

# Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

## Evaluation of the Impact of Psychological Therapy/Education on the Psychosocial Adaptation of Patients With Myocardial Infarction

Sevgi Nehir TÜRKMEN,<sup>1</sup> Mahire Olcay ÇAM<sup>2</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma miyokart enfarktüsü (ME) geçirmiş bireylere verilen psikoeğitimin tedavideki etkinliğini ve psikososyal uyuma etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Ege Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı ve Manisa Özel Sekiz Eylül Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran ME geçirmiş hastalarla Haziran 2010-Mart 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma, deney-kontrol deseninde yarı deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, örneklem seçim kriterlerini karşılayan (30 deney ve 30 kontrol grubu) 60 hasta oluşturmuştur. Deney grubu 30 hastanın her biriyle altı kez olmak üzere psikoeğitim ve bireysel görüşme yapılmıştır. Araştırmanın verileri hastalara ön test ve son test uygulanarak iki aşamada toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Psikososyal Uyum Ölçeği kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde dağılımı ve eşleştirilmiş örnek t test kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Psikoeğitim uygulamaları sonrasında deney grubu hastalarının PAIS-SR ön test toplam puan ortalaması  $40.67 \pm 12.28$ , son test puan ortalaması  $32.71 \pm 11.01$  olarak bulunmuştur. Kontrol grubu hastaların PAIS-SR ön test toplam puan ortalaması  $41.67 \pm 11.31$ , son test puan ortalaması  $40.28 \pm 8.93$  olarak bulunmuştur. Psikoeğitim sonrası deney grubu hastaların, kontrol grubu hastalara göre hastalığa psikososyal uyum düzeyleri daha fazla olmuştur ( $Z = -4.733$ ,  $p < 0.01$ ).

**Sonuç:** Elde edilen bu bulgular doğrultusunda, uygulanan psikoeğitim girişimlerinin ME geçirmiş hastaların fiziksel hastalığa psikososyal uyumlarını artırmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik; miyokart enfarktüsü; psikoeğitim; psikososyal uyum.

### SUMMARY

**Objectives:** This research was conducted to analyze the effect of psychological therapy provided to patients suffering myocardial infarction (MI) on their psychological adjustment to their illness.

**Methods:** This research included patients who applied to Ege University, Cardiology Department and Manisa Private Sekiz Eylül Hospital, Cardiology Polyclinic between June 2010 and March 2011 and experienced MI, on the basis of a semi-experimental experiment-control research. The sample group of the research was composed of 60 patients who met the sample choice criteria (30 individuals in the experimental group and 30 individuals in the control group). Each patient in the experimental group was interviewed individually and received psychological therapy six times. The data of the research were gathered in two steps by applying pre- and post-tests to patients after obtaining written permission from the hospital management. For the data collection, the Tanıtıcı Bilgi Formu (Introductory Information Form) and Psychological Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR) were used. The data were evaluated using number, percentage distribution and matched sample test.

**Results:** The average pre-test PAIS-SR (in total) score among patients in the experimental group was  $40.67 \pm 12.28$ , and after the application of psychological therapy, the average post-test score was  $32.71 \pm 11.01$ . The control group's average pre-test PAIS-SR (in total) score was  $41.67 \pm 11.31$  and average post-test score was  $40.28 \pm 8.93$ . The adaptation level after psychological education was higher in the experimental group compared to the control group ( $Z = -4.733$ ,  $p < 0.01$ ).

**Conclusion:** In light of the findings obtained, it was concluded that the application of psychological therapy/education in patients who experience MI is effective in increasing their psychological adaptation to their physical illness.

**Key words:** Nurse; myocardial infarction; psychoeducation; psychosocial adjustment.

### Giriş

Genellikle orta ve ileri yaş hastalığı olan koroner arter hastalığı (KAH) kronik bir hastalık olarak bireyin yaşam kalitesini etkilemektedir.<sup>[1-3]</sup> Kırk yaştan önce KAH daha az görülürken, 40 yaştan sonra ateroskleroz oluşumu ve buna paralel olarak KAH görülme sıklığı artmaktadır. KAH'ın en sık görüldüğü yaş erkeklerde 50-60 yaş, kadınlarda ise 60-70 yaş arasındadır.<sup>[4,5]</sup> Koroner kalp hastalıklarının gelişiminde önemli faktör olarak depresyon, sosyal izolasyon ve kötü sosyal destek belirtilmektedir.<sup>[6-12]</sup> Koroner arter hastalıkları arasında

<sup>1</sup>Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

**İletişim (Correspondence):** Dr. Sevgi Nehir TÜRKMEN.  
**e-posta (e-mail):** sevgiturkmen2012@gmail.com

**Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(3):105-115**  
**Journal of Psychiatric Nursing 2012;3(3):105-115**

**Doi:** 10.5505/phd.2012.32032

**Geliş tarihi (Submitted):** 24.02.2012 **Kabul tarihi (Accepted):** 27.01.2013

önemli sıklıkta görülenlerden birisi miyokart enfarktüsüdür (ME). Akut ME'den ölümler son otuz yıl içerisinde en sık ölüm nedenleri arasındadır.<sup>[4,5]</sup> ABD'de yılda yaklaşık 900 bin-1 milyon kişi, Almanya'da ise yılda 300-350 bin kişi ME geçirmektedir. Bu insanların yaklaşık 1/3-1/4'ü daha hastaneye ulaştırılmadan şikâyetleri başladıktan sonraki ilk bir saat içinde ölmektedir.<sup>[5,13]</sup> Türkiye'de de kalp hastalıkları ölüm nedenlerinin başında yer almaktadır.<sup>[14]</sup>

Fiziksel hastalıkların kişi üzerinde stres yaratıcı, krize neden olacak etkisi ile ilgili çalışmalar kalp krizinin en ciddi zorlanma yaratan hastalıklardan biri olduğunu ortaya koymaktadır. ME hastalarında ilk bir-iki günde anksiyete ön planda iken, ikinci günde inkâr ve tedaviyi reddetme, üçüncü ve sonraki günlerde ise depresyon sık görülmektedir. İnkâr ve tedaviyi reddetme davranışının anksiyete ile baş etmek için geliştirildiği, kayıp tepkisinin ise depresyon gelişmesine yol açtığı görülmektedir. ME hastalarının tepkileri kaygı, inkâr, depresyon şeklinde seyir izlemektedir.<sup>[3,15-17]</sup>

Miyokart enfarktüsü sonrası yaşam, hem hasta hem de ailesi için oldukça stresli olmakta, yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, güvensizlik, kararsızlık deneyimlenmekte, hastalıkla ilgili suçluluk duyguları yaşanabilmektedir.<sup>[3,15,18]</sup> Hasta sağlığını ve yaşam amaçlarını tehdit altında hissetme ya da kaybetme korkusu yaşayabilmektedir. Bu aşamada hastalar en çok kısıtlandıklarını ve neleri yapamayacaklarını düşünebilmekte, bu da benlik kavramında bozulmaya ve depresyon gelişimine yol açabilmektedir.<sup>[3,16]</sup>

Miyokart enfarktüsü riskinin gelişiminde de psikososyal faktörlerin rolü önemlidir. Sir William Osler "Mental üzgünlük, şiddetli ıstırap ya da ani şokların direkt olarak anjinal göğüs ataklarını ortaya çıkarabileceğini" belirtmiştir.<sup>[19]</sup> Gözlemsel çalışmalarda psikolojik stresin ve öfkenin kalp rahatsızlıklarını artırdığı bildirilmiştir.<sup>[20]</sup> Görüldüğü gibi, KAH ile ruhsal durum arasındaki etkileşim çift yönlüdür.

