

# Miyokard İnfarktüsünde Ev Tabanlı Eğitim ve Yaşam Kalitesi

## *Home Based Education and Quality of Life in Myocardial Infarction*

Gül Dural, Seyhan Çıtlık Sarıtaş

İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya.

### ÖZET

Dünyada ve ülkemizde koroner kalp hastalıkları önde gelen morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer almaktadır. Bu hastalıklar içerisinde miyokard infarktüsü ani gelişip, yıkıcı ilerleyebildiği için bireylerin yaşamlarını derinden etkileyebilmektedir. Buradaki amaç; infarktüsü atlattıktan sonra hastalarda tekrar gelişmesini ve komplikasyon oluşmasını engellemektir. Hastalara sağlıklı yaşam şekli değişiklikleri kazandırılmalıdır. Yaşam şekli değişikliklerinin mortaliteyi azalttığı ve hastaların yaşam kalitesini de arttırdığı bilinmektedir. Ancak son yıllarda sadece hastane içinde verilen eğitimlerin hastalara yeterli düzeyde fayda sağlamadığı görülmektedir. Bunun nedenleri arasında hastaların yaşadıkları olayın stresi altındayken eğitimleri yeterince anlayamaması, sonraki eğitimlere ve hastaneye gelememesi gibi nedenler yer almaktadır. Bundan dolayı ev tabanlı eğitimler gündeme gelmektedir. Ev tabanlı eğitim programlarının hastanede verilen eğitimlerin devamını sağlaması ve hastaların bu eğitimlerden daha fazla yarar görmesi hedeflenmektedir. Bu yazının amacı; miyokard infarktüsünde yaşam kalitesi ve ev tabanlı eğitimi açıklamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Miyokard İnfarktüsü; Yaşam Kalitesi; Sağlık Eğitimi.

### ABSTRACT

Coronary heart diseases are among the leading causes of morbidity and mortality in the World and in our country. Myocardial infarction develops suddenly in these diseases and it can affect the lives of individuals deeply because destructive advances. The purpose here is; avoid the first infarction, prevent recurrence and complication in patients. A positive lifestyle change should be given to the patient. It is known that changes in lifestyle reduce mortality and increase the quality of life. However, in recent years, only in-hospital training has shown that the illness does not provide adequate benefits. Patients can not understand the training adequately under the stress of what they are experiencing. Therefore, home based trainings are beginning to come on the agenda. It is targeted that home based education programs will provide continuing education in hospital and patients will benefit more from these education. The purpose of this article is to explain home based education and quality of life in myocardial infarction.

**Keywords:** Health Education; Myocardial Infarction; Quality of Life.

Geliş tarihi: 20.07.2017 Kabul tarihi: 11.12.2017

Sorumlu Yazar: Gül Dural

Yazışma adresi: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 44100 Malatya - Türkiye.

E-posta: [gulkaya2224@gmail.com](mailto:gulkaya2224@gmail.com)

## GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar günümüzde hemen hemen her toplumda en önde gelen mortalite nedenlerinden biridir. Özellikle koroner arter hastalığı (KAH), dünyada bu konuda ilk sırada yer almaktadır.<sup>[1-4]</sup> 2015 yılında tüm dünyada görülen ölümlerin %31'i (17.7 milyon) kalp ve damar hastalıkları nedeniyle olmuştur. Bunlar içinde 6.7 milyonu miyokard infarktüsü (MI)'ne bağlıdır. Kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan kayıpların 2030 yılında 22.2 milyona ulaşacağı düşünülmektedir.<sup>[5,6]</sup> Ülkemizde de kalp hastalıklarına bağlı kayıplar giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında yaşanan tüm ölüm vakalarının %40.3'ü kalp hastalıklarından kaynaklanmıştır. İskemik kalp hastalıkları, bu ölümlerin %40.5'ini oluşturup, ilk sırada yer almaktadır.<sup>[7]</sup>

Miyokard infarktüsü, en şiddetli KAH tipidir ve hem hastaların hem de ailelerinin yaşam kalitesini etkileyen, mortalite oranı oldukça yüksek, yıkıcı bir hastalıktır.<sup>[2,8-10]</sup> Hastaların %50-60'ı taburcu olduktan sonra ilk bir yıl içinde yaşamlarını kaybetmekte ve bu kayıplar ani kalp durması veya infarktüsün tekrarlamasına bağlı gelişmektedir.<sup>[11]</sup>

Kalp hastalığı olan birçok birey normal günlük işlevlerine dönmekte zorlanmaktadır.<sup>[12]</sup> Miyokard infarktüsü, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte düşük yaşam kalitesi de MI'da prognozu olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan bir çalışmada MI sonrası hastaların yaşam kalitesinin azalmaması için kardiyovasküler risk faktörlerini ve semptomların şiddetini azaltmaya yönelik stratejiler belirlenmesi gerektiği ifade edilmiştir.<sup>[13]</sup> Literatürde MI sonrası egzersiz programının ölüm oranını %20, sigara içmeyi bırakmanın yeni bir infarktüs riskini %50, diyet ve ilaç tedavisine uyumun ölüm oranını %30 azalttığı belirtilmektedir.<sup>[14]</sup>

Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin fonksiyonel kapasitelerinde sağlıklı yaşlılarına göre %10 azalma olduğu görülmektedir.<sup>[12]</sup> Bu hastaların ağır semptomlar yaşamalarını ve fonksiyonel kapasitelerinde azalma olmasını engellemek için eğitim programları düzenlenmelidir. Hastalara etkili taburculuk programı düzenlenmediğinde ciddi problemlerle tekrar hastanelere başvurular olmaktadır.<sup>[1]</sup> Bu hastaların bilgi gereksinimlerinin hastane ortamında yeterince karşılanmadığı bilinmektedir.<sup>[15]</sup> Bu yüzden hastane tabanlı eğitimin yanı sıra hastalara ev tabanlı eğitim programlarının uygulanması gerektiği

gündemdedir.

