRMAK\*, Doç.Dr. Hatice FESLİ\*\***

\*Muğla Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

\*\*Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

## ÖZET

Bu çalışma, sekonder koruma eğitim programının miyokard infarktüsü geçiren hastaların sekonder korunmaya yönelik bilgi düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır. Araştırma, Temmuz 2002- Aralık 2002 tarihleri arasında Zonguldak Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesi ve Temmuz 2002-Nisan 2003 tarihlerinde Zonguldak ili belediye sınırları içinde ikamet eden hastaların evlerinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 36 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi, sekonder koruma soru ve eğitim programını değerlendirme formları kullanılmıştır. Eğitim programının uygulanması hastanede başlatılmış ve hasta taburcu olduktan sonra ev ziyaretleriyle eğitim ve tartışma oturumlarına devam edilmiştir.

Eğitim programının sonunda öncesine göre hastaların aldıkları toplam bilgi puan ortalamalarının önemli oranda arttığı bulunmuştur. Program sonunda hastaların tamamı eğitim programını, verilen bilgi, kullanılan eğitim yöntemleri, kullanılan gereçler ve süre yönünden yeterli bulmuştur. Sonuçta, sekonder koruma eğitim programının miyokard infarktüsü geçiren hastaların sekonder korunmaya yönelik bilgi puan ortalamalarını önemli derecede arttırdığı saptanmıştır.

*Anahtar Kelimeler: Miyokard infarktüsü, sekonder koruma, eğitim programı, hemşirelik*

## ABSTRACT

This study was carried out as quasi-experimental to determine effect of the secondary prevention education program on patient's knowledge level who had myocardial infarction. This study was conducted at Zonguldak Social Insurance Regional Hospital in between July 2002 and December 2002, and at outpatient's home in the vicinity of Zonguldak in between July 2002 and April 2003. The sample of study was composed of 36 patients. The data were collected by using personal information, secondary prevention questionnaire and secondary prevention education program evaluation forms. The program was started at the hospital and then continued with education and discussion sessions by visiting the patients at their homes after discharge.

At the end of this education program it has been found out that mean score of patient's knowledge increased significantly in each and overall sessions with respect to the beginning of the program. Following the program, information, education methods and instruments in all sessions and duration of the education sessions that was included in secondary education program were found to be sufficient by all of the patients within this study. Consequently, it has been found that secondary prevention education program increased the knowledge level related to secondary prevention of the patients who had myocardial infarction.

*Key Words: Myocardial infarction, secondary prevention, education program, nursing*

## Giriş

Akut miyokard enfarktüsü geçiren ve taburcu olan hastalarda yeni bir enfarktüs ve ölüm riski yüksektir (1,2). Son yıllarda yapılan çalışmalarda yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisini kapsayan sekonder koruma tedavisinin yeni bir enfarktüs ve ölüm riskini azalttığı saptanmıştır (3,4).

Sekonder koruma tedavisinin etkinliğine ilişkin kanıtlar olmasına rağmen, hastaların önemli bir bölümünün bu tedaviden yararlanamadığı belirtilmektedir (1,3,5). Miyokard enfarktüsünden sonra hastalarda koroner risk faktörleri tanılanmasının yetersiz olduğu; bu riskleri azaltmak için hastaların düzenli ve yeterli öneri ya da bilgi almamaları belirtilmektedir (1,6). Hastaların bu tedaviyi düzenli alabilmeleri için gerekli koruyucu bakım sisteminin kurulması ve işlerlik kazanması gerektiği önemle vurgulanmaktadır (7,8).

Sekonder koruma tedavisinin etkinliği, hastaların önerilen yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uyum sağlamalarına bağlıdır. Ancak bu uygulamalar karmaşık olup (2), uyum için hastanın uzun süreli eğitim ve izleme gereksinimi vardır (9,10,11). Eğitim programları, hastaların yaşam tarzında davranış değişikliği ve ilaç tedavisine uyumu arttırmaları için gerekli bilgiyi içeren programlardır (9,11,12).

Sekonder koruma eğitim programları, hastanede başlatılmakla beraber hastaların hastanede kalma süresi kısa olduğundan eğitime ayrılan zaman da yetersiz olmaktadır (10,15). Hastanede kazanılan bilgi sınırlı olduğundan hastanın yaşam tarzı değişikliklerine uyumu da güçleşmektedir (6). Bilgi ihtiyacının giderilmesi için hastanede başlatılan eğitime hasta taburcu olduktan sonra da hastane dışında devam edilmesi gerekir (15,18,19). Hasta ve ailesine verilen bilgi, ihtiyacı karşılayacak düzeyde sürekli ve yazılı olmalıdır (10).

Hastanın hastalığı, risk faktörleri, yaşam tarzı ve ilaç tedavisi hakkındaki bilgi gereksiniminin belirlenmesi ve gereksinim doğrultusunda eğitim programına alınması, yaşam tarzı değişikliğine ve ilaç tedavisine (sekonder koruma tedavisine) uyumunu arttıracaktır (2,6). Tedaviye uyumun sağlanması ile hastanın koroner risk faktörleri azaltılarak, yeni bir infarktüs ve ölüm riski de azalacaktır (3).