Miyokart enfarktüsü tedavisinde temel amaç; hastada kardiyak olayın tekrar oluşmasını ve komplikasyonları önlemek tedaviye uyumu sağlamaktır. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyum düzeylerinin ve sorunlarının belirlenmesi, girişimlerin yapılması hastalığa uyumu artırmada önemlidir. Bu amaçla uygulanan girişimlerden biri psikoeğitimidir. Psikoeğitim, bireye ve aileye, bireysel veya grup biçiminde, çeşitli eğitimsel ve psikososyal amaçlara yönelik bilgi verme ve uygulamaya dayanan bir öğretim programı olup, beceri geliştirmeyi hedefleyen psikososyal rehabilitasyon programının önemli bir tedavi bileşenidir. Psikoeğitim, bireylerin güçlükle başa çıkmalarına, sosyal desteği geliştirmelerine yardımcı olarak onları hayattaki önemli zorluklarda eğitmeye odaklanan bir dizi kişi, aile ve grup müdahalesini anlatır.<sup>[21,22]</sup>

Uzun süreli hastalıklarda tedaviye uyum hastalığın gidi-

şini etkileyen önemli bir konudur. Tedaviye uyumu sağlayabilmek için önce hastanın hastalığından ne anladığını, varsa hastalığı ile ilgili inançlarını, korkularını ve hastalığına nasıl bir tepki verdiğini anlamak gerekir. Sağlık çalışanlarının hastaya bilgi ve güven vermesi ve hastalığın yol açtığı sıkıntılarla başa çıkmasında yardım etmesi gerekir. Her hasta durumunu ve hastalığını kişisel değerlendirmesini yaparak anlar. Bazen hastalığı bir ceza gibi görebilir, bazen çok korkutucu geldiği için yokmuş gibi davranarak inkâr edebilir. Hastanın endişe, korku, öfke gibi duygularını, planlarını ve beklentilerini anlamak, varsa hatalı inançlarını değiştirmek, hastalığına daha uygun bir yaşam tarzı ve alışkanlıklar edinmesinde yardım etmek gerekir.<sup>[23]</sup>

Son yıllarda kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığa bağlı yaşanan psikososyal sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulanan girişimler yabancı literatürde sıkça belirtilmektedir.<sup>[24-26]</sup> Bundy ve ark. (1994) hastalara, anjin semptomları, ilaç kullanımı, egzersiz toleransı, anksiyete ve stres yönetimi konusunda yedi haftalık psikoeğitim programını uygulamışlardır. Çalışma sonunda hastalar tedavi kontrollerinden daha kısa süreli anjin atakları geçirdiklerini bildirmişlerdir.<sup>[26]</sup> Gallacher ve ark. (1997) psikoeğitim çalışmalarında, stres yönetimi ve rahatlama seanslarının göğüs ağrısı ve stres üzerindeki etkisi konularında psikoeğitim programını uygulamışlardır. Tedavi grubunun altı ayda kontrollerle kıyaslandığında daha rahatlamış olduklarını, daha az stresli olduklarını ve daha az anjin olayları yaşadıklarını gördüklerini bildirmişlerdir.<sup>[27]</sup> Lewin ve ark. (1995) hastalara, rahatlama eğitimi, uyum sağlayamama davranışları, başa çıkma stratejileri ve hedef belirlemeden oluşan sekiz haftalık psikoeğitim programını uygulamışlardır. Müdahaleden 4-12 ay sonra tedavi grubunda anjinin sıklığının ve şiddetinin azaldığı ve kısa tesirli nitrat kullanımının düzeldiğini görmüşlerdir.<sup>[28]</sup> Payne ve ark. (1994) hastalara, stres yönetimi, rahatlama programının göğüs ağrısı olaylarının sıklığı ve yoğunluğu üzerine etkisi ve psikolojik stres üzerindeki etkilerini içeren üç haftalık psikoeğitim programını uygulamışlardır. Altı ayda tedavi grubunda depresyon ve anjin sıklığı puanlarının düzeldiğini tespit etmişlerdir.<sup>[29]</sup>

Ülkemizde kardiyovasküler hastalıklara yönelik çalışmalarda genelde hastaların fizyolojik gereksinimlerine yönelik girişimler ağırlıktadır,<sup>[30,31]</sup> ME hastalarının psikososyal sorunlarına yönelik psikoeğitim destek girişimi bulunmamaktadır.<sup>[4,30-32]</sup> Bu nedenle, bu araştırma ME geçirmiş hastalara hastalık hakkında bilgilendirme, sağlık bakımına oryantasyon, hastalık hakkında duygusal sorunlar, stres ve stres ile baş etme, öfke ve öfke ile baş etme, ailesel, sosyal, mesleki ve cinsel sorunlar, hastaların sağlık durumunu kabul etme ve gelecekle ilgili sorunları içeren psikoeğitimin tedavideki etkinliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu araştırma ön-son ölçümlü karşılaştırma gruplu yarı deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği ve Manisa Özel Sekiz Eylül Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran hastalardan gerekli izinler alınarak Haziran 2010-Mart 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü NCSS (Number Cruncher Statistical Systems) - PASS (Power Analysis and Sample Size) istatistik paket programı ile hesaplanmıştır. Çalışmanın ön uygulamasında 13 deney grubu hasta ile 13 kontrol grubu hasta üzerinden çıkan sonuçlar üzerinden araştırmamızın 0.05 hata ve 0.90 güçle en az 28'şer denekle yapılabileceği hesaplanmıştır.

