

# MİYOKARD İNFARKTÜSÜ GEÇİRMİŞ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sevil OLGUN<sup>1</sup> Gülten KAPTAN<sup>2</sup> Serkan Kemal BÜYÜKÜNAL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Yüksekokulu, TR-09200 Aydın, TÜRKİYE

<sup>2</sup>Istanbul AREL Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

<sup>3</sup>Istanbul AREL Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Beslenme ve Diyetetik Bölümü, TR-34537 İstanbul, TÜRKİYE

## ÖZET

Bu araştırma biri devlet diğeri üniversite hastanesi olmak üzere iki ayrı hastanenin dahiliye ve koroner yoğun bakım ünitelerinde miyokard infarktüsü (MI) geçirmiş hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacı ile yapıldı. Araştırmanın örneklemini MI geçirmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden 75 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu ve Kardiyak Versiyon III Skalası kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin analizinde Independent-Samples T-test, Mann-Whitney U testi kullanıldı. Araştırmada yer alan hastaların yaş ortalaması 60 olarak hesaplandı. Hastaların medeni durumu, gelir durumu, aile içindeki konumu, hastaneye yatış sayısı, MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu, MI hakkında bilgiye sahip olma durumu, taburculuk sonrası evde bakım uygulanma durumlarının yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkilediği saptandı. Araştırma sonucunda, MI geçirmiş hastaların yaşam kalitesini çeşitli faktörlerin etkilediği ve bu faktörlerin ileride yapılacak çalışmalarla araştırılması gerektiği kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Miyokard infarktüsü, yaşam kalitesi, bakım, beslenme

## EVALUATION OF LIFE QUALITY ON PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION

### ABSTRACT

This research has been planned and implementation for describing quality of life with MI patients in a coronary intensive care units and medical clinics of a public hospital and a university hospital. The data were collected by using questionnaire which includes socio-demographics of patients and Quality of Life Cardiac Version III Scale. The data evaluated on computer with SPSS 10.00 programme. In the statistical analyses Independent Samples T-test, Mann-Whitney U test were used. The results of this study as follows; the mean-age was of the patients 60 ages. Among the effective factors quality of life; marital status, income status, family status, the number of hospitalization, the case of relationship between MI and home care after left hospital were determined. There was the significant relationship between hospitalisation time, MI and life style and discharged education with affecting care satisfactory ( $p<0.05$ ).

Key Words: Myocardial infarction, quality of life, care, nutrition

## GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıkların 2/3'ü miyokard infarktüsü (MI) olarak ortaya çıkmaktadır (13, 21). Hastalığın görülme sıklığı ve ölüm oranı, toplumsal yapı ve özelliklere göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde ölümlerin yaklaşık yarısı (%48), gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık beş ölümden birisi (%19) koroner kalp hastalıkları (KKH) nedeni ile meydana gelmektedir (13).

İskemik kalp hastalığı (IKH), özellikle de akut miyokard infarktüsü (AMI) hayati tehlikesi ve kronik hastalıklara yol açması nedeniyle hastaları ve direkt ya da dolaylı yoldan toplumu olumsuz yönde etkilemektedir (5). Kardiyovasküler sistem hastalıkları (KVH) birçok kişinin bağımsızlık kaybına, yaşam kalitesinin azalmasına neden olan, büyük ve yaygın bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (19). Araştırmalar KVH'ları olan hastaların yaşam şekli değişikliklerinin bireyin yaşamını uzatabildiği ve yaşam kalitesini de arttırdığını ortaya koymaktadır. Anksiyete ve depresyon, çevreye ve sosyal ilişkilere karşı ilginin azalması, seksüel değişiklikler ve uyku bozuklukları ise MI geçiren birçok hastanın yaşam kalitesindeki azalmanın sonuçları olarak görülmektedir (19).

## YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte planlanan araştırmanın örneklemini, Aydın Devlet Hastanesi (ADH) ve Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi (ADU)'nin Koroner Yoğun Bakım Üniteleri ve Dahiliye Kliniklerinde tedavi gören MI geçirmiş, araştırmanın seçim ölçütlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 75 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri içeren anket formu ve Yaşam Kalitesi Kardiyak Versiyon III Skalası kullanıldı.

Verilerin analizinde; Independent-Samples T-test, Mann-Whitney-U testi ve tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Araştırma hastane yönetimlerinden yazılı izin ve hastalardan sözlü onam alınarak gerçekleştirildi.

## BULGULAR

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular ve MI geçiren hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular sırasıyla tablo 1 ve 2'de verildi. Hastaların yaş dağılımı ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, medeni durum ile aile alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3).

Hastaların eğitim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim durumu ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Gelir durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal, sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3).

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal, sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hastaların taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 4).

**Tablo 1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Hastane adı</b>		
ADÜ	45	60,0
ADH	30	40,0
<b>Yatmakta olduğu servis</b>		
Yoğun bakım	57	76,0
Servis	18	24,0
<b>Yaş</b>		
60 yaş üzeri	38	50,7
60 yaş ve altı	37	49,3
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	50	66,7
Kadın	25	33,3
<b>Medeni durum</b>		
Evli	55	73,3
Evli değil	20	26,7
<b>Eğitim durumu</b>		
İlköğretim ve altı	58	77,3
İlköğretim üzeri	17	22,7
<b>Gelir-gider durumu</b>		
Geliri giderini karşılıyor	50	66,7
Geliri giderini karşılamıyor	25	33,3
<b>Toplam</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tablo 2.** MI Geçiren Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

Hastalara Ait Özellikler	Sayı	%
<b>Hastaneye yatış sayısı</b>		
2 üzeri	40	53,3
2 ve altı	35	46,7
<b>MI ile yaşam şekli arasında bağlantı kurma durumu</b>		
Bağlantı kurmayanlar	25	33,3
Stres/sıkıntı	28	37,3
Sigara/alkol/stres	7	9,3
Beslenme alışkanlığı	5	6,7
Sigara	3	4,0
Yorgunluk	3	4,0
Beslenme alışkanlığı/stres	2	2,7
Sigara/alkol	1	1,3
Sigara/stres	1	1,3
<b>MI hakkında bilgi durumu</b>		
Hayır	55	73,3
Dergi/broşür/kitapçık/gazete	8	10,7
Radyo/TV	7	9,3
Hepsi	3	4,0
Doktor	2	2,7
<b>Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları</b>		
Kısmen uygulayabilenler	46	61,3
Tamamen uygulayabilenler	29	38,7
<b>Toplam</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

**Tablo 3.** MI Geçiren Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları					
	Sağlık ve fonksiyonel kapasite	Psikolojik/Ruhsal	Aile	Sosyo-Ekonomik	Önemlilik	Toplam puan
<b>*Yaş</b>						
60 yaş ve altı (n=37)	65,60±10,16	35,48±6,98	17,40±3,63	39,86±7,56	202,54±12,73	158,35±23,84
60 yaş üstü (n=38)	65,90±8,25	37,94±4,77	18,00±2,25	42,15±6,50	203,63±12,76	164,00±20,22
<b>p</b>	<b>0,88</b>	<b>0,78</b>	<b>0,39</b>	<b>0,16</b>	<b>0,71</b>	<b>0,27</b>
<b>**Medeni Durum</b>						
Evli (n=55)	66,63±9,11	36,74±6,54	18,18±3,07	41,52±7,17	203,78±13,52	163,09±22,36
Evli değil (n=20)	63,30±9,12	36,70±4,58	16,40±2,45	39,65±6,86	201,20±10,05	156,05±21,09
<b>p</b>	<b>0,17</b>	<b>0,99</b>	<b>0,00</b>	<b>0,27</b>	<b>0,13</b>	<b>0,18</b>
<b>**Eğitim durumu</b>						
İlköğretim üzeri (n=17)	65,58±8,72	37,00±7,55	16,94±4,47	43,58±7,00	201,47±17,35	163,11±23,53
İlköğretim ve altı (n=58)	65,79±9,38	36,65±5,61	17,93±2,43	40,37±7,00	203,56±11,09	160,65±21,86
<b>p</b>	<b>0,94</b>	<b>0,48</b>	<b>0,74</b>	<b>0,06</b>	<b>0,77</b>	<b>0,40</b>
<b>**Gelir durumu</b>						
Gelir gideri karşılıyor (n=50)	67,86±7,61	38,86±4,34	17,96±2,95	43,42±5,45	203,80±9,02	168,08±17,04
Gelir gideri karşılamıyor (n=25)	61,52±10,65	32,52±6,83	17,20±3,12	36,24±7,67	201,68±18,05	147,48±24,91
<b>p</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,19</b>	<b>0,00</b>	<b>0,66</b>	<b>0,00</b>
<b>**Aile içindeki konumu</b>						
Aile reisi (n=47)	66,27±9,74	36,93±6,43	18,17±3,12	41,27±7,71	202,44±14,83	162,65±23,23
Aile reisi değil (n=28)	64,85±8,22	36,39±5,45	16,92±2,67	40,60±6,02	204,17±7,95	158,78±20,27
<b>p</b>	<b>0,41</b>	<b>0,79</b>	<b>0,05</b>	<b>0,45</b>	<b>0,66</b>	<b>0,37</b>