Sekonder koruma programları, koroner risk faktörlerinin azaltılması amacıyla yoğun eğitim ve danışmanlığı kapsamaktadır (2,13). Bir sağlık eğitimcisi olarak hemşirelerin, sekonder koruma programlarının planlanması ve yürütülmesinde önemli rolleri vardır (2,14,15). Bazı çalışmalarda, hemşire yönetiminde uygulanan bu programların hastaların yaşam tarzını değiştirmede (13,16) ve risk faktörlerini azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (16,17).

### **Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı, miyokard infarktüsü geçiren hastalar için hazırlanan sekonder koruma eğitim programının hastaların sekonder korunmaya yönelik bilgi düzeylerine etkisini belirlemektir.

### **Araştırmanın Hipotezi**

H1: Sekonder koruma eğitim programı sonunda miyokard infarktüsü geçiren hastaların sekonder korunmaya yönelik bilgi düzeylerinde program öncesine göre anlamlı bir fark vardır.

### **Bireyler ve Yöntem**

#### **Araştırmanın Şekli**

Araştırma, sekonder koruma eğitim programının miyokard infarktüsü geçiren hastaların sekonder korunmaya yönelik bilgi düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapılmıştır.

#### **Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma, Zonguldak Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesi koroner yoğun bakım ünitesi ve kardiyoloji kliniği ile bu klinikten taburcu olan ve Zonguldak belediye sınırları içinde ikamet eden hastaların evlerinde yapılmıştır. Araştırmanın yapılması için, Zonguldak Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesi başhekimliğinden yazılı; hastalardan araştırmanın amacı, yararları açıklanarak sözlü onam alınmıştır.

#### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni, Zonguldak Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesine başvurup; miyokard infarktüsü tanısı alan ve Zonguldak ili belediye sınırları içinde ikamet eden tüm hastalardır. Araştırmanın örneklemini, Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesine 1 Temmuz 2002-31 Aralık 2002 tarihleri arasında başvurup; miyokard infarktüsü tanısı alan, Zonguldak belediye sınırları içinde ikamet eden ve en az okur yazar olan toplam 36 hastadan oluşmuştur.

## Veri Toplama Formları

Verilerin toplanmasında kişisel bilgi, sekonder koruma soru ve eğitim programını değerlendirme formları kullanılmıştır.

Kişisel bilgi formu; hastaların sosyodemografik özelliklerini ve hastalıklarına ilişkin bilgileri içermektedir.

Sekonder Koruma Soru Formu; bu form, hastaların eğitim programı öncesi ve sonrası bilgi düzeylerini belirlemek için uygun literatür incelenerek hazırlanmıştır (3,4,7,11,13,17,20,23). Formda, miyokard enfarktüsü ve risk faktörleri, hipertansiyon, beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisi konularına yönelik sorular yer almaktadır.

Eğitim programını değerlendirme formu; eğitim programının sonunda hastanın anlatılan her bir konuyu verilen bilgi, kullanılan eğitim yöntemleri, kullanılan gereçler ve süre açısından değerlendirmesi amacıyla hazırlanmıştır.

## Sekonder Koruma Eğitim Programının Hazırlanması

Hazırlanan eğitim programı altı konu ve altı oturumu içermektedir. Oturumların konu başlıkları ise miyokard enfarktüsü ve risk faktörleri, hipertansiyon, beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisidir.

Programda; eğitim programının tanımı, eğitim programının genel hedefleri, her bir oturumun amacı, öğrenim hedefleri, kullanılan eğitim yöntemleri, oturum süresi, konunun nasıl işleneceği ve içerik yer almaktadır. Eğitim programı ve soru formu hazırlandıktan sonra konu alanındaki üç uzmana gönderilmiştir. Uzmanlar programı kapsam, genel hedefler, öğrenim hedefleri, kullanılan eğitim yöntemleri, oturumun süresi ve nasıl işleneceği ile ölçme aracı (soru formu) açısından değerlendirmiştir. Değerlendirme sonucu önerilen değişiklikler yapılarak programın son şekli verilmiştir.

Hastalara verilen bilgi zamanla azalacağından (12), hastaların hastalığına, önerilen yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştırmak için yazılı materyalin verilmesi önemlidir (6,20). Bu nedenle eğitim programında yer alan her bir oturum konusunun içeriği çerçevesinde 6 adet de kitapçık hazırlanmıştır.

## Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Zonguldak Devlet Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmada kullanılacak soru formunun işlerliğini belirlemek ve eğitim programının uygulanmasındaki aksaklıkları gidermek için 1 Nisan 2002 - 31 Mayıs 2002 tarihleri arasında Zonguldak Devlet hastanesine başvuran ve miyokard enfarktüsü tanısı alan 8 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonunda soru formunda ve eğitim programının uygulanmasında gerekli değişiklikler yapılmıştır .

