

# Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Yaşam Şekli Değişikliği: Pender' in Sağlığı Geliştirme Modeli

## *Life Style Modification in Individulas with Myocardial Infarction: Pender's Health Promotion Model*

Sibel Sevinç

Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu Karataş Kampüsü, Kilis.

### ÖZET

Bu makalede, Pender'in sağlığı geliştirme modelinin Miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde uygulanmasına yer verilmiştir. Kardiyoloji kliniği hemşirelerinin miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde kardiyak rehabilitasyon programı ve taburculuk planlamasında sağlığı geliştirme modeli kullanımı önemlidir. Böylece bu kişilerde yaşam tarzı değişikliği oluşturmak kolaylaştırılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Miyokart infarktüsü; yaşam şekli değişikliği; sağlığı geliştirme modeli.

### ABSTRACT

In this article, it is given the applying Pender's health promotion model of myocardial infarction in individuals. Cardiology clinic nurses to use health promoting model is important to cardiac rehabilitation programs and discharge planning in individuals with myocardial infarction. So for these people to create lifestyle changes can be facilitated.

**Key words:** Myocardial infarction; life style modification; health promotion model.

### GİRİŞ

Miyokart infarktüsü (MI) koroner kalp hastalığının (KKH) acil durumudur ve KKH tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de, erişkinlerdeki mortalite ile morbidite ve iş görmezliğin başta gelen sebeplerinden olup, giderek artan sağlık harcamalarında da önemli bir pay sahibidir.<sup>[1]</sup>

Dünya genelinde 2000 yılında 12 milyondan fazla insan, ateroma ve sonrası trombus gelişimine bağlı kardiyovasküler hastalıklardan hayatını kaybetmiştir ve bu sayının 2020 yılı için 24 milyon olacağı tahmin edilmektedir.<sup>[2]</sup>

Türkiye'de de, Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Taraması (TEKHARF) 2007-2008 tarama örnekleminde 449 erkek ile kadında KKH varlığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, 35 yaş ve üzerindeki 29.5 milyon nüfusta 3.1 milyon kişinin, yani bin yetişkin başına Türkiye genelinde 105 kişinin koroner hastası olduğu anlamına gelir. Bu tespit KKH'nın halkımızda 1990 yılından bu yana yılda %6.4 hızında -diğer bir ifadeyle 200 bin kişi- arttığını göstermektedir. Bu dönemde 35 yaş ve üzerindeki nüfus yılda %3.3 hızıyla arttığına göre, KKH, nüfus artışı ve nüfusun yaşlanmasından bağımsız, hayat tarzımıza bağlı değişiklikler sonucu, yılda ortalama %3 artmaktadır.<sup>[3]</sup>

Geliş tarihi: 28.04.2016 Kabul tarihi: 19.12.2016

Sorumlu Yazar: Yard. Doç. Dr. Sibel Sevinç

Yazışma adresi: Kilis 7 Aralık Üniversitesi Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksekokulu Karataş Kampüsü Kilis – Türkiye.

Telefon: 0 348 814 30 95/7029 E-posta: sibelsevis@gmail.com

Koroner kalp hastalığı ölümlerinin %70'i ve MI ölümlerinin ise %50'si geçmişte koroner arter hastalığı olanlarda görülmüştür.<sup>[1]</sup> Bunun yanında fiziksel fonksiyonun korunması ve sekonder koroner olayların önlenmesi ve bu popülasyonlarda yeniden hastaneye yatışlar, majör koruyucu sağlık bakım problemleridir ve sistematik bir yaklaşım gerektirirler.<sup>[4]</sup> Bu nedenlerle, koroner kalp hastalığının akut şekli olan MI sonrası hayatta kalan bireylerde sekonder korunma yöntemlerine başlanmalıdır.