Hemşireler tarafından yürütülen eğitim programlarının hastaların yaşam şeklinde değişiklik ve risk faktörlerinin azaltılmasında başarı sağladığı görülmüştür. Hemşireler bu eğitimlere hastane ortamında başlamalı ve hastane dışında, evde de devam etmelidir. Hemşireler bu programların koordinatörlüğünden, uygulanmasından, kaydedilmesinden sorumludur.<sup>[14]</sup> Hemşireler bireylerin yaşam kalitesinden de sorumludur. Burada hemşireye düşen sorumluluk; yardımcı olmak, hastanın sağlığını en iyi düzeye yükseltmek, öz bakımını desteklemek ve yaşam kalitesini arttırmaktır.<sup>[16]</sup>

Bu yazının amacı; miyokard infarktüsünde yaşam kalitesini ve ev tabanlı eğitimi açıklamaktır. Derlememizde öncelikle miyokard infarktüsü geçiren hastalarda yaşam kalitesinin önemi daha sonra hastalara yaşam kalitesini arttırmaya yönelik verilebilecek eğitim yaklaşımları anlatılmıştır. Eğitim yaklaşımları içinde hastane ve ev tabanlı eğitimler ele alınmış olup daha sonra ikisinin beraber uygulanması açıklanmıştır. Aynı zamanda eğitim yaklaşımlarında hemşirelerin rol ve sorumluluklarından da bahsedilmiştir.

## Miyokard İnfarktüsünde Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, hastalığın hastalar üzerindeki fiziksel, sosyal ve duygusal etkilerini ele alan çok yönlü bir kavramdır.<sup>[13]</sup> Bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri içinde buldukları durumla nasıl baş ettiklerini gösteren önemli bir göstergedir.<sup>[9]</sup> Son yıllarda; yaşam şartlarının iyileşmesi, bulaşıcı hastalıkların yönetimi, tıptaki gelişmeler ve nüfusun yaşlanması gibi nedenlerden dolayı kronik hastalıkların oranında artış görülmüştür. Kronik hastalıklar, semptomları kötüleştirip, iyi yaşam koşullarını sınırlandırdığı için bireylerin yaşam şeklinde değişikliklere neden olmaktadır. Tüm bunlarda bireylerin yaşam kalitesini önemli derecede azaltarak, sağlık giderlerinin artmasına neden olmaktadır.<sup>[16]</sup>

Kronik hastalıklar arasında kardiyovasküler hastalıklar önemli yer tutmaktadır. Bu hastalıkların yüksek mortalite oranlarının olması, yaşam kalitesinde azalmaya neden olması, sosyal ve ekonomik maliyetlerinin olması gibi olumsuz etkileri vardır.<sup>[8,10,11]</sup> Kardiyovasküler hastalıklar içinde önemli bir yeri olan Mİ bütün hastalar için sarsıcı etkileri olan bir durumdur.<sup>[8]</sup> Hastalığın yaşamı tehdit eden doğası, Mİ sonrası hastaların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır.<sup>[13]</sup> Miyokard infarktüsü sonrası akut ve subakut

dönemde genellikle miyokartta işlev bozukluğu görülmektedir. Kalp yetersizliği, aritmiler gibi hemodinamik komplikasyonlar ile mitral kapak yetersizliği, kardiyak rüptür, perikardit gibi kardiyak komplikasyonlar görülebilmektedir.<sup>[17]</sup> Tüm bu durumlar hastaların psikolojik, fiziksel ve sosyo-ekonomik işlev kayıpları yaşamalarına neden olup yaşam kalitesini düşürmektedir.<sup>[13]</sup> Aynı zamanda hastalarda görülebilen hipertansiyon, sigara kullanımı, obezite, fiziksel aktivite azlığı, diyabetes mellitus ve hiperlipidemi gibi risk faktörleri hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilerde bulunmaktadır.<sup>[18]</sup> Düşük yaşam kalitesinin taburculuktan sonra üç yıllık süre içinde hastaların hastaneye yatışlarını arttırdığı bilinmektedir.<sup>[9]</sup> Burada önemli olan ilk infarktüsü atlatıp hayatta kalan hastalarda olayın tekrarlamasını ve komplikasyon oluşmasını önlemektir.<sup>[8]</sup> Hastalarda davranış değişikliği yapmak esastır.<sup>[19]</sup> Yaşam şekli değişikliklerinin hastanın yaşamını uzatabildiği ve yaşam kalitesini de arttırdığı görülmüştür.<sup>[10]</sup> Koroner arter hastalığının morbiditesi ve mortalitesi değiştirilebilir davranışsal risk faktörlerinden oldukça etkilenmektedir. Bu davranışların risk faktörlerini azaltmada olumlu sonuçları vardır.<sup>[20]</sup> Yapılan bir çalışmada diyabeti, hipertansiyonu olan, sigara kullanan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada da kardiyak rehabilitasyon (KR) programına düzenli katılmayan hastaların risk faktörleri sayısının fazla ve yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda Mİ hastalarının ev koşullarında ikincil korunma davranışları uygulamalarının yaşamsal önem arz ettiği görülmüştür.<sup>[12]</sup> Bu durumda sağlık ekibi ortak bir çalışma yürütmelidir. Sağlık ekibi içinde hastalarla en fazla iletişim halinde olan hemşirelere daha fazla görevler düşmektedir. Hemşirelik, insan yaşamıyla, yaşam kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Bireylerin gereksinimleri olan konularda bakım almalarını ve onların en üst düzeyde sağlıklı olmalarını amaç edinmiştir. Holistik bir bakış açısı kullanan hemşireler problemleri belirleyerek, hastaların yaşam kalitesinde kilit rol oynar.<sup>[7]</sup> Hemşireler bu eğitim programlarının etkili bir şekilde verilmesini ve bireylerin güçlenmesini sağlayarak, hastaların yaşam kalitesinin artmasını sağlayacaktır.<sup>[1,21]</sup>