\*Independent Samples t-test, \*\*Mann-Whitney U

**Tablo 4.** Hastaların Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları					
	Sağlık ve fonksiyonel kapasite	Psikolojik/Ruhsal	Aile	Sosyo-Ekonomik	Önemlilik	Toplam puan
<b>*Hastaneye yatış sayısı</b>						
2 ve altı (n=35)	67,91±8,41	36,42±6,53	17,42±3,08	41,08±7,02	202,02±16,43	162,85±22,21
2 üzeri (n=40)	63,85±9,49	37,00±5,67	17,95±2,96	40,97±7,24	204,02±8,22	159,77±22,21
<b>p</b>	<b>0,05</b>	<b>0,60</b>	<b>0,45</b>	<b>0,94</b>	<b>0,50</b>	<b>0,55</b>
<b>**MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlama durumu</b>						
Evet (n=50)	63,92±9,92	35,22±6,70	17,48±3,56	39,38±7,72	202,22±14,98	156,00±24,71
Hayır(n=25)	69,40±6,15	39,76±2,63	18,16±1,28	44,32±4,04	204,84±5,66	171,64±9,57
<b>p</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	<b>0,67</b>	<b>0,01</b>	<b>0,66</b>	<b>0,00</b>
<b>**Taburculuk sonrasında bakım uygulamaları</b>						
Evet(n=20)	69,31±7,52	38,41±5,29	18,13±2,24	42,51±5,87	204,17±8,45	168,37±17,86
Hayır(n=55)	63,50±9,48	35,67±6,31	17,43±3,40	40,08±7,68	202,41±14,78	156,69±23,49
<b>p</b>	<b>0,01</b>	<b>0,04</b>	<b>0,76</b>	<b>0,15</b>	<b>0,73</b>	<b>0,01</b>

\*Independent Samples t-test, \*\*Mann-Whitney U

## TARTIŞMA

MI geçiren hastaların yaşam kalitesinin bazı değişkenler ile ilişkisinin incelendiği araştırmamızda, araştırma grubunun %66,7'sini erkek hastalar oluşturmuştur. Literatür bilgisi MI'ın erkeklerde görülme oranının daha fazla olduğu yönündedir (2, 3, 4, 7, 8, 10 12). KVH yaş ile bağlantılıdır. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artmaktadır. Ancak son yıllarda insanların daha fazla strese maruz kalmaları nedeniyle yaş ortalamasının düşme eğiliminde olduğu ve genç neslin de KVH'na aday olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda 60 yaş altı hasta grubu ile 60 yaş üstü hasta grubu birbirine çok yakın oranlardadır. WHO yaşlılığın başlangıç yaşını 60 yaş olarak kabul etmektedir. Bu kıstas esas alınır, 60'lı yaşlarda KVH görülmesi beklenen yaşam süresini kısaltan önemli bir etken olarak kabul edilebilir. Başka bir çalışmada da KVH görülen hastaların yaş ortalaması 62,72 olarak bildirilmiştir (6). Bizim çalışmamızda elde edilen sonuçlar, bahsi geçen veriler ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların yaş dağılımı ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; yaş ile yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Elde edilen sonuç daha önce yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir (5, 19).