EUROASPIRE III (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events) çalışmasının Türkiye verileri, Avrupa'ya benzer şekilde, ülkemizde de kardiyovasküler korunma hedeflerinin gerisinde kaldığını göstermiştir.<sup>[5]</sup> Başlıca hedef; sigarayı bırakmak, lipitleri agresif olarak düşürmek, kilo kontrolü, kan basıncı ve diyabeti kontrol etmektir. Bu hedeflere ulaşmada uygulanan stratejinin önemli parametreleri, yaşam şeklinin düzenlenmesi, aspirin, beta bloker, ACE-İ, statin gibi ilaçların doğru kullanılmasının sağlanması ve rehabilitasyondur.<sup>[2]</sup>

Ülkemizde Mİ geçiren hastalar yoğun tedavi ve bakımı ancak hastane ortamında almakta ve sözel olarak standart bilgiler verilerek taburcu edilmektedirler. Ev koşullarında ise kendi kaderlerine terk edilmekte, taburculuk dönemindeki bireysel risk faktörlerine göre sağlığı geliştirme davranışları kazanmaları için desteklenip, yaşam biçimi düzenlenmesi için yeterince yönlendirilmemektedirler. Bu nedenle kısa süre sonra gelişen bir infarktüs ya da komplikasyon nedeniyle yeniden hastaneye yatış yapmakta, tekrar revaskülarizasyona ihtiyaç duymakta ya da yaşamlarını kaybetmektedirler.<sup>[6]</sup>

Miyokart infarktüsü sonrası kardiyak risk faktörlerini kontrol altına alabilmek ve daha iyi bir prognoz göstermelerini sağlamak için sağlık davranışlarının geliştirilmesi önemlidir. Bu sağlık davranışlarının geliştirilebilmesi için kişilerin gelişmiş bir öz-yeterlilik algılarının olması gerekmektedir.

Ancak hastaların kendi durumlarının ve risk faktörlerinin farkında olup, bunlara yönelik sağlık davranışı geliştirmesi ve öz-yeterliliklerinin yükseltilmesi bireylerin ya da yakınlarının kolaylıkla baş edebilecekleri bir konu değildir. Bu nedenle, bilgiye yoğun gereksinim ve ilgi duyulan infarktüs aşamasını izleyen dönemde hastalara eğitim verilmelidir. Bunun yanında, hastaların hastanedeki takip ve taburculuk döneminde Mİ geçirmelerine neden olan risklerini tanıyıp, kişiye özel

danışmanlığı içeren sağlık davranışı geliştirme planlaması yapılmalıdır.<sup>[6]</sup>

Avrupa klinik uygulamada kardiyovasküler hastalıklardan korunma kılavuzu (2012)'nin belirttiğine göre; Koruyucu Kardiyovasküler Hemşireler Birliği, Kardiyovasküler Hemşirelik ve İlişkili Meslekler Kurulu (CCNAP: Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions) ve AHA Kardiyovasküler Hemşirelik Kurulu yeni bir uzlaşma belgesi hazırlayarak, hemşirelere Kardiyovasküler Hastalık (KVH)'dan korunmada daha aktif faaliyet göstermeleri konusunda çağrı yapmıştır. Bu belge, dünya çapında korunmaya yönelik gereksinimi, hemşire-önderlikli veya -eşgüdümlü programları destekleyen kanıtları, yaşam boyu korunmayı, halk sağlığı ve çok basamaklı politikaları ve KVH'dan korunmada hemşirelerin aktif rol üstlenmeye hazırlıklarını derlemektedir. Kanıtlar, hemşire olgu yönetimi ve hemşire-eşgüdümlü multidisipliner korunma programlarının kardiyovasküler riski azaltmada olağan bakımdan daha etkili olduğunu ve çeşitli sağlık kuruluşlarının koşullarına uyarlanabileceğini göstermektedir. Hemşireler sağlık sisteminde iş gücünün büyük bir bölümünü oluşturmaktadır ve pek çok ülkede eğitim programlarının bir kısmı, hasta eğitimi ve danışmanlık, iletişim ve davranış değişikliklerini sağlama üzerine odaklanmıştır ki, bunlar da korunma programı için istenilen becerilerdir.<sup>[6]</sup>

