

Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme

Patient Education and Behavior Change Development

Havva Öz Alkan¹

¹İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul.

ÖZET

Kardiyak rehabilitasyonun önemli bir bölümü olan hasta eğitimi; gerekli davranış değişikliklerini oluşturmak için planlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi, çoğunlukla erişkin bireylerle ilgilidir. Öğretilen ve eğitilenler hem hasta; hem de erişkin olduğundan diğer eğitimlerden bazı farklılıklar gösterirler. Bu farklılıkların sonucu olarak hasta eğitimi belirli koşullarda ve bir sıra içinde yapılmalıdır. Davranış değişiminin ve sağlıklı bir yaşam tarzının sağlanmasına yönelik girişimler, sağlık çalışanı ile hastanın yakın temas içinde olması gerektiğinin altını çizmektedir. Hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi tüm boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan tek profesyonel gruptur. Kalp hastalığı riskini azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak hemşirelerin en temel görevlerinden biridir. Bu nedenle hemşireler, bireye en uygun davranış değişimi yaklaşımlarını bulmak için çaba harcamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak rehabilitasyon; hasta eğitimi; davranış değişikliği.

ABSTRACT

Patient education, which is an important part of cardiac rehabilitation, should be planned in a way to create the necessary behavioral changes. Patient education in cardiac rehabilitation is mostly related to adult individuals. Because taught and trained are both sick and adult, they show some differences from other trainings. As a consequence of these differences, patient education should be done in certain conditions and in a row. Intervention to ensure for change behavior and a healthy lifestyle underline the need for close contact between the health worker and the patient. Nurses are the only professional group that handles the individual with all dimensions and surroundings in health care providers. Reducing the risk of heart disease and attaining healthy lifestyle behaviors is one of the most basic tasks of nurses. For this reason, the nurses should try to find the most suitable behavior change approaches for the individual.

Keywords: Cardiac rehabilitation; patient education; behavior change.

GİRİŞ

Toplumun sağlıklı yaşam isteğinin artması, tıbbi ve teknolojik gelişmeler yaşam süresini uzatarak kronik hastalıklarla birlikte nitelikli bir yaşamın sürdürülmesi sorununu gündeme getirmiştir. Bu sorunun çözümündeki ön koşul, eğitim yoluyla birey, aile ve toplumun bilinçlenmesi, onların sağlıkları/hastalıkları hakkında daha fazla sorumluluk üstlenmeleridir. Yakın zamana kadar tedavinin doğru şekilde uygulanmasına odaklanan hasta eğitimi, günümüzde öncelikle hasta ve ailesinin bakım hakkında doğru kararlar vermelerini, sorumluluk üstlenmelerini amaçlamaktadır. Bu amacı gerçekleştirmenin yolu; onların gerekli bilgi,

beceri, tutum ve davranışları kazanmaları yani eğitilmeleridir.^[1,2]

Hemşireler; sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi tüm boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle, sağlık eğitimiyle ilgili etkinliklerde en önemli role sahiptir. Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma (birincil bakım), sağlığı yeniden kazanma (ikincil bakım) ve hastalığa bağlı eksikliklerin, yetersizliklerin, sınırlamaların oluşturduğu/oluşturabileceği etkilerin en alt düzeyde kalmasını ve bireyin fonksiyonlarını en üst düzeyde sürdürülmesini (rehabilitasyon - üçüncül bakım) amaçlar. ^[1,2]

Geliş tarihi: 14.11.2016 Kabul tarihi: 23.12.2016

Sorumlu Yazar: Yard. Doç. Dr. Havva Öz Alkan

Yazışma adresi: Abide-i Hürriyet Cd. 80270 Şişli-Türkiye.

Tel: 0212 440 00 00- 27028 E-posta: havvaoz@hotmail.com

Hasta eğitiminin etkili bir şekilde yapılması gereken en önemli alanlardan biri de kalp hastalıklarıdır. Kardiyak rehabilitasyonun önemli bir bölümü olan hasta eğitimi; gerekli davranış değişikliklerini oluşturmak için planlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir. [1,2] Bu derlemede kardiyak rehabilitasyon uygulamalarında hasta eğitiminin önemi ve davranış değişikliği oluşturmadaki etkisi anlatılmaktadır.