### **Miyokard İnfarktüsü Olan Hastalarda Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Eğitim Yaklaşımları**

Miyokard infarktüsü sıklıkla üretken yaş grubunda görülmektedir. Bu nedenden dolayı toplumları derinden etkileyen bir hastalıktır. Miyokard

infarktüsü geçiren hastalarda hastalığın kontrolü oldukça önemlidir. Miyokard infarktüsü sonrası aritmiler, ikinci bir kriz, kalp yetersizliği görülmesi gibi ciddi durumlar yaşanabilmekte, bunlarda iş gücü kayıplarına, ekonomik yüke ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.<sup>[22]</sup> Aynı zamanda Mİ sonrası bireylerde korku, kaygı, umutsuzluk, yorgunluk, stres görülmekte ve bunlarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.<sup>[22,23]</sup> Miyokard infarktüsü sonrası hipertansiyon, hiperkolesterolemi, şişmanlık gibi kontrol edilmesi gereken risk faktörleri de bulunabilmektedir. Günümüzde artık yaşam şekli değişikliği ve ilaç tedavisi ile Mİ'nin risk faktörlerinin azaldığı, bireylerin yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir.<sup>[14]</sup> Hastalardaki yüksek kan basıncı, diyabet, dislipidemi, yüksek total ve LDL kolesterol düzeyi, düşük HDL kolesterol düzeyi yaşam şekli değişiklikleri ile düzenlenebilmektedir. Aynı zamanda sigara içme, fiziksel aktivite yapmama ve zararlı diyet alışkanlıkları gibi değiştirilebilir davranışlar da düzenlenebilmektedir.<sup>[24]</sup> Hastalara kapsamlı bir eğitim programı verilmesi gerekmektedir.<sup>[19]</sup> Yapılan bir çalışmada eğitim programı düzenlenen Mİ hastalarının kontrol grubuna göre sağlık davranışlarının ( $F = 3.75, p = 0.029$ ) ve yaşam kalitesi puanının mental sağlık boyutunun ( $F = 4.03, p = 0.020$ ) daha iyi olduğu görülmüştür.<sup>[20]</sup> Miyokard infarktüsü hastaların eğitim programı düzenlenerek ilaç tedavisine uyumlarını değerlendiren bir çalışmada, eğitim öncesi %13.8 olan uyum düzeyinin eğitim sonrasında %72.3'e çıktığı görülmüştür.<sup>[25]</sup> Yapılan başka bir çalışma sonucunda da eğitim programlarının Mİ hastalarında hastalığa uyumu arttırarak sağlıklı yaşam şekli değişikliği yaptığı görülmüştür.<sup>[26]</sup>

Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalara verilecek eğitimin amacı;

- Sağlıkla ilgili problemleri belirlemek,
- Yaşam şekli değişikliği kazandırmak,
- İkinci bir Mİ'nin önüne geçmek,
- Miyokard infarktüsüne bağlı invazif girişimlere (koroner anjiyografi, perkütan transluminal koroner anjiyoplasti, by-pass) olan gereksinimi azaltmak,
- Hastanın tam bir iyilik halinde olmasını sağlamak,
- Ölüm oranlarını düşürmektir.<sup>[3,14]</sup>
- Hastalara verilecek olan eğitim programları şu konuları içermelidir:
  - Kalbin yapı ve görevleri,
  - Düzenli sağlık kontrolünün önemi,

- Miyokard infarktüsünün tanımı ve belirtileri,
- İlaç ve diyet tedavisinin önemi,
- Düzenli egzersizin önemi,
- Risk faktörlerinin yönetimi,
- Sigara tüketiminin bırakılması,
- Sağlıklı cinsel aktivite.<sup>[3]</sup>

Günümüzde bütün bu eğitim programlarını kapsayan KR programları uygulanmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon, kalp hastaları için bireye özgü olarak planlanmış ve kontrol altında yaptırılan egzersizi, tıbbi değerlendirmeleri, eğitim ve danışmanlık programlarını, hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik girişimleri içeren bir programdır. Bireylerde sağlıklı yaşam davranışları geliştirmeyi ve bireylerin yaşam kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır.<sup>[27,28]</sup> Kardiyak rehabilitasyon programları günümüzde perkütan koroner girişimler, kalp kapağı replasmanı, koroner arter baypas cerrahisi, kalp yetersizliği, kalp transplantasyonu gibi durumlarda kullanılabilir. Kardiyak rehabilitasyonun etkili olduğu grup Mİ hastalarıdır.<sup>[27]</sup> Kardiyak rehabilitasyonun hedefleri:

- Hastada bulunan aterosklerotik plakları stabilize etmek,
- Kalbin endotelial işlevini iyileştirmek,
- Lipid kontrolü sağlamak,
- Kan basıncı kontrolü sağlamak,
- Arteriyel inflamasyonu azaltmak,
- Fonksiyonel kapasiteyi geliştirmek,
- Semptomlarda azalma sağlamak,
- Kilo kontrolü sağlamak,
- Hastanın psiko-sosyal iyilik halini sağlamak,
- Günlük yaşama ve işe dönüşü hızlandırmaktır.<sup>[29,30]</sup>

### Hastane Tabanlı Eğitim

Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümlerin son 20 yılda gelişmiş ülkelerde azaldığı görülmüştür. Bunda hastalara yönelik yapılan müdahalelerin, eğitim programlarının etkili olduğu düşünülmektedir. Tütün kullanımı, sağlıksız diyet, yetersiz fiziksel aktivite ve alkol tüketimi gibi konularda yaşam şekli değişikliklerine gidilerek semptomlar engellenebilir ve hastaların yaşam kalitesi yükseltilebilir.<sup>[4,5,31]</sup>

Miyokard infarktüsü hastalarında KR programlarının uygulanması önerilmektedir.<sup>[27]</sup> Kardiyak rehabilitasyon programları dört evreden

oluşmaktadır:

**Evre 1:** Bu evre hasta yoğun bakımdayken başlar, taburcu olana kadar devam eder. Bu dönemde egzersiz ve hasta eğitimi ile hastaya sağlıklı yaşam şekli alışkanlıkları kazandırılmaya başlanmaktadır. Egzersiz programlarından önce her hastanın kardiyak risk değerlendirmesi yapılmalıdır.<sup>[27,29]</sup>

**Evre 2:** Bu evre taburculuk sonrası üç aylık dönemi kapsar. Hastanın taburcu olması rehabilitasyon sürecinin en kritik aşamalarındandır. Bu dönem yaşam şekli değişikliklerinin en etkin yaşama geçirilebildiği dönemdir. Ayrıca bu evrede hastalarda dispne ve göğüs ağrısı daha sık görülebileceği için yakın takip önemlidir. Hastalar evlerinden hastaneye gelerek rehabilitasyon programlarına katılmaktadır. Bu evrede hastanın hastaneye gelemeyeceği durumlarda eve yönelik programlar düzenlenebilir, ancak hasta oluşabilecek problemler hakkında bilgilendirilmelidir.<sup>[27,29]</sup>

**Evre 3:** Bu evre taburculuktan 12 hafta sonra başlamaktadır. Bu evre sosyal yaşama ve işe dönüşü kapsamaktadır. Bu evrenin amaçları; fiziksel sağlığı korumak ve devam ettirmek, düzenli egzersiz yapmak, sağlıklı yaşam şekli değişiklikleri ile yaşam sürecinde uzama sağlamak, kendini tanımayı sağlamak, evre I ve II'nin hedeflerini devam ettirmek, güvenli ve işlevsel ev programı sağlamaktır.<sup>[27,29]</sup>

**Evre 4:** Kardiyak rehabilitasyonun idame evresidir. Bu dönemde önceki evrelerde kazanılan yaşam şekli değişiklikleri, bilgiler hasta tarafından devam ettirilmektedir. Hekim kontrolünün sıklığı bu evrede azalacaktır.<sup>[27,29]</sup>

Ülkemiz koşullarında KR programları yeterince etkili bir şekilde uygulanmamaktadır. Bunun nedenleri arasında hekimlerin iş yoğunlukları nedeniyle hastalara yeterince zaman ayıramamaları, hastaların farkındalık düzeylerinin düşük olması gibi nedenler bulunmaktadır. Ayrıca kadınlar, yaşlılar, eğitim seviyesi düşük olanlar, işi olmayanlar ve kırsalda yaşayanların KR programlarına uyumları daha düşüktür. Kardiyak rehabilitasyon hastalarının yaşları, cinsiyetleri ve sosyo-ekonomik düzeyleri dikkate alınarak planlama yapılmalıdır.<sup>[29,32]</sup> Kardiyak rehabilitasyon programları Mİ sonrası ölümlerde %20-25 azalma yaptığı, uzun süreli yatak istirahatinin olumsuz etkilerini ve Mİ tekrarlama riskini azalttığı görülmüştür.<sup>[27,29]</sup>

Kardiyovasküler hastalık tanısı konmuş hastalara

hastalık hakkında bilgilendirme yapılması, taburcu olduktan sonra yapması gerekenlerin ve yapabileceği aktivitelerin planlanması, hastalık sürecine ve tedaviye uyum sağlanması kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin görevidir.<sup>[27]</sup>

Hemşireler işlerine hastanın genel bir değerlendirmesiyle başlamalıdır. Hastalık öyküsü ve fizik muayene önemlidir. Hemşireler her hastanın hastalığı algılama düzeyini ve yaşam şeklini değerlendirmelidir. Daha sonra hastaya uygun hazırlanmış eğitim programlarına başlamalıdır. Hemşire bütüncül bir yaklaşımla hastaya eğitim vermeli, danışmanlık yapmalı ve izlemelidir.<sup>[14]</sup> Amerikan Hemşireler Birliği Konseyi (ANAC) tarafından KR hemşirelerinin rolleri şöyle tanımlanmıştır:

- Sağlık eğitimsi/danışman,
- Araştıran,
- İş birliği yapan,
- Koordinatör ve bakım veren.<sup>[14,27]</sup>