Bunlara ek olarak, sağlık görevlileri, bireyin davranışlarını değiştirme konusunda kendinde gördüğü yeteneği, değişim girişimlerinin yapıldığı çevrenin özelliklerini ve devamında yaşam tarzı değişikliğini koruma bağlamında düşünce, tutum ve inançlarını değerlendirmek için bilişsel-davranışsal stratejiler oluşturabilir. 'Motivasyonel görüşmeler' gibi davranışsal girişimler istekliliği ve öz-yeterliliği artırır. Geçmiş yıllardaki olumsuz ve başarısız davranış değişikliği girişimleri, genellikle yeni değişim çalışmaları konusunda daha düşük bir öz-yeterlilik hissine neden olur ve sıklıkla başka bir başarısızlığa yol açar. Olumsuz deneyimleri olumluya çeviren çok önemli bir adım, bireye gerçekçi hedefler belirlemede yardımcı olmaktır; hedef koyma ve beraberinde seçilen davranış değişikliğinin bireyin kendisi tarafından izlenmesi, olumlu bir sonuç elde etmek için gerekli temel araçlardır. Bu şekilde, seçilen davranış için öz-yeterlilik artacaktır; daha sonra yeni hedefler belirlenebilir.<sup>[6]</sup>

Sağlık davranışı geliştirmede bilişsel ve davranışsal kurama yönelik taburculuk yönetimi yapılması etkili olabilir. Bilişsel ve davranış kuramlarına dayanan Sosyal Bilişsel Kuram, Albert Bandura tarafından 1977

yılında ortaya atılmıştır. Kuramda, davranış üzerinde; çevrenin ve davranışın rolünü davranış kuramları vurgularken, bireyin karşılaştığı uyarıyı nasıl ele alacağı, algılayacağı, yorumlayacağı ve bilgiyi mental olarak nasıl depolayacağını bilişsel kuramlar vurgular. Kurama göre gözleyerek öğrenme, kişinin diğer bir kişinin etkinliklerini basit olarak taklit etmesi değil, çevredeki olayları bilişsel olarak işlemeyle elde edilen bir bilgi olarak vurgulanmaktadır.<sup>[7]</sup>

Nola Pender, hemşirelik ve davranış bilimlerinin bakış açılarını birleştirerek sağlığı geliştirme modelini geliştiren hemşire kuramcıdır. Pender modelini ilk olarak 1980 yılında geliştirmiş ve daha sonra 1987 ve 1996'da güncellemiştir. Modelin oluşturulma amacı bireylere sağlıklarını geliştirme davranışlarının nasıl kazanılması/ kazandırılacağı konusuna ışık tutmaktır. Modelin çekirdek kavramı öz-yeterlilik algısıdır.<sup>[8]</sup>

Sağlığın geliştirilmesi alanında araştırma ve uygulamalara yol gösterecek nitelikleri taşıyan ve Pender tarafından geliştirilen 'Sağlığı Geliştirme Modeli' Bandura'nın 'Sosyal Öğrenme Teorisi' ni temel almaktadır. Bu model, sağlığı geliştirici öğeleri ve neden olduğu öngörülen mekanizmaları açıklayıp tanımlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi modelindeki bilişsel algılama faktörleri, sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesinde başlıca motivasyonel mekanizmalardır. Modelde belirtilen öz-yeterlilik sağlığı geliştirici davranışların en güçlü belirleyicisidir.<sup>[9]</sup> MI geçirmiş bir bireyde de özellikle diyet ve egzersize yönelik öz-yeterliliğin artırılmasının hastada yaşam biçimi değişikliği oluşturmada etkili olacağı düşünülmektedir.

Buradan yola çıkarak bu makalede amaç, Mİ geçirmiş bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model 2011) kapsamında öz-yeterliliği arttırabilecek sağlığı geliştirme davranışı eğitimi ve bireysel danışmanlığın Mİ sonrası öz-yeterlilik düzeyine, prognoza, risk faktörlerine etkisini tartışmak ve bu kapsamda hemşirelere yol gösterici olmaktır.