Kardiyak Rehabilitasyon ve Hasta Eğitimi

Kardiyak rehabilitasyon; kalp hastalığı olan kişinin, fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal iyilik düzeyine ulaşması için yapılan rehabilitasyon çalışmalarının tümüdür. Günümüzde kardiyak rehabilitasyon, kardiyovasküler hastalıkların tedavisinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. [3]

Kardiyak rehabilitasyonun temel hedefleri; hastayı risk faktörleri açısından değerlendirmek, risk faktörlerini kontrol altına almak, hastalığa bağlı psikolojik ve duygusal olumsuz etkileri en aza

indirmek, semptomları azaltarak fiziksel fonksiyonu ve egzersiz kapasitesini artırmak, morbidite ve mortaliteyi azaltmak şeklinde özetlenebilir. [3-8]

Kardiyak rehabilitasyon uygulamaları, esas olarak koroner arter hastalığı olan hastaların akut miyokart infarktüsü geçirmesiyle gündeme gelmiş olmasına karşın, günümüzde koroner arter bypass greftleme, perkütan translüminal koroner anjioplasti gibi, koroner arter hastalığı ile ilgili girişimsel tedavi yöntemlerinin, kalp kapak replasmanı, ventriküler anevrizmektomi, kalp trasplantasyonu gibi büyük kardiyovasküler cerrahi girişimlerin ve kronik konjestif kalp yetersizliği, kardiyomyopati, ciddi aritmiler gibi kalp hastalıklarının hemen tümünü içine alan geniş bir yelpazede yerini almıştır. [3-8]

Geniş kapsamlı kardiyak rehabilitasyon programı içerisinde fiziksel eğitim, hasta/aile eğitimi, davranış değişikliği oluşturma programları ve psikososyal hizmetler girer (Tablo 1). [3,4]

Tablo 1. Geniş Kapsamlı Kardiyak Rehabilitasyon Programı [3,4]

Fiziksel eğitim	Erken ayağa kalkma Günlük yaşam aktivitelerini sürdürme Aerobik egzersiz eğitimi
Hasta/aile eğitimi	Kalp hastalığı ile ilgili bilgiler İlaç tedavilerinin nedenleri Fonksiyonel kısıtlılıkların açıklanması Risk faktörleri
Davranış değişikliği oluşturma	Egzersiz yapılması Sigaranın bırakılması Beslenme programının planlanması, kilolu ise kilo verilmesi Stresle mücadele edilmesi
Psikososyal mesleki hizmetler	Kalp hastalığının etkilerinin değerlendirilmesi (sosyoekonomik, ruhsal) İşyerindeki sosyal sorunların çözümü Psikoterapötik girişimler Mesleki ve meslek dışı değerlendirme

Kardiyak rehabilitasyon programları, dört fazdan oluşur; Faz I, akut kardiyak hastalık veya koroner arter bypass greft gibi hastanede yatmayı gerektiren durumlardan sonra, taburcu olana kadar geçen hastane içi dönemi, Faz II ve Faz III taburcu olduktan sonraki dönemleri, Faz IV ise yaşam boyu devam edecek olan idame dönemi kapsar. Faz I kardiyak rehabilitasyon programı, miyokart infarktüsü geçirmiş olan hastaların akut iyileşme döneminde ve koroner arter bypass greft operasyonundan hemen sonra, koroner veya cerrahi yoğun bakım

ünitesindeki birinci günden itibaren veya hasta yoğun bakımdan normal servise geçtiğinde başlayabilir. [4-6]

Eğitim kardiyak rehabilitasyonun faz I aşamasında başlar. Hastanın ve ailenin eğitimi, grup ve bireysel danışma seansları faz I'in eğitim komponentinin önemli unsurlarıdır. Faz I eğitim konuları; kalbin anatomi ve fizyolojisi, uygulanan girişimler, risk faktörlerine yönelik yapılması gereken yaşam şekli değişiklikleri (beslenme, sigara, kilo kontrolü),

aktivite ve egzersiz programı, işe dönme, cinsel yaşam, stresle başa çıkma yöntemleri, ilaçlar, iletişime geçebilecek destek grupları konularını içerir. [3, 9]

Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitiminin amaçlarını şu şekilde özetleyebiliriz;

- Sağlığın korunması ve sürdürülmesi,
- Bireye hastalıkları önleme davranışlarının kazandırılması,
- Hastalıktan kaynaklanan komplikasyonların en aza indirilmesi,
- Tekrarlı yatışların önlenmesi,
- Hastalığın tedavisi ve hastalığa uyum,
- Sağlığın önceki veya olası en yüksek seviyesine ulaşması,
- Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi,
- Maliyetin azaltılması,
- Yaşamın temel gerekliliklerinin başarılması ve bağımsız kararlar almasında bireyin desteklenmesidir. [9-10]

Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi, çoğunlukla erişkin bireylerle ilgilidir. Öğretilen ve eğitilenler hem hasta; hem de erişkin olduğundan diğer eğitimlerden bazı farklılıklar gösterirler. Bu farklılıkların sonucu olarak hasta eğitimi belirli koşullarda ve bir sıra içinde yapılmalıdır. Hastalar, yalnızca öğrenmek istedikleri şeyleri ve yalnızca öğrenmek istedikleri zaman öğrenirler. Bu nedenle, hastanın öncelikle, öğretilenlerin kendisine yararlı olacağına dair inandırılması gerekir. Örneğin, sigaranın bırakılması için, miyokard infarktüsü geçirmiş olan bir hastaya, tekrar infarktüs geçirmesinden nasıl korunacağı konusunda verilecek eğitimden sonuç alma olasılığı, aynı hastaya verilecek "sigaranın akciğere olan zararları" konusundaki eğitime oranla daha fazladır. Bu hastaya, sigaranın akciğere olan zararlı etkilerinden söz etmek yerine, yeniden infarktüs geçirme riskinin sigara içerse artacağından söz etmek daha uygundur. Oysa her ikisinde de hedef sigaranın bırakılmasıdır. [8]

Bu eğitimler taburculuk sonrası telefonla, ev ziyaretlerinde ve/veya poliklinik kontrollerine geldiklerinde ve mümkünse rehabilitasyon birimlerinde (Faz II, III) devam ettirilmelidir. [8]

Öğrenme ve Davranış Değişikliği Değiştirme

Öğrenmenin olduğu her durumda, insan davranışlarını değiştiren eğitim sürecinden söz edilebilir. Eğitim, öğretim aracılığıyla bireyin

davranışlarında istendik değişiklikler oluşturucu nitelikte sistematik bir süreçtir. Öğrenme, kişinin yaşantıları ve çevresi ile etkileşimi yoluyla kalıcı davranış kazanması ya da eski davranışlarını değiştirmesi süreci olarak açıklanabilir. Sağlık eğitimi yalnızca bilgi aktarımı değildir. Başarı ile sonuçlanan sağlık eğitimi; bireyin sağlıklı, nitelikli yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerini kazanmasını sağlayan dinamik bir süreçtir. [1,11,12]

Bireyin belli bir şeyi öğrenmeye/yapmaya karşı ilgi ve istek duyması olan güdülenme (motivasyon) öğrenmenin odak noktasıdır. Güdü ister psikolojik, ister sosyal gereksinimlerden kaynaklansın, öğrenmenin gerçekleşmesinde kritik roledir. İç kaynaklı güdüler, öğrenmeyi dış kaynaklı güdülerden daha fazla etkiler. Öğrenme hedeflerinin anlaşılması ve amaç birliği öğrenmeyi kolaylaştırır. [1,11,12]

Hemşire hasta ve ailesinin öğrenme gereksinimlerini belirlerken; öğrenme güdüsünü değerlendirerek, eğitim etkinliklerinde sorumluluk üstlenmelerini desteklemelidir. Hasta ve ailenin sağlık bakımına yönelik davranışları öğrenmesini güdülemek için, o davranışın ne yarar sağlayacağı, onların değer sistemine ne derecede uygun olduğu, gereksinimleri karşılayıp karşılamadığı üzerinde durulmalı, gerekli analizler yapılmalıdır. [1,11,12]

Bu amaçla hemşire, güdülenmeyi etkileyen; sağlık inancı, dikkat, etkin katılım, hastalığa adaptasyon/uyum gibi temel faktörleri ve bu faktörlerle ilgili eğitim etkinliklerini dikkate almalıdır. [1,11,12]

Sağlık inancı; hastalığın etkilerini önlemede kişisel olarak alacağı önlemlerin olumlu etkisi olacağına inanan bir hastanın, büyük olasılıkla öğrenme isteği de fazla olacaktır.