Kitapçıklar basılmadan önce ön uygulamaya alınan ve farklı eğitim düzeyinde olan 8 hastaya okutulmuştur. Hastaların, ihtiyacın karşılanması ve içeriğin anlaşılabilirliği açısından değerlendirmeleri alınmış ve kitapçıklar üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

## Sekonder Koruma Eğitim Programı ve Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulaması Temmuz 2002-Aralık 2002 tarihleri arasında hastanede ve Temmuz 2002-Nisan 2003 tarihleri arasında ev ziyaretleri ile hastaların evlerinde yapılmıştır.

Sekonder koruma eğitim programı ve veri toplama araçları aşağıdaki şekilde uygulanmıştır:

Eğitim programı uygulanmadan önce hastaların sekonder korumaya yönelik bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi için durumları stabil olur olmaz (17, 21) ya da miyokard infarktüsü sonrası ilk 48 saat içinde (22) kişisel bilgi ve sekonder koruma soru formları doldurulmuştur.

Miyokard infarktüsünden sonraki üçüncü gün (17) bireysel eğitim oturumlarına başlanmıştır. Her bir konu bir oturumda verilmiştir. Böylece altı eğitim oturumu, günde 2 oturum olacak şekilde üç günde bitirilmiştir. Eğitim programında yer alan oturumlardan miyokard infarktüsü ve risk faktörleri 30, beslenme alışkanlığının değiştirilmesi 40, sigaranın bırakılması 15, hipertansiyon, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisi ise 20'er dakika sürmüştür. Konunun işlenişinde ise anlatma, soru-cevap, tartışma, demonstrasyon gibi interaktif eğitim yöntemleri kullanılmıştır. Her bir hastaya oturumların bitiminde, hazırlanan 6 kitapçık ile birlikte ev ziyaretlerinin dışında danışmanlık almaya ihtiyaç duyduklarında araştırmacı ile iletişim kurabilecekleri telefon numarası da verilmiştir.

Hastaların hastanede kalma süresi kısa olduğundan (komplikasyonsuz olan hastalar için bu süre 5-7 gündür (23) hastanede verilen bilginin kazanılması da yetersiz olmaktadır (10,15). Yaşam tarzı değişikliği ve tedaviye uyum için uzun süreli eğitime gereksinim vardır (6). Verilen bilgi de zamanla azalacağı için hastanede başlatılan eğitime hastane dışında devam edilmesi önemlidir (15,18,19). Aynı zamanda, gerçek yaşam tarzı değişikliğinin sağlanabilmesi için hastanın 6-12 hafta kadar izlenmesi gereklidir (20). Eğitimin sürekliliğinin ve yaşam tarzı değişikliğinin sağlanması nedeniyle hastalar 4 ay/14 hafta kadar izlenmiştir. Hastalara taburcu olduktan sonraki 2. hafta içinde genellikle 10. günde ilk ev ziyareti yapılmıştır. İkinci ziyaret 2. ayda (6. hafta) üçüncü ziyaret ise ikinci ziyaretten 4 hafta sonra 3. ayda (10.hafta) ve dördüncü ziyaret ise 4. ayda (14. hafta) yapılmıştır.

Her ev ziyaretinde (birinci, ikinci ve üçüncü ev ziyaretlerinde) hastaların sekonder korumaya yönelik programda belirtilen hedefler doğrultusunda bilgi gereksinimi değerlendirilmiş ve gereksinim doğrultusunda eğitim ve tartışma oturumlarına devam edilmiştir. Aile hastanın hastalığına ve yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlamasında önemli destek ve motivasyon sağladığından dolayı ailenin de eğitim gereksinimi giderilmelidir (10). Bu nedenle ev ziyaretlerinde yapılan eğitim ve tartışma oturumlarına 2 hasta dışında (bir hasta yalnız ve bir hastada kızı ile birlikte yaşadığı ve ev ziyaretlerinde kızı çalıştığı için evde olmadığından) diğer hastaların aile üyeleri (eş, gelin ve kızı) de alınmıştır. Üçüncü ev ziyaretinin sonunda eğitim sürecini değerlendirme formu ve dördüncü ev ziyaretinin sonunda ise son değerlendirme için soru formu doldurulmuştur. Eğitim programı boyunca eğitim oturumları için her hastaya harcanan süre ortalama 3.7 saattir.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Hastaların program öncesi ve sonrası bilgi düzeylerine ilişkin elde edilen verilerin değerlendirilmesi ise aşağıdaki şekilde yapılmıştır.