Rehabilitasyon hemşiresinin bireyin fiziksel iyiliğini kazanmasında, komplikasyonların engellenmesinde, sağlıklı yaşam şekli değişikliği sağlanmasında, yanlış inanç ve tutumların engellenmesinde olmak üzere önemli görevleri vardır.<sup>[33]</sup> Hemşire ekip üyeleri ile uyum içinde çalışarak, hasta ve ailesi ile birlikte gerçekçi amaçlar saptamalı ve girişimlerde bulunmalıdır.<sup>[27]</sup> Hemşireler tarafından verilen eğitim programlarının yararlarını kanıtlamış çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından yüz yüze verilen eğitim programlarının akut koroner sendrom hastalarının hastalık hakkındaki bilgi, davranış ve inançlarını olumlu yönde etkileyerek artış sağladığı (hepsinde  $p=0.0005$ ) görülmüştür. Aynı çalışmanın sonucunda yüksek düzeyde anksiyetenin düşük seviyedeki bilgi ( $p<0.05$ ), davranış ( $p<0.05$ ) ve inançla ( $p<0.0005$ ) ilgili olduğu ve olumlu sağlık davranışlarının hastalık kontrolünde fayda sağladığı ( $p<0.0005$ ) saptanmıştır.<sup>[34]</sup> Yapılan başka bir çalışma sonucunda da hemşire liderliğindeki bir yaşam tarzı danışmanlığı programında deney grubunda birinci yılın sonunda kardiyovasküler risk puanının 1.7 düştüğü görülmüştür. Bu da hemşire danışmanlığının hastalar üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda kontrol grubunun kardiyovasküler risk puanının 1.2 puan arttığı görülmüştür.<sup>[35]</sup>

## Ev Tabanlı Eğitim

Miyokard infarktüsü geçiren hastaların yaşam şekli değişikliğine gitmeleri kısa zamanda oldukça önemli faydalar kazandırmaktadır.<sup>[3]</sup> Miyokard infarktüsü sonrası erken dönemde KR programları egzersiz eğitiminin yanısıra tıbbi, fiziksel ve psikososyal konularda yaşam şekli değişikliklerini de içeren eğitim faktörlerini kapsamaktadır.<sup>[36]</sup>

Miyokard infarktüsünde hastalar hastanede buldukları süre boyunca yaşadıkları endişe ve yorgunluktan dolayı fiziksel ve psikolojik olarak öğrenmeye hazır olmayabilir. Ayrıca hastanede kalış sürelerinin kısa olmasından da kaynaklı verilen eğitimlerin etkisiz kalması söz konusudur.<sup>[19,20]</sup> Bireylerin eğitim programı almamaları veya programdan fayda görmemelerine bağlı bilgi eksikliği yaşamaları hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir.<sup>[3]</sup> Oysaki davranış değişikliği yapmak çok yönlü ve karmaşık bir süreçtir.<sup>[19,20]</sup> Ayrıca hastalara verilen bu eğitimlerin evlerde nasıl uygulandığının da takip edilmesi gerekir. Bu yüzden ev tabanlı eğitimlere olan gereksinim gündeme gelmektedir. Ev programları rehabilitasyon sürecinin önemli bir bölümü olup, hedefi hastalarda sağlıklı yaşam şekli değişikliği yapmaktır.<sup>[36]</sup> Ev tabanlı eğitimler temelde KR programlarının devamı olarak verilmekte, KR programlarının evre 3 ve 4'ü olarak uygulanmakta ve hastalara erişimi kolaylaştırmaktadır.<sup>[37]</sup> Hastaların tedaviye uyum sağlamaları ve sağlıklı bir yaşam şeklini uzun vadede sürdürmeleri için ev tabanlı eğitim programlarına gereksinim olduğu görülmüştür.<sup>[20]</sup> Aynı zamanda ev tabanlı eğitim programlarının hastaların sağlıklı yaşam şekli değişikliği yapmalarına olumlu katkılarda bulunduğu görülmüştür.<sup>[37]</sup> Yapılan bir çalışmada KR programının evre 4 aşamasında ev tabanlı verilen egzersiz eğitim programlarının hastaların maksimum oksijen hacmini arttırdığı ( $p<0.05$ ) görülmüştür. Bu da egzersiz toleransını arttırarak prognozda iyileşme sağlamıştır.<sup>[38]</sup>

Kardiyak rehabilitasyon programlarının önemli bir kısmını oluşturan ev programlarının amaçları, bireylerin değiştirilebilir yaşam şekli alışkanlıkları ve bireysel özelliklerini belirleyerek koruyucu bir yaklaşım geliştirmektir.<sup>[32,36]</sup> Hastaya ve ailelerine yaşam şekli değişiklikleri hakkında verilecek eğitim genel olarak şu konulardan oluşur:

- Doymuş yağ ve kolesterolden kısıtlı beslenmesi gerektiği ve nedenleri,
- İlaçlarını kullanırken dikkat etmesi

gerekenler (yiyecek-ilaç etkileşimleri, ismi, dozu, kullanım amaçları vb.),

- Yapması gereken fiziksel aktiviteler,
- Sigara kullanıyorsa bırakması gerektiği ve bunun nedeni hakkında bilgiler hemşireler tarafından verilmelidir.<sup>[2]</sup>