Dikkat; öğrenenin bir konuya odaklanmasını ve kavramasını destekleyen zihinsel bir etkinliktir. Dikkati etkileyen en önemli faktörler; bireyin beklentileri, ilgileri, inançları, sahip olduğu değerler ve çevresidir. Öğrenmede dikkati konu üzerine toplama ön koşuldur. Ağrı, açlık gibi fiziksel şikâyetleri yorgunluk, kaygı ve gürültü gibi çevresel etkenler dikkati kolaylıkla dağıtırlar. Hastanın dikkatini yani öğrenme güdüsünü etkileyen bir diğer önemli nokta hastanın kaygı düzeyidir. Yüksek kaygı düzeyi dikkati yani öğrenme isteğini olumsuz yönde etkiler. Hemşire eğitimi planlarken sözel ve sözel olmayan ifadelerle hastayı bu açıdan değerlendirmelidir

Etkin katılım: sorumluluk üstlenme, öğrenilecek davranışın sağlığa katkılarını tartışma, amaç birliği oluşturma etkin katılım yoluyla öğrenmeyi desteklemenin örnekleridir. Hastanın öğretme-öğrenme sürecine etkin bir şekilde katılması öğrenmeyi kolaylaştırdığı kadar, onun kendisini ifade etmesine fırsat vererek hemşireyle olan iletişimini de güçlendirir.

Hastalığa uyum: bireyin içinde bulunduğu hastalığa uyum aşaması ile öğrenmeye hazır olup istek duyması arasında bir ilişki vardır. Hasta yaşadığı aşamanın özelliği nedeniyle hastalığını anlamıyor/anlamak istemiyorsa, öğrenme isteği duymaz ve öğrenmez. Uygun zamanda yapılan eğitim etkilidir ve hastalığa uyumu kolaylaştırır.

Öğrenme yeterliliği ve gelişim: Hastanın yeni bilgi edinmesi için belirli bir gelişim düzeyine olması ve bu bilginin temelleneceği bilişsel yeterlilikte bulunması gerekir. Hastanın belli bilgiye sahip olduğunu düşünmek yanlıştır. Sahip olduğu bilgi ve bunun doğruluğu araştırılmalıdır. Öğrenmenin, yeni bilginin eskileri tamamlaması yoluyla arttığı unutulmaması gereken önemli bir ilkedir.

Öğrenme ortamı: Hasta eğitiminin yapıldığı ortam, öğrenmeyi keyifli, verimli yapabileceği gibi, kolaylıkla sıkıntılı ve verimsiz bir duruma getirebilecek önemli bir faktördür. Bu nedenle; ortam öğrenilecek konuya yoğunlaşmayı destekleyecek rahatlıkta, sessiz ve güvenli olmalı, uygun olan ışık, ısı ve eşya düzeni sağlanmalıdır. Hastanın mahremiyeti korunmalıdır. Hasta ailesi ve yakınlarının eğitime katılması gerektiğinde hastanın isteği dikkate alınmalı, sözel veya sözel olmayan iletişim kolaylıkla gerçekleşmelidir. [1, 11, 12]

Hastaların davranışsal ve psikososyal özelliklerini değerlendirebilmek için standardize edilmiş bir yaklaşımlarının olması ve psikososyal değerlendirme çerçevesinde hangi kazanımların elde edilebileceği ve bunun hastaya nasıl izah edilebileceği bilinmelidir. Bu süreçte, hastanın aile yapısı, evdeki durumu, iş stresi, ekonomik durumu, anksiyete, depresyon, kaygı varlığı, öfke veya kızgınlık duygularının varlığı ve aktivite durumu gibi faktörlerden oluşan psikososyal değerlendirmenin yapılması gerekir. Genel bir kardiyak rehabilitasyon programı içinde uygun girişimler, bireysel veya grup görüşmeleri, stres yönetimi oturumları ve aynı tıbbi geçmişli yaşamış olan hastalarla grup görüşmeleri sağlanması gibi yaklaşımlardır. [1,8]

Psikososyal riskin farkına varılması, hem ilaç tedavisine uyumu hem de klasik risk faktörlerini

azaltmak amacıyla uygulanan yaşam şekli değişikliklerine olan uyumu etkiler.