Soru formunun cevap anahtarı geliştirilmiş ve bu anahtar doğrultusunda hastaların yanıtları değerlendirilmiştir. Cevap anahtarı doğrultusunda soru formunda yer alan her bir sorunun her bir doğru yanıtına bir puan verilerek hastaların oturum konularından aldıkları bilgi puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Buna göre miyokard enfarktüsü ve risk faktörleri konulu oturum 25, hipertansiyon 10, beslenme alışkanlığının değiştirilmesi 30, sigaranın bırakılması 5, fiziksel aktivite 10 ve ilaç tedavisi 20 puan olmak üzere, soru formu toplam 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. Ayrıca oturumlarda yer alan soruları tam olarak doğru yanıtlayanlar “bilen” yanıtlayamayanlar ise “bilmeyen” olarak sınıflandırılarak değerlendirilme yapılmıştır.

Araştırmanın istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS/10.0 paket programı kullanılmıştır. Eğitim programını değerlendirme formu ve kişisel bilgi formundan elde edilen veriler sayı ve yüzde ile değerlendirilmiştir. Hastaların program öncesi ve sonrası her bir oturumda yer alan soruların yanıtlarını bilme durumu yüzdelik, her bir oturum ve tüm oturumlarda aldıkları toplam bilgi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi kullanılmıştır.

## Bulgular

Hastaların sosyodemografik özelliklerine bakıldığında; hastaların % 52.8’i 55-64 ( $\bar{x}$  =53.75, SS=8.2) yaş grubunda ve % 77.8’i erkektir. Çoğunluğu (% 69.4) ilköğretim mezunu ve evli (% 94.4) olup; % 58.3’ü ise çalışmamaktadır (emekli/ev kadını). Hastaların % 88.9’u ilk kez miyokard enfarktüsü geçirmiştir. Hastaların % 27.9’unun ailesinde de enfarktüs hikayesi vardır. Miyokard enfarktüsünden önce hastaların % 33.3’ünde hipertansiyon, % 11.1’inde diabetes mellitus ve % 8.4’ünde ise hem hipertansiyon hem de diabetes mellitus olduğu görülmüştür. Hastaların % 83.2’si hastalığı, risk faktörleri, yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi ile ilgili bilgi almadığını; bilgi alan altı hastadan (% 16.8) sadece ikisi miyokard enfarktüsü, ikisi diyet ve ikisi de diyet ve sigara ve konusunda bilgi aldıklarını ifade etmiştir.

Tablo 1’de görüldüğü gibi “miyokard enfarktüsü ve risk faktörleri” konulu oturum sorularının cevapları puanlandığında; hastaların program öncesi bilgi puan ortalaması  $5.50 \pm 3.21$  iken program sonrası  $15.91 \pm 3.20$ ’e yükselmiştir. Puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Hastaların bu oturumda yer alan soruların yanıtlarını bilme durumu değerlendirildiğinde ise tüm yanıtların bilinme oranında önemli bir yükselme olmuştur. Program sonunda öncesine göre en fazla oranda yükselme sırasıyla “stres ile baş etmenin miyokard enfarktüsüne olan yararları nelerdir” sorusunun “kan basıncı düşer” (% 83.3’den % 5.6’ya), “stres ile baş etmenin yolları nelerdir” sorusunun “işlerin arasında dinlenmek” (% 86.1’den % 11.1’e), “stresin miyokard enfarktüsüne etkileri nelerdir” sorusunun “kan basıncı yükselir” (% 80.6’dan % 8.3’e) ve “şeker hastalığının kontrol edilmesinin miyokard enfarktüsüne etkisi nedir” sorusunun “enfarktüs riski azalır” (% 80.6’dan % 11.1’e) yanıtlarında olmuştur.

Hastaların eğitim programında yer alan “hipertansiyon” konulu oturum sorularının

**Tablo 1. Hastaların Sekonder Koruma Eğitim Programı Öncesi ve Sonrasına Göre Bilgi Puan Ortalamaları**

Oturumlar	Sekonder Koruma Eğitim Programı		SS	t*	P
	Öncesi $\bar{X} \pm SS$	Sonrası $\bar{X} \pm SS$			
Miyokard infarktüsü ve risk faktörleri	5.50 ± 3.21	15.91 ± 3.20	3.49	-17.89	0.000
Hipertansiyon	1.97 ± 1.79	6.08 ± 1.81	1.63	-15.08	0.000
Beslenme alışkanlığının değiştirilmesi	5.44 ± 4.40	25.36 ± 2.88	3.96	-30.18	0.000
Sigaranın bırakılması	1.38 ± 1.37	3.58 ± 0.50	1.45	-9.07	0.000
Fiziksel aktivite	0.47 ± 1.27	7.88 ± 1.52	1.51	-29.29	0.000
İlaç tedavisi	1.72 ± 1.71	12.08 ± 3.07	2.89	-21.43	0.000
Toplam	16.50 ± 11.00	70.91 ± 10.64	9.18	-35.53	0.000

\*İki Eş Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

yanıtları değerlendirildiğinde; bilgi puan ortalamasının program öncesi  $1.97 \pm 1.79$  iken program sonrası  $6.08 \pm 1.81$ 'e yükseldiği ve puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Bu oturumdaki soruların yanıtlarının bilinme durumuna genel olarak bakıldığında; program sonunda, öncesine göre hemen hemen tüm yanıtların bilinme oranında dikkati çeken bir yükselme olmuştur. En çarpıcı yükselme sırasıyla “kan basıncının normal sınırlarda olması için yaşam tarzında yapılması gereken değişiklikler nelerdir” sorusunun “tuzu azaltmak” (% 9 1.7’den % 33.3’e) ve “kan basıncının normal sınırlarda tutmanın miyokard infarktüsüne etkileri nelerdir” sorusunun “yeni bir infarktüs riski azalır” (% 66.7’den % 11.1’e) yanıtlarında olmuştur.