Araştırmada, hastaların hastalığa uyumda en çok zorlandıkları ilk altı aylık dönemde, geçirmiş oldukları kalp krizi süreci dikkate alınmıştır. Ege Üniversitesi Kardiyoloji Polikliniği ve Manisa Özel Sekiz Eylül Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran, ME geçirmiş hastalar, hastalık semptomları stabil olan, kronik sistemik hastalığı olmayan (kanser, nörolojik hastalık gibi), özgeçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, afazisi, işitme problemi olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden, 18-65 yaş arası ve okur yazar olan, psikoeğitim programını tamamlayan gönüllü olan hastalar araştırmaya alınmıştır.

Araştırma sürecinde görüşmeyi kabul eden 62 hasta ile ilk görüşme yapılmış ve psikoeğitim programı oluşturulması planlanmıştır. Ancak araştırma için seçilen 62 hastadan 22 hasta çalışmayı tamamlayabilmiştir. 13 hastadan sözel onam alınmış olmasına rağmen bazı nedenlerle (belirlenen randevu saatinde hastanın uygun olmaması, hastaneye ulaşmadaki sorunlar, çalıştıkları iş yerinden ayrılama, mevsimsel olarak yaz ayında aşırı sıcak olması, kış ayında soğuk olması gibi ulaşımı engelleyen nedenlerle vb.) psikoeğitim programına başlayamamışlardır. Bunun dışında toplam dokuz hasta ise psikoeğitim programına başlamış ancak bir veya iki oturumdan fazla psikoeğitime devam edememişlerdir. Bu hastalar araştırma kapsamı dışında kalmışlardır. Ancak hem deney grubu hasta (28 kişi), hem kontrol grubu hasta (28 kişi) için belirlenen örneklem sayısına ulaşacak şekilde ek 20 hasta ile görüşme yapılmış hasta sayısı tamamlanmaya çalışılmıştır. Araştırmanın örneklemini, araştırma ile ilgili birimlerde ve araştırmaya katılmaya gönüllü 30 deney grubu ve 30 kontrol grubu toplam 60 hasta oluşturmuştur.

## Kullanılan Araçlar

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR) kullanılmıştır.

**Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu:** Hastaların bireysel özelliklerini belirlemeye yönelik sosyodemografik özellikleri,

hastalık ve güçlüklerle baş etme durumlarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, algılanan gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, ailede yaşayan kişi sayısı, bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısı).

Hastalık özellikleri (kronik hastalık öyküsü (hipertansiyon, diyabet), hastalık tanı süresi, daha önce ME geçirme durumu, sigara-alkol kullanma durumu).

Güçlüklerle baş etme durumları (yaşanılan stres durumu, streslerle baş etme yöntemleri, öfke kontrolü sağlama düzeyi, başvuru ruhsal tedavi durumu).

**Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR):** Derogatis tarafından (1986) yılında geliştirilmiş, fiziksel hastalığa psikososyal uyumu değerlendirmeyi amaçlayan, çok boyutlu bir ölçektir.<sup>[33]</sup> Ülkemizde psikososyal uyum ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği, Adaylar (1995) tarafından yapılmış ve yazardan ölçek kullanımını için izin alınmıştır.<sup>[34]</sup> Ölçek bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek 138'dir. Ölçekte 35'in altındaki puanlar "iyi psikososyal uyumu", 35 ile 51 arası puanlar "orta derecede iyi psikososyal uyumu", 51'in üstündeki puanlar "kötü psikososyal uyumu" ifade eder şeklinde değerlendirilmektedir.<sup>[34]</sup> Ölçek, 46 maddeden ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bu alt ölçekler; sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, cinsel ilişkiler, geniş aile ilişkileri, sosyal çevre, psikolojik distres'dir.<sup>[33]</sup>

1. *Sağlık Bakımına Uyum;* sekiz madden oluşmaktadır, alt ölçekten alınan en düşük puan "0" en yüksek puan "24"dür. Bu alt ölçek hastaların hastalığı hakkında bilgi sahibi olma hastalığa uyumu ölçmektedir.

2. *Mesleki Çevre;* altı madden oluşmaktadır, alt ölçekten alınan en düşük puan "0" en yüksek puan "18"dir. Bu alt ölçek hastaların mesleki çevrelerine uyumu ölçmektedir.

3. *Aile Çevresi;* sekiz madden oluşmaktadır, alt ölçekten alınan en düşük puan "0" en yüksek puan "24"dür. Bu alt ölçek hastaların ailevi sorunları fiziksel hastalığının hasta ile aile bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

4. *Cinsel İlişkiler;* altı madden oluşmaktadır, alt ölçekten alınan en düşük puan "0" en yüksek puan "18"dir. Bu alt ölçek hastaların fiziksel hastalığı cinsel hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

5. *Geniş Aile ilişkileri;* beş madden oluşmaktadır, alt ölçekten alınan en düşük puan "0" en yüksek puan "15"dir. Bu alt ölçek hastaların fiziksel hastalığının hasta ile akraba bireyleri arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ölçmektedir.

6. *Sosyal Çevre;* altı madden oluşmaktadır, alt ölçekten alı-

nan en düşük puan "0" en yüksek puan "18"dir. Bu alt ölçek hastaların fiziksel hastalığı sosyal hayatını nasıl etkilediğini ölçmektedir.

7. *Psikolojik Distres*; yedi madden oluşmaktadır, alt ölçekten alınan en düşük puan "0" en yüksek puan "21"dir. Bu alt ölçek hastaların üzüntü, endişe ve stres durumunu nasıl etkilediğini ölçmektedir.

### İşlem

Psikoeğitim ve görüşmeler, Manisa Özel Sekiz Eylül Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran hastalar için, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastane idaresinin hasta görüşme odalarında yapılmıştır. Ege Üniversitesi Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran hastaların eğitimi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu seminer odaları kullanılmıştır. Hastalara gerekli görüşme ortamı sağlandıktan sonra hastaların kendilerini rahat hissedebilecekleri sessiz sakin bir ortam sağlanmıştır.

Eğitim ve görüşmeler psikososyal uyum ölçeğinin alt boyut başlıkları göz alınarak planlanmıştır. Aşağıdaki konular gözden geçirilerek hastayla görüşme yapılıp eğitim verilmiştir;

#### HEDEF: Hastanın hastalık hakkında bilinçlenmesi

1. Gün (Mİ'den bir ay sonra) Hastalık Hakkında Bilgilendirme Sağlık Bakımına Oryantasyon

- ME belirtileri, nedenleri ve tedavisi
- ME tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri ve bu yan etkilerle baş etme

• Beslenme ve egzersizin önemi

• Sigara ve alkol kullanımının zararları

Deney grubu hastaların hepsi eğitime alınmıştır.