Hasta Eğitimi ile Davranış Değişikliği Oluşturma Çalışmaları

Dünya'da davranış değişikliği geliştirerek sağlığı geliştirme stratejileri ve programlarının uygulamaya konulmasında birçok Dünya Sağlık Örgütü programı ve projesi geliştirilmiştir. Koroner kalp hastalıklarını önlemek amacıyla yapılan ve etkili olan toplum tabanlı kontrol programlarının en bilineni Finlandiya'da uygulanan North Karelia Programıdır. Koroner kalp hastalıkları ölüm hızı 1970'lerde çok yüksek olan bu ülkede, 1972'de toplumdaki risk faktörlerini azaltmayı hedefleyen, North Karelia projesi başlatılmıştır. Program kapsamında yoğun sağlık eğitimi ve sağlığı geliştirme etkinlikleri düzenlenmiş, eğitim, tarım, sanayi sektörleri sağlık sektörüyle birlikte çalışarak toplumun yaşam şeklini değiştirmiştir. İzleyen 20 yıl içinde toplumun ortalama kolesterol düzeyi %18, diyastolik kan basıncı %3, sigara içme prevalansı ise %15 azalmıştır. Aynı dönem sonunda koroner kalp hastalıklarının mortalite hızlarında %55'lik bir düşüş gözlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmelerde koroner kalp hastalıklarının mortalitesindeki azalmanın %75'nin risk faktörlerindeki azalmayla açıklanabildiği ortaya konulmuştur.[13]

Bu alanda yapılan diğer bir proje 1980 yılında yapılan Minnesota Kalp Sağlığı Programı'dır. Bu programda kitle iletişimi, toplumsal örgütlenme, doğrudan eğitim yöntemi kullanılmıştır. Bu programın koroner kalp hastalığı ve inme mortalitesi ve morbiditesinde anlamlı etkisi saptanamasa da sigara içme oranı hem erkeklerde hem de kadınlarda azalmış, total kolesterol seviyelerinde azalma saptanmıştır. Alman Kardiyovasküler Koruma Çalışması'nda (1984) 6 yıllık izlem sonrası sigara içmede net %7 azalma sağlanmıştır. İspanya'da 1998 yılında kardiyovasküler hastalıkları azaltma girişimlerinden kazanılan yaşam yılları maliyetine bakıldığında sigarayı bıraktıran en maliyet etkin bir girişim olarak belirlenmiştir.[13]

Son yıllarda yapılan çalışmalara baktığımızda; kardiyak rehabilitasyonda uygulanan hasta eğitim programlarının davranış değişikliği oluşturmadaki etkileri ortaya konulmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmanın[14] da yer aldığı ve toplam 187 merkezde 16079 hastanın dâhil edildiği sistematik bir derleme[15] sonucuna göre; miyokart infarktüsü geçiren hastalara yapılan eğitim programları ile hastaların fiziksel aktivite, diyet uyumu ve sigarayı

bırakma konularında olumlu sağlık davranışı geliştirdikleri ortaya konulmuştur. ST elevasyonlu miyokart infarktüsü geçiren hastalarla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada hastanın hekimi tarafından hasta ve hasta yakınlarına ilacın kullanımına ilişkin hatırlatıcı eğitim notları elektronik posta ile gönderilmiştir. Eğitim verilen grup ile geleneksel bakım verilen grup karşılaştırıldığında; eğitim verilen grubun ilaç uyumunun daha iyi olduğu ortaya konulmuştur. Kalp yetersizliği hastaları ile yapılan bir diğer gözden geçirme çalışmasında girişimlerin ilaç uyumunu sağladığı ortaya konulmuş olup,^[16] özellikle sadece hasta ilaç uyumu hedefleyen çalışmalarda ilaç uyumunun daha iyi olduğu görülmüştür.^[17]

Kardiyak risk azaltma kliniğinden taburcu olan hastaların kardiyak risk kontrolünün sürdürülmesine yönelik yapılan randomize kontrollü bir çalışmada; bireysel ve grup çalışmaları yapılan girişim gruplarında, geleneksel bakıma göre risk faktörlerinin daha iyi kontrol altında tutulduğu belirlenmiştir.^[18]

Hemşire yönetiminde uygulanan başka bir programda hastaların diyet uyumları sağlanmıştır.^[19] Özel bir eğitimden geçen hemşireler tarafından danışmanlık eğitimi verilen kalp hastalarının bilgi düzeylerinin ve fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı, stresin azaldığı, kan basıncı kontrolünün sağlandığı ortaya konulmuştur.^[20] Günlük kilo takibi ve ani kilo alımı durumunda yapılması gerekenler hakkında hastaya verilen eğitim; bir kitapçık verilerek ve telefon desteği sağlanarak desteklenmiştir. Bu girişim sonucunda hastalarda kilo kontrolü sağlanarak hastaneye tekrar yatışlarında azalma sağlanmıştır.^[21]