Mİ sonrası egzersiz/beslenmeyle ilgili öz yeterlilik artışı diyabet, hipertansiyon, obezite, hiperkolesterolemi gibi risk faktörleri üzerinde etkin olabileceğinden, bu konu ayrı başlık altında ele alınmıştır.

### **Egzersiz ve Beslenmede Öz-Yeterlilik**

Öz-yeterlilik, özel bir hareket ya da davranışta, kişinin performans kapasitesini ifade eden kavramdır. Kişinin fiziksel aktivitesi ve beslenmesinde değişiklik yapabilme konusundaki inancı, sağlıklı davranış ve sağlıklı kiloda olmayı sürdürmesiyle ilişkilidir. Fiziksel aktivite yapma ve sağlıklı beslenme gibi sağlık

davranışı geliştirme davranışında, kararlılığa sadık kalınması önemlidir. Öz-yeterlilik, hedeflenen başarıya ulaşmak için kararlılık düzeyinde, sorumluluk duygusunda ve çaba göstermede etkilidir. <sup>[10-12]</sup> Öz-yeterlilik inancı kişinin egzersiz davranışında ve sağlıklı beslenme alışkanlığında, iş ve öz denetim performansı hakkında bilgi vericidir.<sup>[13]</sup>

Örneğin, egzersiz rutininde öz-yeterlilik tanımlandığında; kişilerin kendi kendilerine yapabildiği egzersiz rutinindeki öz-yeterliliği farklı durumlara göre değişebilir. Bireyler iş baskısı yaşadığında, yorgun, depresif, sınırlı olduğunda, kötü havalarda ve yapacak farklı ilginç işleri olduğunda egzersiz rutinini aksatabilir ancak bu şekilde herhangi bir engel yoksa kişinin davranışlarındaki yeterlilik düzeyi artar.<sup>[14]</sup> Uzun dönem yaşam biçimi değişikliğine bağlılıkta fiziksel aktivite alışkanlığının artırılması gereklidir. Egzersizde kararlı olmak kadar, egzersiz deneyimleri de öz-yeterliliği etkiler.<sup>[13]</sup>

Woodgate and Brawley (2008) 'in kardiyak rehabilitasyonda egzersiz için öz-yeterliliği araştırdığı literatür çalışmasında; davranış değişikliğinde, rehabilitasyon sonuçlarında, egzersiz toleransında kişilerin öz-yeterliliğinin anlamlı fark yarattığını bildiren birçok araştırma olduğunu saptamışlardır.<sup>[13]</sup>

Yapılan diğer çalışmalarda, Shin, Jang and Pender (2001) kronik hastalarda egzersiz yapmada öz-yeterlilik algısı ile düzenli egzersiz ve egzersiz yapma sıklığı arasında anlamlı fark olduğunu<sup>[15]</sup>, Şenuzun, Fadiloğlu, Burke ve Payzın (2006) düzenli kardiyak egzersizin ve eğitimin öz-yeterlilik üzerinde etkili olduğunu <sup>[16]</sup>, Nichel and Spink (2010) sağlıklı bireylerde öz-düzenleyici etkililiğin geçmişteki aktivitelerle ilişkili olduğunu<sup>[17]</sup>, yine Spink and Nickel (2010) üniversite öğrencilerinde öz-düzenleyici etkililiğin egzersiz seviyesiyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. <sup>[18]</sup>

Öz-yeterlilik ve diyetle ilgili yapılan çalışmalarda; Luszczyńska and Haynes (2009) hemşire ve ebelerde yaptıkları çalışmada öz-yeterlilik inancının diyet ve egzersiz üzerinde etkili olduğunu <sup>[12]</sup>, Bas and Dönmez (2009) obezite tedavisinde kilo kontrol davranışlarında öz-yeterliliğin önemli rolü olduğunu, saptamışlardır.<sup>[19]</sup>

Anderson, Winnett, Wojcik ve Williams (2010) içinde öz-yeterliliğin de bulunduğu sosyal bilişsel kuram bileşenlerinin fiziksel aktivite ve beslenme üzerinde etkili olduğunu, <sup>[7]</sup> Kaiser, Brown and Baumann (2010) öz-yeterlilik ile fiziksel aktivite arasında ve algılanan engellerle sağlıklı diyet arasında ilişki olduğunu saptamışlardır. <sup>[20]</sup> Sol, van der Graaf, van Petersen ve