#### Hedef: Hastanın duygularını fark edebilmesi

2. Gün (Birinci görüşmeden bir hafta sonra) Hastalık Hakkında Duygusal Sorunlar

- Hastanın hastalık hakkında duygu, düşünce, inançları
- Hastanın hayatında son zamanlarda yaşadığı hastalığı tetikleyen kaygı durumları

• Hastanın yaşadığı psikolojik sorunları

• Hastanın korkuları, duygu ve algıları

Deney grubu hastalarla bireysel görüşme yapılmıştır.

#### Hedef: Hastanın stresle baş edebilmesi

3. Gün (İkinci görüşmeden bir hafta sonra) Stres ve Stres İle Baş Etmede Yapılabilecekler Konusunda Bilgilendirme

• Stres ve stresle baş etme

• Hastanın kullandığı baş etme stratejileri

• Hastanın sosyal faaliyetlere katılım durumu

Deney grubu hastaların hepsi eğitime alınmıştır.

#### Hedef: Hastanın öfkeyle baş edebilmesi

4. Gün (Üçüncü görüşmeden bir hafta sonra) Öfke ve Öfke İle Baş Etmede Yapılabilecekler Konusunda Bilgilendirme

• Hastanın öfkesini tanımlayabilmesi

• Öfke yönetimi

Deney grubu hastaların hepsi eğitime alınmıştır.

Hedef: Hastanın aile, sosyal, mesleki ve cinsel sorunlarını fark etmesi, hastanın sorunlarla baş edebilmesinin sağlanması

5. Gün (Dördüncü görüşmeden bir hafta sonra) İlişkiler, Ailesel, Sosyal, Mesleki ve Cinsel sorunlar

• Hastanın aile yaşamı ile ilgili sorunları

• Hastanın sosyal destek sistemleri

• Hastanın sosyal, mesleki ve günlük yaşamında karşılaştığı sorunları

• Hastanın hastalık nedeni ile yaşadığı güçsüzlükler

• Hastanın cinsel yaşamı ile ilgili yaşadığı sorunları

Deney grubu hastalarla bireysel görüşme yapılmıştır.

Hedef: Hastanın hastalığı ile yaşamasını öğrenmesi ve gelecekle ilgili plan yapabilmesi

6. Gün (Beşinci görüşmeden bir hafta sonra) Sağlık Durumunu Kabul Etme ve Gelecekle İlgili Sorunlar

• Hastanın hastalığını kabul etme durumu

• Tedavisi ile ilgili kararları kendisi vermesi ve bu sorumluluğu alması sağlamak

• Hastanın geleceği ile ilgili planları

• Hastanın kendi yaşamına kontrol koyabilmesi

Deney grubu hastalarla bireysel görüşme yapılmıştır.

### İstatistiksel Değerlendirme

Veriler SPSS 13.5 paket programı kullanılarak düzenlenmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, gibi sosyodemografik özelliklerinin, homojenitesi sağlanmıştır. Verilerin analizinde; Hastaların tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde dağılımı, psikoeğitim öncesi ve sonrası PAIS-SR toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki eş arasındaki farkın t testi (paired sampled t test), Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan PAIS-SR için, ölçeğin Türkçe'ye uyarlamasını, geçerlik ve güvenilirliğini yapan çalışmacılardan yazılı izin alınmıştır.<sup>[34]</sup> Araştırmanın planlama aşamasından sonra Ege Üniversitesi Hemşirelik

**Tablo 1.** Deney ve kontrol grubu hastalarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı özellikler	Deney		Kontrol		Toplam		Varyansların homojenliği
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	
Yaş ortalaması	56.70±6.58		55.16±5.30				t=-1,436 p>0.05
Cinsiyet							
Kadın	4	13.3	4	13.3	8	13.3	X <sup>2</sup> =0.0 p>0.05
Erkek	26	86.7	26	86.7	52	86.6	
Medeni durum							
Evli	28	93.3	28	93.3	56	93.3	X <sup>2</sup> =0.0 p>0.05
Eşi ölmüş	2	6.7	2	6.7	4	6.7	
Eğitim durumu							
Okur-yazar/ilkokul	12	40.0	12	40.0	24	40.0	X <sup>2</sup> =0.39 p>0.05
Ortaokul	5	16.7	5	16.7	10	16.7	
Lise	8	26.7	9	30.0	17	28.3	
Ön lisans/lisans	5	16.7	4	13.3	9	15.0	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	5	16.7	11	36.7	16	26.6	X <sup>2</sup> =3.06 p>0.05
Çalışmıyor	25	83.3	19	63.3	44	73.3	
Toplam	30	100	30	100	60	100	

Yüksekokulu Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği ve Manisa Özel Sekiz Eylül Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan hastalardan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

## Bulgular

### Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Deney grubu hastaların yaş ortalaması 56.7±6.58 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu hastaların yaş ortalamasının 55.10±5.30 olarak belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu hastaların %86.7'si erkek, %13.3'ü kadındır. %93.3'ü evli, %6.7'sinin eşi ölmüştür. Deney grubu hastaların %40.0'ı okur-yazar/ilkokul mezunu, %16.7'si ortaokul, %26.7'si lise, %16.7'si ön lisans/lisans mezunudur. Kontrol grubu hastaların %40.0'ı okur-yazar/ilkokul mezunu, %16.7'si ortaokul, %30.0'ı lise, %13.3'ü ön lisans/lisans mezunudur. Deney grubu hastaların %83.3'ü çalışmıyor (emekli), %16.7'si çalışmaktadır. Kontrol grubu hastaların %63.3'ü çalışmıyor (emekli), %36.7'si çalıştığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubunda varyansların homojenliği incelenmiş ve tüm incelenen demografik özelliklerde p>0.05 bulunarak grupların homojenliğinin sağlandığı saptanmıştır (Tablo 1).

### Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Psikoeğitim Öncesi ve Sonrası PAIS-SR (Toplam) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Deney ve kontrol grubu hastaların PAIS-SR ön test-son test toplam puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, deney grubu hastaların ön test puanı 40.67±12.28, son test puanı 32.71±11.01, kontrol grubu hastaların ön test puanı 41.67±11.31, son test puanı 40.28±8.93 olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (Z=-4.733, p<0.01) (Tablo 2).