“Beslenme alışkanlığının değiştirilmesi” konulu oturum sorularının yanıtları değerlendirildiğinde; hastaların bilgi puan ortalaması program öncesi  $5.44 \pm 4.40$ , program sonrası ise  $25.3 \pm 62.88$  dir. Program sonrasındaki bu artışın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Bu oturumda yer alan soruların yanıtlarına genel olarak bakıldığında program sonunda, öncesine göre soruların hemen hemen tüm yanıtlarının bilinme oranında dikkati çeken bir yükselme olmuştur. En çarpıcı yükselme sırasıyla “yağ, et, süt ve yumurta sarısı gibi besin gruplarından günlük tüketmeniz gereken miktar ne kadardır” sorusunun “sıvı yağ; iki yemek kaşığı” (% 100’den % 0’a), “meyve, sebze, ekme ve kurubaklagil gibi besin gruplarından günlük tüketmeniz gereken miktar ne kadardır” sorusunun “sebze; en az üç porsiyon” (% 100’den % 2.8’e) “meyve; üç porsiyon” (% 94.4’den % 2.8’e) ve “bitkisel kaynaklı hangi besin gruplarını tercih etmeniz gerekir” sorusunun “kurubaklagiller” (% 100’den % 8.3’e) yanıtlarında olmuştur. Bununla birlikte program sonunda hastaların tamamı (% 100) “hastalığınız nedeniyle hangi yağı kullanmanız gerekir” sorusunun “bitkisel yağ”, “neden bitkisel yağı kullanmanız gerekir” sorusunun “kolesterol düzeyini düşürür”, “hastalığınız nedeniyle almamanız gereken kolesterol yönünden zengin yiyecekler nelerdir” sorusunun “kırmızı et/sakatlar”,



“yağ, et, süt, yumurta gibi besin gruplarından günlük tüketmeniz gereken miktar ne kadardır” sorusunun “yumurta sarısı; haftada 1 tane”, “hastalığınız nedeniyle almamanız gereken yağlı/şekerli yiyecekler nelerdir” sorusunun “tereyağı veya çikolata eklenmiş tatlılar”, “bitkisel kaynaklı hangi besin gruplarını tercih etmeniz gerekir” sorusunun “sebze” ve “hastalığınız nedeniyle neden tuzun kısıtlanması gerekir” sorusunun “kan basıncının yükselmesini önlemek için kısıtlanır” yanıtlarını bilmıştır.

Hastaların sigaranın hastalığına etkilerini bilme durumunu belirlemek amacıyla hazırlanan “sigaranın bırakılması” konulu oturum sorularının yanıtları değerlendirildiğinde; hastaların bilgi puan ortalaması, program öncesi  $1.38 \pm 1.37$  iken, program sonrası  $3.58 \pm 0.50$ 'ye yükselmiştir. Puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Soruların yanıtlarının bilinme durumuna bakıldığında; program sonunda öncesine göre “sigara içiminin hastalığınıza etkileri nelerdir” sorusunun “pıhtı oluşmasına neden olur” (% 11.1'den % 2.8'e) yanıtının dışında diğer soruların tüm yanıtlarının bilme oranında dikkati çeken bir yükselme olmuştur. Program sonunda hastaların tamamı sigara içiminin hastalığına olan etkileri sorulduğunda “koroner damarları daraltır”, çevredeki sigara dumanına maruz kalmanın hastalığına etkisi sorulduğunda “infarktüs riski artar” ve sigara içmemenin hastalığına etkisi sorulduğunda “yeni bir infarktüs riski azalır” yanıtlarını bilmişlerdir.

“Fiziksel aktivite” konulu oturum sorularının yanıtları değerlendirildiğinde; hastaların bilgi puanı ortalaması program öncesi  $0.47 \pm 1.27$ 'den, program sonrası  $7.88 \pm 1.52$ 'ye yükselmiştir. Puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Bu oturumda yer alan soruların yanıtlarının bilinme oranı incelendiğinde; program sonunda öncesine göre “düzenli egzersiz yapmanın hastalığınıza etkileri nelerdir” sorusuna “kan basıncını düşürür” yanıtının dışında (% 16.7'den % 2.8'e) diğer soruların tüm yanıtlarının bilinme oranında çarpıcı bir yükselme olmuştur. Program sonunda hastaların % 90'ından fazlası “düzenli egzersiz gereksiniminiz nedir” sorusuna “haftada en az 3-4 kez 30-45 dk yürüme/yüzme/ bisiklete binme”, “hastalığınız nedeniyle yapmamanız gereken işler nelerdir” sorusuna “ağırılık kaldırmak”, ve “egzersize başlamanızı ve sürdürmenizi engelleyen yakınmalar nelerdir” sorusuna “göğüs ağrısı” ve “nefes darlığı” yanıtını vermişlerdir.