Visseren (2011) serebrovasküler, KAH, periferik arter hastalığı olan 125 bireyi 1 yıl takip ettikleri çalışmada, öz yeterliliğin fizik aktivite ve yiyecek seçimi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. [21] Chase (2011) 14 araştırmayı incelediği çalışmada, egzersize yönelik davranış değişikliği oluşturabilmek için öz-yeterlilik kuramı ve transteoretik model kullanıldığını saptamıştır. [22]

Düzenli egzersiz yapmada ve sağlıklı beslenmede öz-yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin, risk faktörlerini daha iyi kontrol altına alabildikleri, MI sonrası yaşamlarında daha iyi bir prognoz göstereceği, risk faktörlerini modifiye edebileceği ve fonksiyonel kapasitelerinin artacağı düşünülmektedir. Bunun gerçekleşebilmesi içinde öz-yeterlilik algısını temel olarak alan Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline yönelik sağlık davranışı geliştirilmesi önerilebilir.

### **Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin Miyokart İnfarktüsüne Uygulanması**

Pender'in sağlığın geliştirme teorisi, bireyin özgeçmişini ve kendisine yönelik algısını değerlendirerek bireye bütüncül bir yaklaşım sunar. Model, hastalıktan kaçınmayı bir sağlık davranışı motivasyonu olarak ele almayarak, sağlığı geliştirme davranışını öngörmek ve tanımlamak ile sınırlıdır. Hemşirenin amacı her bir birey için "kaynakları, potansiyelleri ve yetenekleri güçlendirme" ve sağlıklı yaşam ve standartları yükseltilmiş bir hayat için kaynak ve eğitim desteği sağlamaktır. Hastanın sağlığını kendisinin kontrol etmesine fırsat verir. Model her bir bireyin davranışını ve tercihlerini göz önünde bulundurması nedeniyle yararlıdır. Modele 1996 yılında önceki davranışlarla ilişki, acil taleplerin ve tercihlerin karşılanması ve eylem planının sorumluluğu alanları eklenmiştir.[23] Modelin bu son bileşenleride göz önünde bulundurularak; Mİ geçirmiş bireylerde sağlığı geliştirme davranışını etkileyen faktörler ve davranış değişikliğinin sağlanması Pender'in modeline göre uyarlanması Şekil'1'de görülmektedir.

### **Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireye Yönelik Modelin Bileşenleri;**

**1. Deneyim ve Kişisel Özellikler:** Bireyin Mİ' ne ilişkin önceki deneyimi ve kişisel özellikleridir. Bireyin daha önce kendisinde ya da aile bireylerinde Mİ ya da anjina deneyimlemiş olması ayrıca Mİ geçiren kişinin biyolojik olarak yaşı, cinsiyeti, sahip olduğu kardiyak risk faktörleri, fonksiyonel kapasitesi, psikolojik ve sosyokültürel durumu sağlığı geliştirmedeki davranış değişikliğini etkileyecek faktörlerdir.

**2. Davranışa Özgü Algılar:** Bu kapsamda aşağıda belirtilen algılar yer almaktadır.

**Algılanan Yararlar:** Bir davranışı olumlu olarak algılamak, o davranışın kazandırılmasını/ kazanılmasını hızlandırır. Örneğin, hasta düzenli beslenme ve egzersiz yapmayı kendi sağlığı açısından olumlu bir davranış olarak algılıyorsa, beslenme ve egzersize ilişkin öz-yeterlilik algısı da olumlu etkilenecek ve bu davranışlarda başarılı olacaktır. Kardiyoloji hemşiresi hastanın özellikle beslenme ve egzersiz yapmaya yönelik öz-yeterliliğini arttırmaya ilişkin eğitim programlarıyla hastaya bu davranışların yararlarını öğretmelidir.