Ev tabanlı eğitim programları, hastanede başlatılan KR programlarının tamamlayıcısı olarak, hastaya verilen eğitimlerin evde devam ettirilmesini sağlar.<sup>[39,40]</sup> Yapılan nitel bir araştırmanın sonucunda hemşirelerin ev tabanlı eğitimler hakkındaki görüşleri sorgulanmış ve hemşirelerin ev tabanlı eğitimlerde hastaların problemlerini daha rahat saptadıkları görülmüştür. Hemşireler, hastaların ev ortamında kendilerini daha rahat ifade ettiklerini görmüş ve hemşireler kendi geliştirmeleri gereken yönlerini ve yeteneklerini keşfettiklerini belirtmiştir.<sup>[39]</sup> Özellikle Birleşik Krallık'ta hemşireler tarafından verilen ev tabanlı rehabilitasyon programları oldukça popülerdir.<sup>[41]</sup> Ülkemizde yapılan bir çalışmada Mİ geçiren hastalara hemşireler tarafından ev ortamında sekonder koruma eğitim programı düzenlenmiş ve bunun hastaların bilgi düzeylerine etkisine bakılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda hastaların Mİ ve risk faktörleri ( $t = -17.89$ ,  $p < 0.001$ ), hipertansiyon ( $t = -15.08$ ,  $p < 0.001$ ), beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ( $t = -30.18$ ,  $p < 0.001$ ), sigaranın bırakılması ( $t = -9.07$ ,  $p < 0.001$ ), fiziksel aktivite ( $t = -29.29$ ,  $p < 0.001$ ), ilaç tedavisi ( $t = -21.43$ ,  $p < 0.001$ ) konularında eğitim sonrası bilgi puan ortalamalarının arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı çıktığı görülmüştür.<sup>[42]</sup>

### Bütünleşik (Hastane ve Ev Tabanlı) Eğitim

Kardiyak rehabilitasyon programlarının hastanelerde erken dönemde başlatılması önerilmektedir.<sup>[27]</sup> Yoğun bakımdan çıktıktan sonra ve mobilizasyonun artırılması sırasında hastalara yaşadıkları hastalık süreci hakkında bilgi, koruyucu uygulamaların önemi, evde yapılması gerekenler hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile planlanmalıdır.<sup>[2]</sup> Hastalara verilen eğitimlerin ev ortamında ne ölçüde uygulandığının takibi yapılmalıdır.<sup>[43]</sup> Hastanede verilen rehabilitasyon programlarına hastalar genellikle hastaneye erişilebilirlik, maliyet, gruplardan hoşlanmama, iş yaşamı gibi problemlerden dolayı katılamamaktadır. Ev tabanlı eğitimlerde bu sorunlar giderilir.<sup>[28,44]</sup> Ev tabanlı programlar da dahil KR programlarının uygulanması gerektiğine dair güçlü kanıtlar vardır.<sup>[45]</sup> Wang ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında ev tabanlı KR programlarının hastalarda kaygı düzeyini

azalttığını ( $p < 0.05$ ) ve yaşam kalitesini arttırdığını ( $p < 0.05$ ) saptamıştır.<sup>[46]</sup> Aynı zamanda hastane ortamında başlatılan KR programlarının, hastane içi ve sonrası devam ettirilmesinin mortalite oranlarını %50 azalttığı bilinmektedir.<sup>[28]</sup> Ev tabanlı eğitimlerle KR'nin idamesi sağlanmış olacaktır. Yapılan bir araştırmanın sonuçları KR'nin önemli bir bölümünü oluşturan ev programlarının; değiştirilebilir risk faktörlerinden, sigara alışkanlığı, obezite, hareketsizlik ve diyet alışkanlıklarını değiştirmede faydalı olabileceğini göstermektedir.<sup>[36]</sup>

Miyokard infarktüsü sonrası hastaların durumu normalleşmeye başladıktan sonra hastalara hastalıkları hakkında bilgi, koruyucu uygulamaların önemi, evde yapması gerekenleri hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile planlanmalıdır. Verilecek olan eğitime hastanın fiziksel ve psikolojik olarak uygun olduğu dönemde başlanmalıdır. Eğitimler hastanın öğrenim gereksinimlerine, eğitim düzeyine ve bilgi seviyesine göre planlanır.<sup>[2]</sup> Bu aşamada hastaların kendilerine ait risk faktörlerini belirleyebilme, riskleri yönetme, hastalığın gerektirdiği yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlama ve uygulama konularında desteğe gereksinimleri bulunmaktadır. Sağlık ekibinin rolü burada çok önemlidir.<sup>[5]</sup>

Sağlık ekibi içinde hastalarla en fazla vakit geçiren grup hemşirelerdir. Yapılan bir çalışmada hastaların en fazla doktorlardan eğitim aldıkları, hemşirelerin bu konuda pasif kaldıkları görülmüştür. Hemşirelerin bu konuda aktif rol üstlenmeleri gerekir. Çünkü rehabilitasyon grubunda hemşirenin görevi; hasta ve yakınlarının eğitimi, egzersiz için rehber olmak ve ekip içi motivasyon ile koordinasyonu sağlamaktır. Hemşireler görevlerini üstlenmezlerse sağlıklı ve etkili bir bakımdan da söz edilemez.<sup>[12]</sup> Hemşireler, hastalara ilaç, diyet gibi konularda sağlıklı yaşam şekli geliştirmeye yönelik eğitimler vermeli ve ev tabanlı eğitimler ile de bunun sürekliliğini sağlamalıdır.<sup>[41]</sup> Yapılan bir çalışmada hemşire liderliğinde verilen eğitim programının düşük trigliserid seviyesine ( $p = 0.02$ ), sigara bırakılmasına (OR 5), diyabeti olanlarda HbA1C'nin %7'nin altına düşmesine (OR 10), kan basıncının 130/80'nin altına inmesine (OR 15), KR programlarına katılımın artmasına (OR 7), haftada her gün en az 30 dakika fiziksel aktivite yapmada (OR 34) etkili olduğu görülmüştür.<sup>[47]</sup>