Çalışmalar, özellikle evli olan ve MI geçirmiş bireylerde hem yeniden MI geçirme, iyileşmede görülen problemler, anksiyete, aşırı korunma gibi hastalıkla ilgili korkularının, hem de evlilikle ilgili problemler, cinsellikle ilgili problemler, kendi öz kaynaklarının kaybı gibi bireysel korkuların yaşandığını ve bu durumun bireylerin yaşam kalitesini etkilediğini göstermektedir (3, 5, 6). Çalışmamızda medeni durum ile sağlık ve fonksiyonel kapasite ve psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak hastaların medeni durumu ile aile alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve evli olanların aile alt ölçek puan ortalamasının yüksek olduğu bulundu. Daha önce yapılan çalışmalarda da aile ilişkileri, aktiviteleri ve değerleri arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur. Bu durum evli hastaların daha fazla emosyonel desteğe sahip oldukları şeklinde açıklanmaktadır (19). Evli olanlardaki eş desteği yaşam kalitesini artırıcı yöndedir (3, 17). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. MI özellikle eşler açısından, aile üyeleri üzerinde psiko-sosyal kriz meydana getirir. MI geçiren hasta eşlerinin korkuları; eşlerini kaybetmek, mümkün olabilecek diğer bir MI, ölüm, iyileşme sürecinin uzaması, finansal problemler, eşlerinin gelecekteki bakım gereksinimleri, eşlerinin cinsel fonksiyon durumu ve önceki sosyal aktivitelerini yeniden gerçekleştirememesi şeklinde sıralanmaktadır. Önceki çalışmalar hasta eşlerinde yüksek düzeyde anksiyete, depresyon, hipertansiyon, aşırı yorgunluk, gerginlik, uyku ve iştah bozuklukları ve psiko-somatik semptomlar yaşadıklarını ortaya koymuştur (3).

Eğitim düzeyinin birçok faktör üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Ancak bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması eğitimle ilişkilendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili bir çalışma, eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerinde anlamlı ölçüde etkili olduğunu göstermiştir (6). Çalışmamız, bu çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermemiştir. Ancak elde ettiğimiz sonucun, araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyinin yüksek oranda ilköğretim düzeyinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların gelir durumu ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Aynı zamanda gelir düzeyi yüksek olanların psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalaması da yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olarak hesap edildi. Geliri giderini karşılayanların sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalaması ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması da istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuçlar yüksek gelir düzeyinin yaşam kalitesini de yükselttiği ve bireylerin yaşamlarını olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Literatür, hastaların hastanede kalma süresinin hasta üzerinde hem olumlu, hem de olumsuz etkisi olduğunu ortaya koymaktadır (6). Ancak KVH ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar; kardiyak semptomlar nedeniyle, hastanede yatış süresi ve sayısının, hastalık-sağlık ve bilgilendirme arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (3, 5, 6). Bu durum, bizim araştırmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Günümüzde MI bütün dünyada ciddi bir sağlık sorunu olup, kişinin yaşamı boyunca karşılaşabileceği en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir (9, 14). Sigara kullanımı ise MI için değiştirilebilir major risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Hastalarımızın %37,3'ünün sigarayı bırakmış olmaları olumlu bir bulgudur. Çünkü MI gibi hastalıkların yaşam şeklinin değiştirilmesiyle kontrol altına alınabildiği bilinmektedir (4, 5, 15). Hastaların MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlamaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelenmiş; MI geçirmelerini yaşam şekillerine bağlamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite alt ölçek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, yine aynı gruplarda psikolojik/ruhsal ve sosyo-ekonomik alt ölçek puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, bu durumun yaşam kalitesi toplam puan ortalaması ile de istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı belirlenmiştir. Yaşam şekli MI'nı oluşturan risk faktörlerinde büyük ölçüde belirleyicidir. Sigaranın bırakılması, sağlıklı beslenme, spor ve egzersiz, gibi sağlıklı yaşam davranışları bu durumu önleyici/azaltıcı rol oynayabilir. Ayrıca bireylere/hastalara yaşam şeklinin değiştirilebilir olduğu öğretilmelidir (4, 6, 7, 18). Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar hastaların yaptıklarını saptamanın doğruluğunu, yaşam şekli ve hastalıklarının farkında olduklarını göstermektedir.