**Algılanan Engeller:** Davranışla ilgili olumsuz duygular, davranışı geliştirmeyi de olumsuz yönde etkiler. Hasta miyokart infarktüsü sonrası, sigarayı bırakmanın, kilo vermenin, egzersiz yapmanın ya da az yağlı diyetle beslenmenin, hastalık sonrasında faydasının olmayacağını, hastalığının sadece stres faktörüyle ilişkili olduğunu düşünebilir. Hastada bu davranışları geliştirmeye yönelik olumsuz duygular, kardiyoloji hemşiresinin vereceği eğitim ve danışmanlıkla giderilebilir. Hastaya hastalık fizyopatolojisi ve oluşmasına neden olan risk faktörleri, resimler ve slaytlarla basit şekilde anlatılarak, hastada beliren duygular olumlu şekle dönüştürülebilir.

**Algılanan Öz-Yeterlilik:** Hastaya davranış değişikliğinin yararları anlatılıp, olumsuz duygularıyla baş edildikten sonra, davranış değişikliğinin oluşması kolaylaşacaktır. Hastanın aldığı eğitim ve danışmanlık sonrası özellikle beslenme ve egzersizde öz-yeterlilik algısının yükselmesi bunlarla bağlantılı olarak, sağlıklı yaşam davranışını başarı ile yerine getirmesi beklenmektedir.

**Aktivoiteye Bağlı Duygular:** Davranış öncesi, sırası ve sonrasında oluşan duygulardır. Bu duygular, bireyin öz-yeterlilik algısını ve sağlıklı yaşam davranışını sürdürmesini sağlayan duygulardır. Hasta ilk taburcu olduğunda davranış değiştirmeye çok istekli olabilir ancak, daha sonra yaşadığı semptomlar ya da sosyal çevresi bu isteğin azalmasına neden olabilir. Ya da hasta uyguladığı egzersiz programının ve diyetin işe yaramadığı duygusuna kapılabilir. Bu nedenlerle hasta taburcu olduktan kısa süre sonra hemşire tarafından tekrar danışmanlık almalı ve olumlu duygular geliştirmesi ve sürdürmesi için hastanın sosyal çevresinden destek alınmalıdır.

**Kişilerarası Etkileşim (aile, akran, sağlık personeli):** Çevredeki bireylerin kişiye, davranışa ilişkin verdiği destektir. Örneğin evde yemekleri yapan eşin,

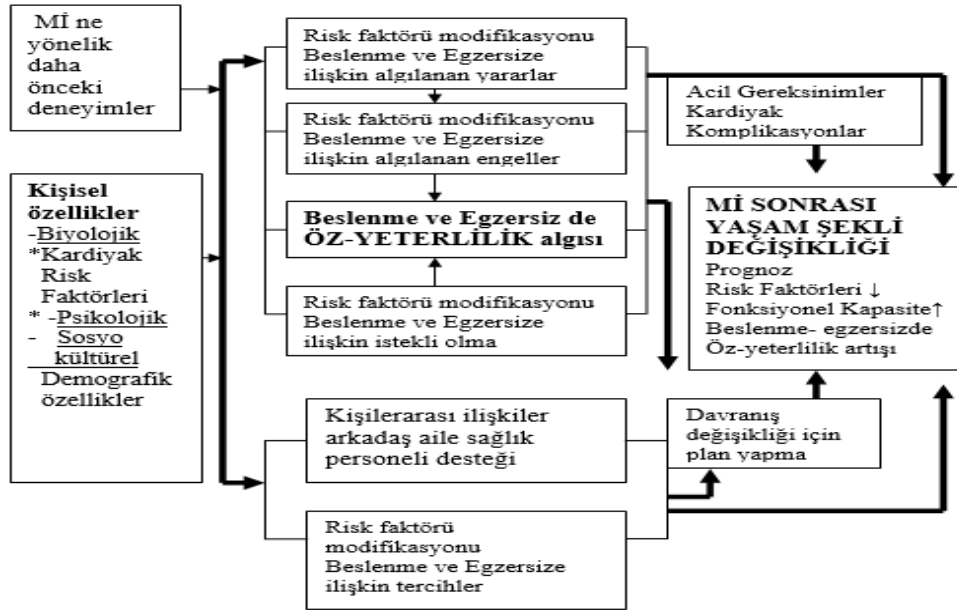
önerilere uygun olarak yemek yapma alışkanlığını düzenlemesi ve önerilen egzersiz programında hastaya eşlik etmesi önemlidir. Bu nedenle eğitim programlarına hastanın özellikle eşi ve daha katılabilecek varsa diğer aile üyelerinin katılımı sağlanmalıdır. Eğitimde davranış değişikliği ile ilgili nasıl destek olunabileceği hasta yakınlarına öğretilmeli, hatta hasta yakınındaki aşikâr risk faktörleri belirlenip birlikte diyet ve egzersiz yapmanın eğlenceli olabileceği ve yararlıdır vurgulanabilir. Ayrıca hastaya eğer ihtiyacı varsa kan basıncı ölçümü, kan glukoz takibi ve kullanılması gereken ilaçların reçetelenmesi konularında aile hekimiyle de iletişimde olabileceği hatırlatılmalıdır.