“İlaç tedavisi” konulu oturum sorularının yanıtları değerlendirildiğinde; hastaların program öncesi bilgi puan ortalaması  $1.72 \pm 1.71$ 'den, program sonrası  $12.0 \pm 3.07$ 'ye yükselmiştir. Puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Bu oturumdaki soruların yanıtlarının bilinme oranına genel olarak bakıldığında program sonunda öncesine göre tüm yanıtları bilme oranında bir yükselme olmuştur. En fazla oranda yükselme sırasıyla “ACE (Angiotensin Converting Enzyme) inhibitörlerinin yan etkileri nelerdir” sorusuna “öksürük”, “nitratların etkileri nelerdir” sorusuna “göğüs ağrısını önler/geçirirler”, “beta-blokerlerin etkileri nelerdir” sorusuna “tansiyonu düşürürler” ve “aspirinin yan etkileri nelerdir” sorusuna “mide rahatsızlığı /kanaması” yanıtlarında olmuştur (sırasıyla % 94'den % 0'a, % 92.7'den % 2.8'e, % 97.2'den % 8.3'e, % 100'den % 13.9'a).

Sekonder koruma eğitim programında yer alan miyokard enfarktüsü ve risk faktörleri, hipertansiyon, beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisi konulu oturumlarda alınan toplam bilgi puan ortalamaları ince-



lendiğinde; program öncesi hastaların bilgi puan ortalaması  $16.50 \pm 11.00$  iken sonrası  $70.91 \pm 10.64$ 'e yükselmiş olup; puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur ( $P < 0.05$ ). Eğitim programında yer alan her bir oturumda alınan bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; program sonunda öncesine göre en fazla artış sırasıyla fiziksel aktivite ( $7.88 \pm 1.52$  den  $0.47 \pm 1.27$ 'ye) ve beslenme alışkanlığının değiştirilmesi ( $25.36 \pm 2.88$  den  $5.44 \pm 4.40$ 'a) oturumlarında olmuştur.

Bu sonuçlara göre "Sekonder koruma eğitim programı sonunda miyokard infarktüsü geçiren hastaların sekonder korunmaya yönelik bilgi düzeylerinde program öncesine göre anlamlı bir fark vardır" hipotezi kabul edilmiştir.

Tablolaştırılmamakla birlikte üçüncü ziyaretin sonunda hastaların eğitim programında yer alan miyokard infarktüsü ve risk faktörleri, hipertansiyon, beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, sigaranın bırakılması, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisi konulu oturumların her birini ayrı ayrı değerlendirmeleri istenmiştir (yeterli, kısmen yeterli, yetersiz). Hastaların tamamı her bir oturumda konu hakkında verilen bilgiyi, konu anlatımında kullanılan eğitim yöntemlerini, gereçlerini ve konuya ayrılan süreyi yeterli bulmuşlardır. Hastalara her bir oturumda verilen bilginin dışında ek bilgi, kullanılan yöntemlerin dışında ek yöntem, kullanılan gereçlerin dışında ek gereç isteyip istemedikleri sorulduğunda, yalnızca 2 hasta (% 5.6) miyokard infarktüsü ve risk faktörleri konulu oturumda ek bilgi olarak stres ile ilgili daha fazla bilgi istemiştir. Konunun kendileri için ne kadar yararlı olduğu sorulduğunda (Çok, orta, az, hiç) ise hastaların tamamı çok yararlı olduğunu belirtmiştir.

## Tartışma

Eğitim programlarının hastaların hastalığı ve yaşam tarzı konusundaki bilgisine olan etkisini değerlendiren bir çok çalışma, hastaların bilgi düzeyinin önemli düzeyde arttığını göstermektedir (2,6,16) Buna karşılık literatürde eğitim programları sonucunda hastaların bilgi düzeyinde herhangi bir değişikliğin olmadığını gösteren çalışma sonuçlarının da olduğu belirtilmektedir (12,13). Bu çalışmada hastaların miyokard infarktüsü, risk faktörleri, yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi konularını kapsayan sekonder koruma eğitim programı sonunda, öncesine göre bilgi düzeylerinin önemli düzeyde arttığı saptanmıştır.