Deney grubu hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; psikoeğitim öncesi hastaların %21.4'ü iyi uyum düzeyinde, psikoeğitim sonrası %67.8'i iyi uyum düzeyinde, psikoeğitim öncesi hastaların %71.4'ü orta uyum düzeyinde, psikoeğitim sonrası %28.7'si orta uyum düzeyinde, psikoeğitim öncesi hastaların %7.2'si kötü uyum düzeyinde, psikoeğitim sonrası %3.5'i kötü uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; psikoeğitim öncesi hastaların %21.4'ü iyi uyum düzeyinde, psikoeğitim sonrası %21.4'ü iyi uyum düzeyinde, psikoeğitim öncesi hastaların %60.7'si orta uyum düzeyinde, psikoeğitim sonrası %60.7'si orta uyum düzeyinde, psikoeğitim öncesi hastaların %16.9'u

**Tablo 2.** Deney ve kontrol grubu hastaların ön test ve son test PAIS-SR (toplam) puan ortalamalarının karşılaştırılması (n\*=28)

PAIS-SR (toplam)	Ön test (Ort.±SS)	Son test (Ort.±SS)	Wilcoxon	
			Z	p
Deney	40.67±12.28	32.71±11.01	Z=-4.733	0.000
Kontrol	41.67±11.31	40.28±8.93		

\*Seksüel ilişkiler alanında 28 hasta yanıt vermiştir.

kötü uyum düzeyinde, psikoeğitim sonrası %16.9'u kötü uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarında ön test ve son test puanı arasında değişiklik görülmemiştir. Hastaların psikoeğitim öncesi ve psikoeğitim sonrası hastalığa psikososyal uyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmıştır ( $X^2=11.12$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 3).

### **Deney ve Kontrol Grubu Hastaların Ön Test ve Son Test PAIS-SR Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Deney ve kontrol grubu hastaların PAIS-SR alt ölçek ön test-son test puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, deney grubu hastaların sağlık bakımına uyum alt ölçek ön test puan ortalaması  $7.36\pm 2.64$ , son test puan ortalaması  $5.53\pm 3.15$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=3.661$ ,  $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan kontrol grubu hastaların sağlık bakımına uyum alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $9.20\pm 2.53$ , son test puan ortalaması  $8.93\pm 2.39$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=3.247$ ,  $p<0.05$ ). Deney ve kontrol grubu hastaların sağlık bakımına uyum alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=-3.667$ ,  $p<0.01$ ).

Deney grubu hastaların mesleki çevre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $7.33\pm 2.05$ , son test puan ortalaması  $6.00\pm 2.16$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=3.122$ ,  $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan kontrol grubu hastaların mesleki çevre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $7.73\pm 3.35$ , son test puan ortalaması  $7.66\pm 3.32$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=1.439$ ,  $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubu hastaların mesleki çevre alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=-3.876$ ,  $p<0.01$ ).

Deney grubu hastaların aile çevresi alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $5.03\pm 2.79$ , son test puan ortalaması  $4.73\pm 2.86$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=1.104$ ,  $p>0.05$ ). Kontrol grubu hastaların aile çevresi alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $5.50\pm 3.82$ , son test puan ortalaması  $5.23\pm 3.74$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=3.247$ ,  $p<0.05$ ). Deney ve kontrol grubu hastaların aile çevre alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=-0.541$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların cinsel ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $6.17\pm 4.73$ , son test puan ortalaması  $5.71\pm 4.82$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=2.100$ ,  $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan kontrol grubu hastaların cinsel ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $6.75\pm 3.64$ , son test puan ortalaması  $6.39\pm 3.39$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=3.247$ ,  $p>0.05$ ). Deney ve kontrol grubu hastaların aile çevre alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=-3.323$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların geniş aile ilişkileri alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $2.20\pm 1.98$ , son test puan ortalaması  $2.06\pm 2.24$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=0.390$ ,  $p>0.05$ ). Araştırmaya katılan kontrol grubu hastaların geniş aile ilişkileri alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $2.30\pm 3.06$ , son test puan ortalaması  $2.23\pm 2.96$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde hastaların puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=1.439$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 3.** Deney ve kontrol grubu hastaların psikoeğitim sonrası son test psikososyal uyum durumlarının dağılımı

	Hastalığa psikososyal uyum ölçeği son test					
	İyi (<35 puan)		Orta (35-51 puan)		Kötü (>61 puan)	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Deney						
Ön-test	6	21.4	20	71.4	2	7.2
Son-test	19	67.8	8	28.7	1	3.5
Kontrol						
Ön-test	6	21.4	17	60.7	5	16.9
Son-test	6	21.4	17	60.7	5	16.9

$X^2=11.12$   $p<0.05$

Deney ve kontrol grubu hastaların geniş aile ilişkileri alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olmadığı ortaya çıkmıştır ( $Z=0.000$ ,  $p>0.05$ ).

Deney grubu hastaların sosyal çevre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $6.46\pm 3.55$ , son test puan ortalaması  $4.63\pm 3.30$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=3.419$ ,  $p<0.05$ ). Araştırmaya katılan kontrol grubu hastaların sosyal çevre alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $2.23\pm 3.40$ , son test puan ortalaması  $2.10\pm 3.20$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=2.112$ ,  $p<0.05$ ). Deney ve kontrol grubu hastaların sosyal çevre alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=-3.515$ ,  $p<0.01$ ).

Deney grubu hastaların psikolojik distres alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması

$6.53\pm 3.35$ , son test puan ortalaması  $4.40\pm 2.84$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=5.757$ ,  $p<0.01$ ). Araştırmaya katılan kontrol grubu hastaların psikolojik distres alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ön test puan ortalaması  $8.70\pm 8.33$ , son test puan ortalaması  $8.33\pm 3.67$  olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde, puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=4.097$ ,  $p<0.01$ ). Deney ve kontrol grubu hastaların psikolojik distres alt ölçek puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu belirlenmiştir ( $Z=-3.675$ ,  $p<0.01$ ) (Tablo 4).

### Hastalarla Psikoeğitim Sonrası Yapılan Görüşmelerden Elde Edilen Bulgular

Araştırmada, ayrıca hastaların psikoeğitim sonrası yaşam alışkanlıklarında değişiklik olup olmadığına ilişkin görüşleri de alınmıştır.

Deney grubu hastalar psikoeğitim sonrasında yaşamları

**Tablo 4.** Deney ve kontrol grubu hastaların ön test ve son test PAIS-SR alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

PAIS-SR alt ölçekleri	Ön test (Ort. ±SS)	Son test (Ort. ±SS)	Z	p
Sağlık bakımına uyum				
Deney	7.36±2.64	5.53±3.15	3.661	0.001*
Kontrol	9.20±2.53	8.93±2.39	3.247	0.003*
Z		-3.667		
p		0.000*		
Mesleki çevre				
Deney	7.33±2.05	6.00±2.16	3.122	0.004*
Kontrol	7.73±3.35	7.66±3.32	1.439	0.161**
Z		-3.876		
p		0.000*		
Aile çevresi				
Deney	5.03±2.79	4.73±2.86	1.104	0.279**
Kontrol	5.50±3.82	5.23±3.74	3.247	0.003*
Z		-0.541		
p		0.589**		
Cinsel ilişkiler***				
Deney	6.17±4.73	5.71±4.82	2.100	0.450**
Kontrol	6.75±3.64	6.39±3.39	3.247	0.300**
Z		-0.323		
p		0.747**		
Geniş aile ilişkileri				
Deney	2.20±1.98	2.06±2.24	0.390	0.699**
Kontrol	2.30±3.06	2.23±2.96	1.439	0.161**
Z		0.000		
p		1.000**		
Sosyal çevre				
Deney	6.46±3.55	4.63±3.30	3.419	0.002*
Kontrol	2.23±3.40	2.10±3.20	2.112	0.043*
Z		-3.515		
p		0.000*		
Psikolojik distres				
Deney	6.53±3.35	4.40±2.84	5.757	0.000*
Kontrol	8.70±8.33	8.33±3.67	4.097	0.000*
Z		-3.675		
p		0.000*		