**Durumsal Etkiler:** Algılanan tercihler, istek durumu, estetik gibi faktörler, davranışı gerçekleştirmeyi olumlu ya da olumsuz etkiler. Özellikle ilk kez Mİ geçirmiş ve yağ oranı yüksek yiyeceklerle beslenen, sedanter yaşayan bireyler eski rahatının bozulması yanında bazı yaşantılardan geri kalma gibi durumsal faktörler, sağlık davranışını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Tüm sağlığı geliştirme programı

uygun şekilde uygulanmaya çalışılsada, hasta Mİ sonrası depresyon gibi sebeplerle davranış değiştirmeye isteksiz olabilir, bu programı uygulamamayı tercih edebilir.

**3.Davranış Çıktısı (istendik davranışın sergilenmesi):** Farklı acil gereksinimlerin ortaya çıkması ya da bireyin davranışa özgü önceden bir plan yapmış olması/olmaması istendik davranışın ortaya çıkmasını etkilemektedir. [8] Örneğin Mİ geçirmiş bireyde koroner anjio sonrası by-pass kararının alınması hastanın tüm motivasyonunu etkileyebilir ya da Mİ sonrası hastada tedavi edilmesi gereken, (ritim bozuklukları gibi) başka bir kardiyak komplikasyon gelişebilir. Hastada yorgunluğa ve halsizliğe neden olabilecek anemi varsa, egzersizlerini yapamayabilir ve sedanter yaşamda kalabilir. Tüm bunların yanında hasta planlanan perkütan koroner girişim (PKG) sonrası tıbbi tedavisini almaya devam edip, öğretildiği gibi yaşam alışkanlıklarını modifiye etmeye başlayabilir ve davranış değişikliğini gerçekleştirebilir (Şekil 1).

### Kişisel Özellikler ve Deneyimler Davranışa Özgü Algılar Davranış Çıktısı



Şekil 1. Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Sağlığı Geliştirme Modelinin Uygulanması

## SONUÇ

Sonuç olarak, Mİ geçirmiş bireylerde Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'nin uygulanması kardiyoloji hemşireleri için Mİ sonrası yaşam biçimi değişikliğini sağlamada, etkin bir araç olabilir. Bu doğrultuda

sağlığı geliştirme programını gerçekleştirecek hemşirelerin görevlendirilmesi ve bu hemşirelerin hastaların bakımında hastaya/aileye ve diğer sağlık bakım personeline rehber olması, kardiyoloji kliniği hemşirelerinin Mİ risk faktörleri modifikasyonu, yaşam şekli değişikliği, öz-yeterliliğin ve fonksiyonel kapasitelerin yükseltilmesi konusunda hizmet içi