Primer ve sekonder kardiyovasküler hastalıklardan korunmada internet temelli girişim uygulanan programların etkisini inceleyen bir derleme çalışmasında; mevcut araştırmaların çoğunda risk faktörlerinden kan basıncı ve HbA 1c seviyesinin azaldığı, bunun dışında hastaların beslenme alışkanlığının ve lipit profilinin iyileştiği, kilo kontrolünün sağlandığı, fiziksel aktivitenin artırıldığı ve kardiyovasküler sorunların sayısında azalma olduğu,^[22] ev ziyaretlerinin hastaların bilgi düzeyini, öz bakımını ve uyumunu artırdığı belirlenmiştir.^[23]

Kalp hastalarında bakım yönetim programlarının hasta sonuçları üzerine olumlu etki sağlarken,^[24] hastaların bilgi düzeyi artmakta^[20,25] ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları gelişmektedir. ^[25] Sağlıklı davranış değişikliğinin geliştirilmesi için ayrıca

yapılandırılmış eğitim programlarına gereksinim duyulmaktadır. Zhu ve arkadaşları koroner kalp hastalarının egzersiz yapma alışkanlıklarında geleneksel bakım ile eğitim ve transteorik model tabanlı egzersiz aşaması uyumlu girişim gruplarının etkilerini araştırmıştır. Geleneksel bakımda kalp hastalarına diyet, egzersiz ve ilaçları konusunda basit ve yapılandırılmamış bir eğitim verilmiştir. Eğitim grubunda geleneksel bakımın yanında iki saatlik bir grup eğitimi yapılmıştır. Bu eğitim kalbin yapısından, kalp hastalarında egzersize kadar çeşitli konuları içermektedir. Hastaya ayrıca konuyla ilgili bir eğitim kitapçığı verilmiştir. Sekiz haftalık bu eğitim planında hasta ile iki kez 30 dakikalık yüz yüze bir görüşme ve altı kez de telefon ile görüşme yapılmıştır. Üçüncü gruba da eğitim grubuna verilen iki saatlik eğitim ile eğitim kitapçığı verilmiş, ayrıca sekiz haftalık egzersiz aşamasına uyumlu bir program uygulanmıştır. Bu programda da 30 dakikalık iki görüşme ve altı telefon görüşmesi planlanmıştır. Programın içeriği ise; hastanın egzersiz aşamalarının haftalık değişimini kontrol etme, hastanın bu değişimlerini kılavuza göre değerlendirme ve hastanın seviyesine uygun ev temelli egzersiz programı ile ilgili hastaya broşür verme aşamalarından oluşmaktadır. Bu çalışma sonucuna göre; sedanter yaşam şekli olan koroner kalp hastalarında transteoretik model tabanlı egzersiz aşaması uyumlu girişim grubunda hem geleneksel bakım alan hem de eğitim verilen gruba göre olumlu egzersiz alışkanlıkları sağlanmıştır. Bireyselleştirilmiş eğitim programlarının da hasta sonuçları üzerine etkili olduğu vurgulanmaktadır.^[27]

Hastalara verilen farklı eğitim tekniklerinin kullanıldığı eğitim programlarının hasta sonuçları üzerine etkisini inceleyen çeşitli araştırmalar da mevcuttur. ^[28-31] Eğitim kitapçığı verilerek ve telefon ile eğitim desteği verilen kalp yetersizliği hastalarında tedaviye uyumun, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin arttığı, psikososyal durumlarının iyileştiği ortaya konulmuştur.^[29] Randomize kontrollü yapılan bir araştırmada telefon destekli kardiyovasküler yaşam şekli programında lipit değerlerinin düştüğü, hastaların kilo verdiği, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin arttığı, psikososyal durumlarının iyileştiği ortaya konulmuştur.^[30]

Multimedya eğitim programları kullanılarak kalp kateterizasyonu uygulanan hastalarda da anksiyetenin azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığı saptanmıştır. ^[31] Ülkemizde yapılan bir araştırmada görsel-ışitsel eğitim verilen deney grubundaki bireylerin kalp hızı, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ortalama değerleri ve depresyon, anksiyete, stres puanı

ortalamalarının işlem sonrasında işlem öncesine göre azaldığı eğitim uygulanmayan kontrol grubundaki bireylerde ise arttığı görülmüştür.^[32]