Hastaların program sonunda öncesine göre "miyokard infarktüsü ve risk faktörleri", "hipertansiyon", "beslenme alışkanlığının değiştirilmesi", "sigaranın bırakılması", "fiziksel aktivite", "ilaç tedavisi" konulu her bir oturumda ve tüm oturumlardan aldıkları toplam bilgi puan ortalamalarının önemli oranda arttığı bulunmuştur (sırasıyla  $15.91 \pm 3.20$ 'den  $5.50 \pm 3.21$ 'e ,  $6.08 \pm 1.81$ 'den  $1.97 \pm 1.79$ 'a,  $25.36 \pm 2.88$ 'den  $5.44 \pm 4.40$ 'a puan,  $3.58 \pm 0.50$ ' den  $1.38 \pm 1.37$ 'e ,  $7.88 \pm 1.52$ 'den  $0.47 \pm 1.27$ 'e ,  $12.08 \pm 3.07$ 'den  $1.72 \pm 1.71$ 'e ve  $70.91 \pm 10.64$ 'den  $16.50 \pm 11.00$ 'e ; tablo 1).

Eğitim programının hastaların hastalığı ve yaşam tarzı değişikliği konusundaki bilgi durumuna etkisini değerlendiren bazı çalışmaların sonuçları da çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. McCarney ve ark'nın (6) yaptığı çalışmada, ilk kez kardiyovasküler hastalık tanısı alan ve taburcu olduktan sonraki ilk bir ay içinde primer bakım alanında değerlendirilen hastaların (n=42) büyük bir çoğunluğunun hastalığı ve yaşam

tarzı değişikliği konularındaki bilgilerinin iyi olduğu saptanmıştır. Lisspers ve ark. (16) koroner kalp hastalarının yaşam tarzında davranış değişikliğine odaklanan bir programın etkilerini değerlendirdiklerinde, 12 ay boyunca izlenen hastaların program öncesi ve sonrası diyet bilgi puanları arasındaki farkın önemli olduğu bulunmuştur. Zernike ve Henderson'ın (12) çalışmasında ise, kardiyovasküler hastalık tanısı nedeniyle yatan ve hipertansiyonu olan hastalara (n=40) uygulanan bir eğitim programı sonunda kontrol grubundaki hastaların pre-test ve post-test bilgi düzeylerinde önemli bir değişiklik olmazken, diğer gruptaki hastaların yaşam tarzı değişikliği konusundaki bilgi puanlarının önemli düzeyde arttığı görülmüştür. Miyokard enfarktüsü geçiren hastalara hastalığı ve risk faktörleri, sigaranın bırakılması, beslenme alışkanlığının değiştirilmesi, fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve aspirin, beta-blokerler, anjiyotensin çevirici enzim inhibitörleri, lipid düşürücüler, nitratlar ve kalsiyum kanal blokerleri konusunda verilen eğitim, hastaların hastalığına ve sekonder korumada önerilen yaşam tarzı değişikliği ile ilaç tedavisine uyumunu kolaylaştıracaktır.

Hastaların program öncesi ve sonrası oturumlara göre bilgi puan artışları karşılaştırıldığında; en fazla artışın sırasıyla "fiziksel aktivite" ( $0.47 \pm 1.27$ 'den  $7.88 \pm 1.52$ 'ye) ve "beslenme alışkanlığının değiştirilmesi" ( $5.44 \pm 4.40$ 'den  $25.36 \pm 2.88$ 'e) konulu oturumlarda olduğu görülmüştür (tablo 1). Bu oturumlardaki bilgi puan ortalamalarındaki artışın daha fazla olmasının nedeni olarak genellikle soruların yanıtlarının günlük yaşantıda kullanılabilir basit ve somut bilgileri içermesi söylenebilir. Çünkü somut bilgi daha kolay anlaşılır ve günlük hayatta daha fazla kullanılır (20). Bu nedenle miyokard enfarktüsü geçiren hastaların hastalığına, yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uyum sağlayabilmeleri için verilen bilginin somut ve iyi tanımlanmış olması gerekmektedir.

Eğitim programı sonunda hastaların her bir oturumu ayrı ayrı değerlendirmeleri istendiğinde; hastaların tamamı her bir oturumda verilen bilgi, kullanılan eğitim yöntem ve gereçler ile süre yönünden yeterli bulmuşlardır. Ayrıca yine hastaların tamamı konunun kendileri için çok yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde (2, 20) miyokard enfarktüsü geçiren hastaların genellikle hastalığından sonra verilen bilgiden dolayı memnun kaldıkları; yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uyum için kendilerini daha güvende hissettikleri belirtilmektedir. Zernike ve Henderson'ın (12) yaptığı çalışmada eğitim programı sonunda bütün hastaların verilen eğitimden çok memnun oldukları saptanmıştır. Wright ve ark.'nın (2) yaptıkları kalitatif bir çalışmada ise hemşirelerin hastalara; hastalığı, yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi konusunda verdikleri eğitimden sonra; hastaların bu konularda yeterli bilgiye sahip olduklarına inandıkları ve hemşirelerin verdiği destek, bilgi ve beceriden dolayı memnun oldukları belirlenmiştir.