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, Mİ görülme sıklığı giderek artan, mortalite oranları yüksek olan bir hastalıktır. Miyokard infarktüsü için hastane ortamında

başlatılan eğitim programlarının tek başına yeterli olmadığı görülmektedir. Oysaki Mİ geçiren hastalarda risk faktörlerini azaltmak, ikinci bir infarktüsü önlemek ve komplikasyonların önüne geçmek adına bu eğitim programları çok önemlidir. Bu eğitimler sayesinde hastaların olumsuz semptom yaşamaları önlenecek ve yaşam kalitesinin azalması engellenecektir. Ancak hastaların hastanede verilen eğitimlere uyum gösterememeleri ve daha sonraki eğitimlere de düzenli gelememelerinden dolayı ev tabanlı eğitimlere olan gereksinim doğmuştur. Bu eğitimler sayesinde hastanedeki eğitimlerin sürekliliği sağlanacaktır. Burada sağlık ekibi içinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hastalarla en fazla iletişim halinde olan hemşirelerin eğitim programlarında yer almaları mutlaka gerekmektedir. Bu konuda eğitim almış hemşireler eğitim, danışmanlık rollerini kullanarak Mİ'nin morbidite ve mortalite oranlarının düşmesinde aktif ve verimli rol oynayacaktır. Hastaların risk faktörlerinin kontrol altında tutulması ve yaşam kalitesinin artması için hemşireler tarafından ev tabanlı eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Fertelli TK, Tel H. Miyokard infarktüsü sonrası bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2007;11(2):57-61.
2. Enç N, Yiğit Z, Altıok MG, Özer S, Oğuz S. Akut koroner sendromlar. Türk Kardiyoloji Derneği Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar, Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu 2007:11-33.
3. Reed GW, Rossi JE, Cannon CP. Acute myocardial infarction. Lancet 2017;389: 197-210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30677-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30677-8)
4. Gatenby VK, Shelton RJ, Blackman DJ. Management of ST-elevation myocardial infarction. Medicine 2014;42:512-519. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.06.017>
5. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO.
6. Öner FA, Gürcan Z, Yurdakul S, Türkeş Ş, Arslantaş MK, Ergüney M. Miyokard infarktüsülü hastaların klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi 2009;24(1):22-25.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp Ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020.
8. Wang W, Jiang Y, He HG, Koh KWL. A randomised controlled trial on the effectiveness of a home-based self-management programme

for community-dwelling patients with myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs 2016;15(6):398-408

<http://dx.doi.org/10.1177/1474515115586904>

9. Kang K, Gholizadeh L, Inglis SC, Han HR. Correlates of health-related quality of life in patients with myocardial infarction: A literature review. Int J Nurs Stud 2017;73:1-16. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.010>
10. Olgun S, Kaptan G, Büyükcinal SK. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yaşam Dergisi 2016;1(1):6-15.
11. Düzöz GT, Cengiz N. Akut Miyokard infarktüsü geçiren hastaların miyokard infarktüsü hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2006;10(1-2):1-6.
12. Sevinç S, Eşer İ. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil korunma davranışları. İ.U.F.N. Hem. Derg 2011;19(3):135-144.
13. Sharifi MH, Eftekhari MH, Ostovan MA, Rezaianazadeh A. Effects of a therapeutic lifestyle change diet and supplementation with Q10 plus L-carnitine on quality of life in patients with myocardial infarction: A randomized clinical trial. J Cardiovasc Thorac Res 2017;9(1):21-28. <http://dx.doi.org/10.15171/jcvtr.2017.03>
14. Irmak Z, Fesci H. Akut Miyokard infarktüsünde sekonder koruma. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005:84-96.
15. O'Brien F, McKea G, Mooneya M, O'Donnell S, Moser D. Improving knowledge, attitudes and beliefs about acute coronary syndrome through an individualized educational intervention: A randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2014;96:179-187. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.05.022>
16. Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005,8(3):1-9.
17. ST-segment yükselmeli akut miyokard infarktüsü ile başvuran hastaların tedavisine ilişkin ESC kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş 2013.
18. Sevinç S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. J Clin Nurs 2010;19:1315-1325. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03220.x>
19. Boyde M, Grenfell K, Brown R, Bannear S, Lollback N, Witt J, Jiggins L, Aitken L. What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? Aust Crit