Öz bakım MI gibi yaşamsal durumlarda ve kronik hastalıklarda hastaya mutlaka kazandırılması gereken bir davranıştır (4, 11). Bu bakıma eşlerin de katılması ve birlikte eğitilmeleri gereklidir. Ancak bu şekilde MI geçiren hastalar, ikinci bir MI, şok, kalp yetmezliği gibi önemli komplikasyonlardan korunabilirler (1, 4, 7). Yapılan çalışmalar yaşam şekli değişikliklerinin önemini vurgulamaktadır (1, 16, 17, 20). Hastaların taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; Taburculuk sonrası evde bakım uygulamaları ile sağlık ve fonksiyonel kapasite, psikolojik/ruhsal alt ölçek puan ortalamaları ve yaşam kalitesi toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Bu bulguların araştırmamızın en çarpıcı bulguları olduğu ifade edilebilir. Hastaların taburculuk sonrası kendi bakımlarını üstlenmeleri, yaşam şeklindeki değişiklikleri kabullenmeleri, davranış değişikliği yaratarak yaşama geçirebilmeleri son derece zor, aynı zamanda da gerekli bir durumdur. Sonuçlar, hastaların bu durumun farkında olduklarını göstermektedir.

Literatür artık MI ile ilgili risk faktörlerine yaşam stili faktörleri olarak yer vermektedir. Yaşam stili değişikliklerine semptomların kontrolü de ilave edilmektedir (22). Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre, yaşam şekli değişikliklerini gerçekleştirebileceğini düşünen hastaların yaşam kalitesi ve bakım yeterliliği puan ortalamalarının yüksek olması araştırmamızın sonuçları ile literatür bilgisinin paralellliğini ortaya koymaktadır.

## SONUÇ

Araştırmamız sonucunda hastaneden ayrıldıktan sonra evde bakım uygulamalarını gerçekleştirebilecek hastaların skorlarının daha yüksek olması ve bu yüksek skorların da istatistiksel olarak da anlamlı bulunması en önemli bulguları oluşturmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşam tehdidi yaratan tüm hastalıklarda olduğu gibi, MI'da da yaşam şeklini değiştirme konusunda özellikle hastaların tabu saydıkları cinsel danışmanlığın yanı sıra; hijyen, gıda kaynaklı riskler, beslenme ve fiziksel aktivite konusunda özel eğitim programlarına alınmaları gerekliliği düşünülmektedir. Hastaların yaşam şekillerinin değiştirilmesiyle MI riskinin azalacağı öngörülmektedir. Bu eğitim programlarının sağlık profesyonellerinden teşekkül profesyonel bir ekiple verilmesi gerekmektedir.