\* $p<0.01$ ; \*\* $p>0.05$ ; \*\*\*Seksüel ilişkiler alanında 28 hasta yanıt vermiştir.

rında değişiklikler olduğunu ifade etmişlerdir. Hastalar yeme alışkanlığı ile ilgili olarak; az yağlı besinler tükettikleri, sebze ve meyve ağırlıklı besinler tükettiklerini, çoğu hasta sigarayı bıraktığını ve hastalıkları konusunda daha bilinçli olduklarını belirtmişlerdir.

Hastaların duygusal sorunlarının ele alındığı görüşmelerden elde edilen verilerde; hastaların en yoğun anlamda yaşadıkları duyguların üzüntü, endişe korku ve ölüm korkusu olduğu belirlenmiştir. Hasta görüşmelerinde hastaların dile getirilen en önemli endişenin eş ve çocuklarıyla ilgili kaygılar olduğu görülmüştür. Ayrıca eşinden ve çocuklarından yeterli desteği göremeyen hastaların hastalığa uyum konusunda güçlük yaşadıkları ifade etmişlerdir. Bununla birlikte görüşmelere katılan hastaların büyük bir çoğunluğu eşlerinin, çocuklarının ve akrabalarının en büyük destek kaynakları olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim sonrası hastalar, daha önce kimseyle paylaşmadıkları duygularını paylaştıklarını ve rahatladıklarını dile getirmişlerdir.

Hastaların mesleki sorunlarının ele alındığı görüşmelerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde; hastalar emekli oldukları için mesleki sorun yaşamadığını ifade etmiştir. Fakat bazı hastalar emekli maaşı yeterli olmadığı için ek iş yapmak zorunda kaldığını ifade etmiştir. Bunun yanı sıra bazı hastalarda hastaların evle ilgili sorumluluklarını ve günlük yaşantılarını yapmakta zorlanma yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların çoğunda, sosyal yaşantılarında ilgi ve isteklerinde kayıp olmadığını ifade etmişlerdir. Bazı hastalar emeklilik sonrası maaşlarında azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Bu yüzden hastalar ek iş yapmaları nedeniyle, sosyal yaşantılarında kısıtlanma olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim sonrası hastalar, gerek mesleki gerek sosyal yaşantılarında ne gibi önlemler almaları gerektiği konusunda daha bilinçli olduklarını ifade etmişlerdir.

Hastaların cinsel sorunlarının ele alındığı görüşmelerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde; çoğu hasta cinsel yaşamını normal olarak sürdürdüğünü ifade etmiştir. Bunun yanı sıra kalp krizden sonra ve kalp ilaçlarını kullanmaya başladıktan sonra cinsel istekte azalma olduğunu ifade eden hastalar olmuştur. Bir başka hasta, kullanılan kalp ilaçlarının yan etkileri cinsel yaşamında kesintilere neden olduğunu ifade etmiştir. Hastaların birçoğu yaşı ileri düzeyde olduğu için hastaların cinsel kaygılarının daha az düzeyde olduğu görülmüştür. Eğitim sonrası hastalar, daha önce cinsel konulardaki kaygılarını hiç kimseyle paylaşmadıkları duygularını paylaştıklarını ve rahatladıklarını dile getirmişlerdir. Ayrıca hastaların kullandıkları ilaçlar cinsel aktivitede kesintilere neden olduğu ve hasta grubu yaşının ileri yaşta olması eğitimin cinsel konularda çok fazla değişikliğe neden olmadığını göstermiştir.

Hastaların stres ve öfke durumu ile ilgili görüşmelerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde; hastalar ME geçirme-

den önce yoğun stres, üzücü olay, sinirlenme, öfke durumu yaşadığını ifade etmiştir. Hastalar eğitim sonrası stres ve öfke ile baş etmede daha bilinçli hareket ettiklerini ifade etmişlerdir.

Hastaların sağlık durumunu kabul etme ve gelecekle ilgili sorunlarının ele alındığı son görüşmelerden elde edilen veriler değerlendirildiğinde; hastaların var olan sağlık durumlarını değerlendirmede genel olarak gerçekçi davrandıkları, yaşamlarındaki bu hastalığın gelecekteki şekillendireceğini ve geleceğe yönelik olumlu düşündükleri görülmüştür. Bununla birlikte hastaların geleceğe yönelik olarak olumlu düşüncelerin yanı sıra olumsuz düşüncelerinin olduğu umutsuz, karamsar ve kaygılı duygularının olduğunu, kalp krizinin tekrarlama olasılığına ilişkin olarak belirsizlik hissettikleri ve geleceğe yönelik plan yapmakta güçlük çektiklerini belirtmişlerdir. Eğitim sonrası hastalar, gelecekle ilgili daha rahat plan yaptıklarını hangi durumlarda riskli oldukları konusunda daha bilinçli olduklarını dile getirmişlerdir.