- Care 2015;28:134-139.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>
20. Park M, Song R, Jeong JO. Effect of goal attainment theory based education program on cardiovascular risks, behavioral modification, and quality of life among patients with first episode of acute myocardial infarction: Randomized study. *Int J Nurs Stud* 2017;71:8-16.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.019>
  21. Kweon S, Sohn MK, MD, Jeong JO, Kim S, Jeon H, Lee H, Ahn SC, Park SH, Jee S. Quality of life and awareness of cardiac rehabilitation program in people with cardiovascular diseases. *Ann Rehabil Med* 2017;41(2):248-256.  
<https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.2.248>
  22. Kavradım ST, Özer ZC. Miyokard infarktüsü sonrası roy uyum modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(12):24-35.  
<http://dx.doi.org/10.5543/khd.2016.003>
  23. Türkmen SN, Çam MO. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda psiko eğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *J Psychiatr Nurs* 2012;3(3):105-115.  
<http://dx.doi.org/10.5505/phd.2012.32032>
  24. Masana L, Ros E, Sudano I, Angoulvant D and the lifestyle expert working group. Is there a role for lifestyle changes in cardiovascular prevention? *Atheroscler Suppl* 2017;26:2-15.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S1567-5688\(17\)30020-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1567-5688(17)30020-X)
  25. Shuaib KA, Abusalah A, Abdeljawad H, Elhamss A, Aljerjawy M, Thabet AE. Effect of educational program on compliance with medication regimen of myocardial infarction patients. *Journal of Health, Medicine and Nursing* 2015;19: 16-9.
  26. Shuaib KMA, Ismail GM, Fouad NAM. Effect of Educational Program on Compliance of Myocardial Infarction (MI) Patients in Gaza Strip. *Journal of Education and Practice* 2014;5(13):5-14.
  27. Uysal H. Kardiyak rehabilitasyon ve hemşirenin sorumlulukları. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 2012;3:49-59.  
<http://dx.doi.org/10.5543/khd.2012.006>
  28. Dalal HM, Zawada A, Jolly K, Moxham T, Taylor RS. Home based versus centre based cardiac rehabilitation: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010;340:5631.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.b5631>
  29. Aktürk S. Cardiac rehabilitation in patients with acute coronary syndrome. *Medicine Science* 2016;5(1):244-52.  
<http://dx.doi.org/10.5455/medscience.2015.04.8304>
  30. Casey PE. Management of patients with coronary vascular disorders. In: Smeltzer SC, Bare BG, eds. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 10th edn. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 2003;725-30.
  31. Doğu Ö, Kaya H, Gündüz H, Parlak Z. Miyokard infarktüsü geçirmiş bireylere eğitim ve danışmanlıkta web tabanlı uzaktan eğitim önerisi. *MN Kardiyoloji* 2015;22(4):217-222.
  32. Gürses N. Dünya'da ve Türkiye'de kardiyak rehabilitasyon konusunda yaşanan güçlükler. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2012;5(2): 9-13.
  33. Uysal H. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2012;5(2): 26-32.
  34. McKinley S, Dracup K, Moser DK, Riegel B, Doering LV, Meischke H. The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2009;46:1037-1046.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.01.012>
  35. Saffi MAL, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014;13(5):436-43.  
<https://doi.org/10.1177/1474515113505396>
  36. Akdur H, Gürses N, Ziyaettin, Polat G, Demir K, Orman N, Öztürk M. Miyokard infarktüsü hastalarda risk faktörü dağılımı: ev programlarının değişebilir faktörlere olan etkisi. *T Klin Kardiyoloji* 1997;10:53-59.
  37. Frohmader TJ, Lin F, Chaboyer WP. Structures, processes and outcomes of the Aussie Heart Guide Program: A nurse mentor supported, homebased cardiac rehabilitation program for rural patients with acute coronary syndrome. *Aust Crit Care* 2017;1-8.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2017.03.002>
  38. Noites A, Freitas CP, Pinto J, Melo C, Vieira A, Albuquerque A, et al. Effects of a phase IV home-based cardiac rehabilitation program on cardio respiratory fitness and physical activity. *Heart Lung Circ* 2017;26:455-62.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.hlc.2016.08.004>
  39. Frohmader TJ, Lin F, Chaboyer WP. Nurse mentor perceptions in the delivery of a home-based cardiac rehabilitation program to support patients living in rural areas: An interpretive study. *Nurse Educ Pract* 2017;24:77-83.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2017.04.002>
  40. Buckingham SA, Taylor RS, Jolly K, Zawada A, Dean SG, Cowie A et al. Home-based versus



- centre-based cardiac rehabilitation: a bridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *Open Heart* 2016;3:1-15. <http://dx.doi.org/10.1136/openhrt-2016-000463>
41. M. Dalal M, Evans PH, Campbell JL, Taylor RS, Watt A, Read KLQ, Mourant AJ, Wingham J, Thompson DR, Gray DJP. Home-based versus hospital-based rehabilitation after myocardial infarction: A randomized trial with preference arms - Cornwall Heart Attack Rehabilitation Management Study (CHARMS). *International Journal of Cardiology* 2007;119:202-211. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2006.11.018>
  42. Irmak Z, Fesli H. Sekonder koruma eğitim programının miyokard infarktüsü geçiren hastaların bilgi düzeyine etkisi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;14-25.
  43. Sevinç S. Miyokart infarktüsü geçirmiş bireylerde yaşam şekli değişikliği: pender' in sağlığı geliştirme modeli. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(14):147-152. <http://dx.doi.org/10.5543/khd.2016.93064>
  44. Clark RA, Conway A, Poulsen V, Keech W, Trimaco R, Tideman P. Alternative models of cardiac rehabilitation: a systematic review. *European Journal of Preventive Cardiology* 2013;0(00):1-40. <https://doi.org/10.1177/2047487313501093>
  45. Heron N, Kee F, Donnelly M, Cardwell C, Tully MA, Cupples ME. Behaviour change techniques in home-based cardiac rehabilitation: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2016;747-56. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp16X686617>
  46. Wang W, Chair SY, Thompson DR, Twinn SF. Effects of home-based rehabilitation on health-related quality of life and psychological status in Chinese patients recovering from acute myocardial infarction. *Heart&Lung* 2012;41:15-25. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.05.005>
  47. Harbman P. The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *Int J Nurs Stud* 2014;51:1542-56. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004>