## KAYNAKÇA

1. Alpert J.S., Rippe J.M (Eds): Kalp Damar Hastalıkları Tanı ve Tedavi El Kitabı. (Çev.Z.Öngen) Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 1. Baskı, İstanbul, 2003: 215-248.
2. Andreoli T.E., Canpenter R.C.G., Griggs J.L., Loscalzos J. (Eds): Cecil Essentials of Medicine Türkçesi (Çev. H Çavuşoğlu), 5. Baskı, Yüce Yayım, İstanbul, 2002.
3. Astedt-K. P., Lehti K., Tarkka M.T. & Paavilainen E. Determinants of perceived health in families of patients with heart. Journal of Advanced Nursing 2004, 48(2):115-123.
4. Birol L., Akdemir N., Bedük T. (Eds) İç Hastalıkları Hemşireliği: Geliştirilmiş 6. Baskı Ankara: Vehbi Koç Yayınları, 1997:293-307.
5. Bengtsson I., Hagman M. and Wedel H. Aged and angina as predictors of quality of life after myocardial infarction, Scand Cardiovasc J. 2001:252-258.
6. Chan D.S.K., Chau J.P.C., & Chang A.M. Acute coronary syndromes: cardiac rehabilitation programmes and quality of life. Journal of Advanced Nursing. 2005, 49(6): 591-599.
7. Crawford M.H., DiMarco J.P. (Eds) Cardiology: London, Mosby International limited, 2001: 12.
8. Delibay N. Toplumun akut miyokard infarktüsü ile ilgili bilgilerinin incelenmesi, Ege Üniv. S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1998.
9. Donoghue J., Duffield C., Pelletier D. Health promotion as a nursing function: perception held by university students of nursing, Int.J.Nurs.Stud. 1993, 30(6): 527-535.
10. Doğan H., Sağlık ocaklarımızdan, Sted. 2004, 13(10): 387-388.
11. Enar R., Özkan AA. (Eds) Akut Miyokard infarktüsü Trombolitik Tedavi: İstanbul, Tatlıdil Matbaacılık, 1998.
12. Erdoğan Ö. MI tanısıyla hastaneye yatan hastalara verilen planlı sağlık eğitiminin hastaların bilgi düzeylerine ve tedaviye uyum durumlarına olan etkisinin incelenmesi, Ege Üniv. S.B.E. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1994.
13. Göz F., Göz M., Boran G. Bir grup hastanın koroner kalp hastalığına yönelik risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi HYO 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Antalya, 29-2 Kasım 2000.
14. Kettunen S., Solovieva S., Laamanen R. & Santavirta N. Myocardial infarction, spouses' reaction and their need of support, Journal of Advanced Nursing. 1999, 30(2): 479-488.
15. Luckmann and Sorensen's. Medical-Surgical Nursing: Fourth Edition, Saunders: 1993:PP 1150-1164.
16. Martinez M.S., Aranguren B.S., Iturralde I.E., Zubillaga E.M., Goni M.J.U., Estevez J.I., Primary care nursing of coronary patients and reduction of re-infarction risk, Journal of the Royal Institute of Public Health. 2004:1-6.
17. Moynihan M. Assessing the educational needs of post-myocardial infarction patients. Nursing Clinics of North America. 1984, 19(3):441-447.

18. Pehlivanođlu S., Binici G: Koroner arter hastalığında primer ve sekonder korunma: yaşam şeklinin değiştirilmesi. H Kültürsay (ed). Koroner Kalp Hastalığı Pirimer ve Sekonder Korunma. ARGOS İletişim Hizmetleri Reklamcılık ve Ticaret A.Ş., s. 231, İstanbul, 2001.
19. Sin M.K., Sanderson B., Weaver M., Giger J., Pemberton J., Klapow J. Personal characteristics, health status, physical activity, and quality of life in cardiac rehabilitation participants, *International Journal of Nursing Studies* 2004:173-181.
20. Thompson D.R. Roebuck A. The measurement of health-related quality of life in patients with coronary health disease, *The Journal of Cardiovascular Nursing*. Oct 2001, 16(1): 28-30.
21. Tuncel F. Sağlıklı yaşam, düzenli egzersiz, *Bilim Teknik Dergisi*. 1994, 27 (322):6670.
22. Turton J. Importance of information following myocardial infarction: a study of the self-perceived information needs of patients and their spouse/partner compared with the perceptions of nursing staff, *Journal of Advanced Nursing* 1998, 27: 770-778.