eğitim programları, panel, kurs ve konferanslara katılımlarının sağlanması, Mİ geçirmiş bireylere uygulanan sağlığı geliştirme programının kısa ve uzun dönem sonuçlarının izlenebileceği araştırmaların planlanması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Erol Ç. Kardiyoloji. Erol Ç. (Ed.) (2008) İç hastalıkları.1. Baskı, Nobel tıp kitapçevleri. Ankara: Özyurt matbaacılık; 2008. s. 2170-2198.
2. Enar R. İskemik Hastalıklar. Enar R.(Ed.) Temel Kardiyoloji Semiyoloji ve Kardiyovasküler Hastalıklar. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2007.s.557-9.
3. Onat A, Karabulut A, Esen AM, Uyarel H, Özhan H, Albayrak S. ve ark. TEKHARF Çalışması 2005 taramasına ilişkin mortalite ve koroner olay analizi. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2006;34:149-53.
4. Ades PA. Kardiyak Rehabilitasyon ve Sekonder Prevansiyon. Topol E.J. (Ed.) (çev.) Textbook of Cardiovascular Medicine. 2.cilt. 1. baskı. AND yayıncılık; 2005.s.229-46.
5. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III Türkiye Çalışma Grubu EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2010; 38(3):164-72.
6. Perk J, Backer GD, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M. et al. Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. Turk Kardiyol Dern Ars 2012; (40) Sup.3: 1-76.
7. Anderson ES, Winett RA, Wojcik JR, Williams DM. Social cognitive mediators of change in a group randomized nutrition and physical activity intervention social support, self-efficacy, outcome expectations and self-regulation in the guide-to-health trial. J Health Psychol 2010;15(1):21-32. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105309342297>.
8. Tokat MA, Okumuş H. Başarılı emzirme için kuram ve modele dayalı hemşirelik uygulamaları nasıl geliştirilir. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008;3:51-8.
9. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz-etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998;2(1):35-42.
10. Everett B, Salamonson Y, Davidson PM. Bandura's exercise self-efficacy scale: validation in an Australian cardiac rehabilitation setting. Int J Nurs Stud 2009;46:824-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.016>.
11. Hays LM, Presler SJ, Damush TM, Rawl SM, Clark DO. Exercise adoption among older, low-income women at risk for cardiovascular disease. Public Health Nurs 2010;27(1):79-88. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1446.2009.00829.x>.
12. Luszczynska A, Haynes C. Changing nutrition, physical activity and body weight among student nurses and midwives: effects of a planning intervention and self-efficacy beliefs. J Health Psychol 2009;14:1075-83. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105309342290>.
13. Woodgate J, Brawley LR. Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. J Health Psychol 2008;13(3):366-87. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105307088141>.
14. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Educ Behav. 2004; 31: 143.
15. Shin Y, Jang H, Pender NJ. Psychometric evaluation of the exercise self-efficacy scale among Korean adults with chronic diseases. Res Nurs Health 2001;24(1):68-76.
16. Senuzun F, Fadiloğlu Ç, Burke C, Payzın S. Effects of home-based cardiac exercise program on the exercise tolerance, serum lipid values and self-efficacy of coronary patients. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2006;13(4):640-5.
17. Nickel D, Spink S. Attributions and self-regulatory efficacy for health-related physical activity. J Health Psychol 2010;15:53-63. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105309345172>.
18. Spink KS, Nickel D. Self-regulatory efficacy as a mediator between attributions and intention for health-related physical activity. J Health Psychol 2010;15:75-84. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105309342308>.
19. Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. Appetite 2009;52:209-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2008.09.017>.
20. Kaiser BL, Brown RL, Baumann LC. Perceived Influences on Physical Activity and Diet in Low-Income Adults From Two Rural Counties. Nurs Res 2010;59(1):67-75. <http://dx.doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181c3bd55>.
21. Sol BG, van der Graaf Y, van Petersen R, Visseren FL. The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. Eur J Cardiovasc Nurs 2011;10(3):180-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.06.005>.
22. Chase JA. Systematic review of physical activity intervention studies after cardiac rehabilitation. J Cardiovasc Nurs 2011;26(5):351-8. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182049f00>.
23. Bahar Z, Açıl D. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. DEUHYO ED 2014;7(1):59-67.