## Sonuç ve Öneriler

Miyokard enfarktüsü geçiren hastalara yönelik hazırlanan sekonder koruma eğitim programının hastaların sekonder korumaya ilişkin bilgi düzeylerini arttırmada etkili olduğu saptanmıştır. Eğitim programından sonra hastaların, eğitim programını yeterli buldukları ve verilen eğitimin kendileri için çok yararlı olduğuna inandıkları belirlenmiştir. Hastaların yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisine uyum sağlayabilmeleri için hemşirelerin bu programı hastane ve evdeki izlemlerde uygulamaları önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Moher M, Yudkin P, Wright L, Turner R, Fuller A, Schofield T, Mant D. Cluster randomised controlled trial to compare three methods of promoting secondary prevention of coronary heart disease in primary care. *British Medical Journal* 2001;322 (7298): 1338-1345.
2. Wright FL, Wiles RA, Moher M. Patients 'and practice nurses' perceptions of secondary preventive care for established. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10(2): 180-189.
3. Smith SC. The challenge of risk reduction therapy for cardiovascular disease. *American Family Physician* 1997; 55(2): 491-501.
4. Carlsson CM, Cornes M, McBride PE, Stein JH. Managing dyslipidemia in older adults. *J Am Geriatric Soc* 1999;47:1458-1465.
5. Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM . Secondary prevention in coronary heart disease: baseline survey of provision in general practice. *BMJ* 1998a;316 (9):1430- 1433.
6. McCarney R, Shapley M, Goodwin R, Croft P. The introduction of a routine monitoring system in primary care for patients with a first episode of cardiovascular disease. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(6): 1376-1382.
7. Thomas TS. Improving care with nurse case managers: practical aspects of designing lipid clinics. *Am. J. Cardiol* 1997; 80(88): 62H-65H.
8. Jolly K, Bradley F, Sharp S, Smith H, Thompson S, Kinmonth AL, Mant D for The SHIP Collaborative Group. Randomised controlled trial of follow up care in general practice of patients with myocardial infarction and angina: Final results of the Southampton heart integrated care. *BMJ* 1999; 318: 706-711.
9. Goodman H. Patient's perceptions of their education in first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25: 1241-1251.
10. Robinson KR. Envisioning a network of care for at-risk patients after myocardial infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1999;14 (1):75-88.
11. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. *The New England Journal of Medicine* 2001; 345(12): 892-902.
12. Zernike W, Henderson A. Evaluating the effectiveness of two teaching strategies for patients diagnosed with hypertension. *Journal of Clinical Nursing* 1998;7 (1):37-45.
13. Carlsson R, Lindberg G, Westin L, Israelsson B. Influence of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. *Heart* 1997; 77: 256-259.
14. Campbell NC, Thain J, Deans HG, Ritchie LD, Rawles JM, Squar JL. Secondary prevention clinics for coronary heart disease: randomised trial of effect on health. *BMJ* 1998b; 316: 1434-1437.
15. Edwardson SR. The consequences and opportunities of shortened lengths of stay for cardiovascular patients. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1999;14 (1):1-11.
16. Lisspers J, Hoffman-Bang C, Nordlander R, Ryden L, Sundin Ö, Öhman A, Nygren A. Multifactorial evaluation of a program for lifestyle behavior change in rehabilitation and secondary prevention of coronary artery disease. *Scand Cardivasc J* 1998; 33: 9-16.
17. DeBusk RF, Miller NH, Superko R, Dennis CA, Thomas RJ, Lew HT, Berger III WE, Haller RS, Rompf J, Gee D, Kraemer HC, Bandura A, Ghandour G, Clark M, Shah RV, Fisher L, Taylor B. A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Ann Intern Med* 1994; 120: 721-729.
18. Fleury J, Moore SM. Family-centered care after acute myocardial infarction. *The Journal of Cardiovascular Nursing* 1999;13 (3):73-82.
19. Dougherty CM, Johnson-Crowley NR, Lewis FM, Thompson EA. Theoretical development of Nursing interventions for sudden cardiac arrest survivors using social cognitive theory. *Adv Nurs Sci* 2001; 24 (1):78-86.

20. Thompson DR. and Lewin RJP. Management of the post-myocardial infarction patient: rehabilitation and cardiac neurosis. *Heart* 2000; 84: 101-105.
21. Cleophas TJ, de Jong SJ, Niemeyer MG, Tavenier P, Zwinderman K, Kuypers CL. Changes in life – style in men under sixty years of age before and after acute myocardial infarction: a case-control study. *Angiology-The Journal of Vascular Diseases* 1993; 44(10): 761-768.
22. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow- up of hospitalized elders. *JAMA* 1999; 281(7): 613-620.
23. Antman EM, Braunwald E. Acute myocardial infarction, *Harrison's Principles of Internal Medicine* 2001; 15 (1): 1386-1399.