Hastaya verilen eğitimin kalp yetersizliğine bağlı hastaneye tekrar yatışları^[33-37] ve komplikasyonları^[35] azalttığı yapılan çalışmalarda ortaya konmaktadır. Taburculuk planından yaşam sonu bakıma kadar bakımın planlandığı bir çalışmaya göre, kalp yetersizliği olan hastaların hastaneye tekrar yatışları azalmaktadır.^[36] Kalp yetersizliği olan hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim ile hastaların eğitim düzeyinin arttığı ve hastaneye tekrar yatışların azaldığı ortaya konmuştur.^[37] Buna karşın hasta eğitim programlarının mortalite ve morbidite de etkisi olmadığı belirlenmiştir.^[38-39]

SONUÇ

Kalp hastalığı riskini azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak sağlık profesyonellerinin en temel işlevleri arasındadır. Bu nedenle hemşireler; elde edilen bu bilimsel kanıtları göz önünde bulundurarak bireye en uygun davranış değişimi yaklaşımlarını bulmak için çaba harcamalıdır.

KAYNAKLAR

- Mauk KL. Rehabilitation Nursing A Contemporary Approach to Practice. Çeviri: Çiçek H, Özdemir L. Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım. 1.baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2014.s.176-196.
- Brewer L, Phillips BR, Boss BJ. Cardiac and Cardiovascular Rehabilitation. In: Hoeman SP, editor. Rehabilitation Nursing. Process, Application-Outcomes. 3. edition. London: Mosby; 2002.p.723-746.
- Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. 5. edition. USA: Human Kinetics; 2013.
- Oğuz H, Dursun E, Dursun N. Kardiyak Rehabilitasyon. İçinde: Bölükbaşı N. Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2006.p.1253-74.
- Riegel B, Moser DK. Cardiac Nursing A Companion to Braunwald's Heart Disease. St. Lois Missouri: Saunders Elseiver; 2008.p.50-60.
- Mann D, Zipes D, Libby P, Bonow R. A Textbook of Cardiovascular Medicine. Çeviri: Aslanger E, Şirinoğlu I, Braunwald Kalp Hastalıkları. Cilt 1, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008.s.1085-1100.
- Piotrowicz R, Wolszakiewicz J. Cardiac rehabilitation following myocardial infarction. *Cardiol J* 2008;15(5):481-7.
- Amsterdam EA, Liebson PR. The Post Myocardial Infarction Patient. Çeviri: Sakacı S. Miyokard İnfarktüsü Sonrasında Güncel Tanı ve Tedavi. 1. baskı. İstanbul: Cem Matbaacılık; 2005.s.250-267.
- Uzun M. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyol Derg* 2007;7:298-304.
- Uysal H. Kardiyak ve Pulmoner Rehabilitasyonda Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. Uzun M, editör. Kardiyak ve Pulmoner Rehabilitasyon. 1.baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.s.95-102.
- Witting PA. Patient Education, Pennsylvania: Springhouse; 1998.p.19-56.
- Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul: F.N.H.Y.O Yayın no:9; 2007.s.3-47.
- Erkoç Y, Çom S, Keskinçelik B, Karakaya K, Özcebe H, Çalışkan D, ve ark. Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. Ankara: Deniz Matbaacılık; 2011.s.3-71.
http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/E%C4%9E%C4%B0T%C4%B0M/07_10_2011_16_47_33.pdf Erişim Tarihi: 10.10.2016
- Irmak Z, Fesci H. Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Appl Nurs Res* 2010;23(3):147-52.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.004>
- Schwalm JD, Ivers NM, Natarajan MK, Taljaard M, Rao-Melacini P, Witteman HO, et al. Cluster randomized controlled trial of Delayed Educational Reminders for Long-term Medication Adherence in ST-Elevation Myocardial Infarction (DERLA-STEMI). *Am Heart J* 2015;170(5):903-13.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2015.08.014>
- Molloy GJ, O'Carroll RE, Witham MD, McMurdo ME. Interventions to enhance adherence to medications in patients with heart failure: a systematic review. *Circ Heart Fail* 2012;5(1):126-33.
<http://dx.doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.111.964569>
- Ruppar TM, Delgado JM, Temple J Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2015;14(5):395-404.
<http://dx.doi.org/10.1177/1474515115571213>
- Taveira TH, Wu WC Interventions to maintain cardiac risk control after discharge from a cardiovascular risk reduction clinic: a randomized controlled trial. *Diabetes Res Clin Pract* 2014;105(3):327-35.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2014.05.013>
- Mok VK, Sit JW, Tsang AS, Chair SY, Cheng TL, Chiang CS. A controlled trial of a nurse follow-up dietary intervention on maintaining a heart-healthy