### Tartışma

Bu çalışmada, ME geçirmiş bireylere verilen hastalık hakkında bilgilendirme, sağlık bakımına oryantasyon, hastalık hakkında duygusal sorunlar, stres ve stres ile baş etme, öfke ve öfke ile baş etme, ailesel, sosyal, mesleki ve cinsel sorunlar, hastaların sağlık durumunu kabul etme ve gelecekle ilgili sorunları içeren psikoeğitim programının tedavideki etkinliği ve psikososyal uyuma etkisi incelenmiştir. Psikoeğitim programına katılan hastaların psikoeğitim sonrası psikososyal uyumlarının kontrol grubu hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Kalp hastalığına sahip bireylerin hastalığa bağlı yaşanan psikososyal sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulanan girişimler yabancı literatürde sıkça belirtilmektedir.<sup>[24-29]</sup> McGillion ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları altı haftalık psikoeğitim çalışmasında; hastalarının göğüs ağrısıyla ilgili kaygıları, öz-yönetimi öğrenme ihtiyaçlarını belirlemişlerdir. Bu psikoeğitim programında, rahatlama ve stres yönetimi, enerjinin korunması, semptom izleme ve yönetim teknikleri, ilaçları gözden geçirme, acil yardım arama, beslenme ve kalp ağrısına verilen duygusal tepkileri kontrol altına alma ve depresyon konularına yer vermişlerdir. Eğitim sonrası hastaların yaşamış oldukları korku, stres, anksiyete gibi sıkıntılarda azalma olduğunu ifade etmişlerdir.<sup>[24]</sup> Bundy ve arkadaşlarının (1994) yapmış oldukları yedi haftalık psikoeğitim çalışmasında; anjin semptomları, ilaç kullanımı, egzersiz toleransı, anksiyete ve stres yönetimi konularına yer vermişlerdir.<sup>[26]</sup> Lewin ve arkadaşları (1995) sekiz haftalık psikoeğitim çalışmasında; rahatlama eğitimi, uyum sağlayamama davranışları, başa çıkma stratejileri ve hedef belirlemeden oluşan rehabilitasyon programını hastalara uygulamışlardır.<sup>[28]</sup> Payne ve arkadaşları (1994) üç haftalık psikoeğitim çalışmasında; stres yönetimi ve rahatlama programı, göğüs ağrısı sıklığı ve



yoğunluğu, psikolojik stres konularına yer vermişlerdir. Eğitim sonrası hastaların yaşamış oldukları anjin ağrısı, stres ve anksiyetede azalma olduğunu ifade etmişlerdir.<sup>[29]</sup> Yapılan psikososyal uygulamalardan, stres yönetimi ile ilgili psikoeğitimsel girişim çalışmaları hastaların hastalığa psikososyal uyumu arttırdığı belirlenmiştir.<sup>[26,28,29]</sup>

PAIS-SR ile ilgili, farklı fiziksel hastalık tanısına sahip hastalarla yapılan psikoeğitim çalışmalarında kullanılmış ve ölçekten elde edilen değerlerin farklılık gösterdiği görülmüştür. Hallaç'ın (2010) genital organ kanseri tanısı almış hastalarla yaptığı grup müdahalesi çalışmasında hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamasının eğitim öncesi ön test puan ortalaması 69.94±9.99, eğitim sonrası son test puan ortalaması 50.81±8.34 bulunmuş en çok sağlık bakımına oryantasyon, aile çevresi, mesleki çevre alanları etkilenmiştir.<sup>[35]</sup> Bizim çalışmamızda ME hastalarının PAIS-SR toplam puan ortalamasının eğitim öncesi ön test puan ortalaması 40.67±12.28, eğitim sonrası son test puan ortalaması 32.71±11.01 bulunmuş en çok sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, sosyal çevre, psikolojik distres alanları etkilenmiştir. Bu sonuç ME geçirmiş hastaların psikososyal uyumunun, kanser hasta gruplarından daha iyi olduğu görülmektedir. Bunun nedeni kanser ve tedavisinde yaşanan fonksiyon kayıplarının ileri derece olması ile açıklanabilir. Gümüş ve Cam'ın (2008) meme kanserli hastalarla yaptığı emosyonel destek odaklı hemşirelik girişimleri çalışmasında hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamasının ön test puan ortalaması 76.03±12.59, son test puan ortalaması 68.76±12.31 olarak bulunmuş ve en çok sosyal çevresi, psikolojik distres, aile çevresi, cinsel ilişkiler alanları etkilenmiştir.<sup>[36]</sup>

Talaz'ın (2007) yapmış olduğu diyabetik ayak gelişen hastalarla yaptığı çalışmada hastaların toplam PAIS-SR puanı ortalamasının ön test puanı 61.01±21.42 ve son test puanı 43.12±17.13 olduğu ve en çok cinsel ilişkiler, sosyal çevre, mesleki çevre, sağlık bakımına oryantasyon alanları olduğu bulunmuştur.<sup>[37]</sup> Larenks kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada total larenjektomi yapılan hastaların PAIS-SR toplam puan ortalaması 54.93 ve total larenjektomi yapılmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş, bunun total larenjektomi yapılan hastaların geri dönüşsüz olarak yaşadığı fonksiyon kaybı ile ilişkili olduğu ve en çok aile ve mesleki çevre alanlarının etkilendiği saptanmıştır.<sup>[38]</sup> Retina pigmentasyonuna bağlı görme kaybı yaşayan hastaların psikososyal uyumların incelendiği bir çalışmada PAIS-SR toplam puan ortalamasının 58±8 olduğu ve en çok sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, sosyal çevre ve geniş aile ilişkilerinin etkilendiği belirlenmiştir.<sup>[39]</sup> Durna ve Akın'ın (2006) kalp yetmezliği hastalarında yaptığı çalışmada toplam PAIS-SR puanı ortalamasının 52.28±19.73 olduğu ve en çok etkilenen alanların; mesleki çevre, sosyal çevre ve psikolojik distres alanları olduğu belirlenmiştir.<sup>[40]</sup> Bu bulgular yapılan çalışmalar arasında

benzerlikler olduğu kadar farklılıkların da olduğunu göstermektedir.

Kaçmaz'ın (2003) çalışmasında, fiziksel hastalığı olan hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde hastaların en çok sosyal ve mesleki çevre boyutunda psikososyal uyumun kötü-zayıf olduğu bunu, sağlık bakımı, psikolojik distres ve cinsel ilişkiler boyutlarının izlediği saptanmıştır.<sup>[41]</sup> Adaylar'ın (1995) akut ve kronik hastalığı olanlarla yaptığı çalışmasında; en çok aile çevresi, sosyal ilişkiler ve mesleki çevre alt boyutlarının etkilendiği belirlenmiştir.<sup>[34]</sup> Çavdar'ın (1999) kolostomi hastalarıyla yaptığı çalışmasında; hastaların en çok etkilenen alt boyutlarının sağlık bakımına uyum ve cinsel ilişkiler alanları olduğu belirlenmiştir.<sup>[42]</sup> Öyke'nin (2008) Behçet hastalarıyla yaptığı çalışmada en çok etkilenen sağlık bakımına uyum, mesleki çevre, aile çevresi, sosyal çevresi ve psikolojik distres alanları olduğu belirlenmiştir.<sup>[43]</sup> Drory ve ark. (1999) yaptıkları çalışmada akut ME geçiren hastalarda toplam PAIS-SR puanı 41.7±3.82 olduğu belirlenmiştir.<sup>[44]</sup> Literatürle karşılaştırıldığında; ME geçirmiş hastaların psikososyal uyumlarının, diğer hasta gruplarından daha iyi olduğu görülmektedir. Bu durum, incelenen diğer hastalıklardaki yaşanan fonksiyon kayıplarının ileri derece olması ile açıklanabilir. Kronik hastalıkların tedavisinde başarılı olabilmenin yolunun hasta eğitimi ile yakından ilgili olduğu görülmüştür. Araştırmadan elde edilen bulgu literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Hastaların sağlık bakımına uyum alanında etkilenme belirlenmiştir. Eğitim sonrası sağlık bakımına uyumları olumlu yönde sonuçlanmıştır. Bu sonuç hastaların aile içi ilişkilerini, hastanın aile üyelerinin desteği ve evde ya da çalışma hayatında yürüttükleri işlerini, sorumluluklarını yerine getirmeyle ilgili aktivitelerini yürütmek istemeleri ile açıklanabilir.