- dietary pattern among patients after myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 2013;28(3):256-66.
<http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824a37b7>
20. Drevenhorn E, Bengtson A, Nilsson PM, Nyberg P, Kjellgren KI. Consultation training of nurses for cardiovascular prevention - a randomized study of 2 years duration. *Blood Press* 2012;21(5):293-9.
 21. Wang XH, Qiu JB, Ju Y, Chen GC, Yang JH, Pang JH, et al. Reduction of heart failure rehospitalization using a weight management education intervention. *J Cardiovasc Nurs* 2014;29(6):528-34.
<http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000092>
 22. Pietrzak E, Cotea C, Pullman S. Primary and secondary prevention of cardiovascular disease: is there a place for Internet-based interventions? *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2014;34(5):303-17.
<http://dx.doi.org/10.1097/HCR.0000000000000063>
 23. Mussi CM, Ruschel K, de Souza EN, Lopes AN, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Home visit improves knowledge, self-care and adherence in heart failure: Randomized Clinical Trial HELEN-I. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21 Spec No:20-8.
 24. Wakefield BJ, Boren SA, Groves PS, Conn VS. Heart failure care management programs: a review of study interventions and meta-analysis of outcomes. *J Cardiovasc Nurs* 2013;28(1):8-19.
<http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e318239f9e1>
 25. Ghisi GL, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Educ Couns* 2014;95(2):160-74.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.012>
 26. Zhu LX, Ho SC, Sit JW, He HG. The effects of a transtheoretical model-based exercise stage-matched intervention on exercise behavior in patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2014;95(3):384-92.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.013>
 27. Veronovici NR, Lasiuk GC, Rempel GR, Norris CM. Discharge education to promote self-management following cardiovascular surgery: an integrative review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2014;13(1):22-31.
<http://dx.doi.org/10.1177/1474515113504863>
 28. Baker DW, Dewalt DA, Schillinger D, Hawk V, Ruo B, Bibbins-Domingo K, et al. The effect of progressive, reinforcing telephone education and counseling versus brief educational intervention on knowledge, self-care behaviors and heart failure symptoms. *J Card Fail* 2011;17(10):789-96.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.06.374>
 29. Yu M, Chair SY, Chan CW, Choi KC. A health education booklet and telephone follow-ups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. *Heart Lung* 2015;44(5):400-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.05.004>
 30. Stuart KL, Wyld B, Bastiaans K, Stocks N, Brinkworth G, Mohr P, et al. A telephone-supported cardiovascular lifestyle programme (CLIP) for lipid reduction and weight loss in general practice patients: a randomised controlled pilot trial. *Public Health Nutr* 2014;17(3):640-7.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1368980013000220>
 31. Wu KL, Chen SR, Ko WC, Kuo SY, Chen PL, Su HF, et al. The effectiveness of an accessibility-enhanced multimedia informational educational programme in reducing anxiety and increasing satisfaction of patients undergoing cardiac catheterisation. *J Clin Nurs* 2014;23(13-14):2063-73.
<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12469>
 32. Balcı A, Enç N. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel-İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013;4(5):41-50.
 33. Sales VL, Ashraf MS, Lella LK, Huang J, Bhumireddy G, Lefkowitz L, et al. Utilization of trained volunteers decreases 30-day readmissions for heart failure. *J Card Fail* 2014;20(5):377.e15-23.
 34. Schell W. A review: discharge navigation and its effect on heart failure readmissions. *Prof Case Manag* 2014;19(5):224-34.
<http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0000000000000040>
 35. Fredericks S, Yau T. Educational intervention reduces complications and rehospitalizations after heart surgery. *West J Nurs Res* 2013;35(10):1251-65.
<http://dx.doi.org/10.1177/0193945913490081>
 36. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung* 2016;45(2):100-13.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.12.001>
 37. Kommuri NV, Johnson ML, Koelling TM. Relationship between improvements in heart failure patient disease specific knowledge and clinical events as part of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2012;86(2):233-8.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.05.019>
 38. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Effect of patient education in the management of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol* 2013;20(4):701-14.
<http://dx.doi.org/10.1177/2047487312449308>
 39. Brown JP, Clark AM, Dalal H, Welch K, Taylor RS. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD008895.
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub2>