Psikososyal uyumsuzluk fiziksel sorunlar başta olmak üzere birçok sorun yaşanmasına ve sık hastane yatışlarına neden olmaktadır.<sup>[17]</sup> Sık hastaneye yatan kalp hastaların meslek, sosyal çevre yaşamının daha çok etkilendiği belirlenmiş olup çalışma sonuçları hastaneye yatışları azaltmada psikososyal uyumun önemini altını çizmektedir. Mesleki çevresi alandaki olumsuz etkilenme hastaların ekonomik sorunlar yaşamalarını, bu durum da psikososyal uyumun olumsuz etkilenmesini kolaylaştırabilmektedir.

Cinsel sorunlar kalp hastalarının sıklıkla karşı karşıya kaldıkları problemler arasında yer almaktadır. Eğitim sonrası cinsel alanda etkilenme olmaması hastaların kullandıkları ilaçların cinsel aktivitelerin de kesintilere neden olması ile açıklanabilir. Aile ve geniş aile ilişkileri alt boyutlarında eğitim sonrası psikososyal uyumda değişiklik olmamıştır. Çalışma aile ve geniş aile alt boyutlarında psikososyal uyum için hasta ve aileyi eğitimde bir bütün olarak ele almak gerektiğinin önemini ortaya koymaktadır.

## Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonucunda ME geçirmiş hastalarla gerçekleştirilen psiko eğitim girişimleri hastaların, hastalığa uyumunu artırdığı saptanmıştır. Hastalar psiko eğitim sonrası, hastalık hakkında daha bilinçli hareket ettikleri, stresle baş etmede, öfke kontrolü konusunda hatalarını fark ettiklerini bildirmişler. Ayrıca, psikososyal uyum ölçeği alt boyutlarından aile çevresi, geniş aile çevresi ve cinsel ilişkiler alanında eğitim sonrası hastalarda bir değişiklik gözlenmemiştir.

-Hastanın hastaneye kabul edilmesiyle beraber ve hastanın taburculuk sonrası hastalıkla yaşamaya hazırlamak için hasta ile bireysel ve grup görüşmelerinin yapılması ve gereksinime göre bu görüşmelerin sürdürülmesi,

-Her hastanın yaşadığı güçlükler farklı boyutlarda olabileceğinden; hastanın yaşadığı güçlükleri ve bilgi gereksinimlerini belirlemek, elde edilen veriler doğrultusunda hastalarla bireysel görüşmeler yapılması,

-Psiko eğitim programına ayrıca aileleri dahil etmek ve hastayı ailesi ile birlikte bir bütün olarak ele alıp psikososyal uyumda ailenin desteğinin belirlenmesi,

-Psikososyal uyum alt ölçek boyutun da cinsel ilişkiler alanında ortaya çıkan uyum sorunları için hastalara daha fazla kendilerini ve sorunlarını ifade etme olanağı verilerek tartışılması, cinsel sorunlara yönelik geliştirilmiş müdahalelerle ele alınması,

-Psiko eğitim programlarında egzersiz toleransı, anjin semptomlarını daha iyi değerlendirmek için ekip çalışması ile hastanın hem fiziksel hem de psikososyal boyutlarının birlikte ele alınması,

-Periferde çalışan, ME hastalarına yönelik psikososyal eğitim uygulamalarında görev alabilecek hemşirelere psikiyatri hemşireleri tarafından eğitim verilmesi,

-Hemşire araştırmacıların bundan sonraki çalışmalarında bütüncül yaklaşımı temel alan daha geniş örneklerde, fiziksel hastalığı olan hastaların ruh sağlığını değerlendirecek ve baş etmelerini destekleyecek çalışmaların yapılması,

-Hastalara eğitim vermek ve bireysel görüşme yapmak için hastane içinde uygun odaların temin edilmesi,

-Ayrıca hasta eğitiminin hastane rutinleri içine alınması, bu eğitimlerin taburculuk sonrasında sürdürülmesi, sürekli geri-bildirim alınması, bilgi eksikliğinin tamamlanması önerilmektedir.

Bu çalışmada hasta görüşmelerine yer verilmiş olsa da araştırma sonuçlarının daha çok sayısal verilerle değerlendirilmiş olması nedeniyle ME geçirmiş olan hastaların yaşantılarının ve deneyimlerinin derinlemesine açıklanmasına olanak verecek çok sayıda niteliksel araştırma desenlerinin kullanılması önerilmiştir.

Araştırmanın, ege bölgesinde belli hastanelerde belli bir zaman diliminde yapılmış olması, araştırmayı kabul eden örneklem grubu ile yapılmış olması, daha önce ME geçirmiş hastalara yönelik psiko eğitim çalışmanın olmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

## Kaynaklar

1. Dilbaz N. Yaşam kalitesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1996;5:156-7.
2. Henderson A. Coronary heart disease: Overview. Lancet 1996;384:1-4.
3. Özer CZ. Miyokard infarktüs geçiren bireylerde Mccorkle ve Young'ın semptomlardan rahatsızlık duyma ölçeği ve Ferrans ve Powers'in yaşam kalitesi ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması. [Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.
4. Kocataş ZS. Akut miyokard infarktüs geçiren hastalarda konstipasyonu önlemeye yönelik hemşirelik uygulamalarının etkinliği. [Yüksek Lisans Tezi] Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 2000.
5. Özcan N. Koroner kalp hastalıkları. Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 1997.
6. Brorsson B, Bernstein SJ, Brook RH, Werkö L. Quality of life of patients with chronic stable angina before and four years after coronary revascularisation compared with a normal population. Heart 2002;87:140-5.
7. Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. J Heart Lung Transplant 1992;11:273-9.
8. Fadiloğlu Ç. Sosyal destek öğrenim hedefi: kalp hastalarında sosyal destek ile ilgili neler yapılabileceğinin gözden geçirilmesi, 25. Ulusal Kardiyoloji Kongresi, Sözel Bildiri, 24 Ekim, İstanbul, 2009.
9. Friedman MM, Griffin JA. Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. Heart Lung 2001;30:98-104.
10. Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark AL, Wang M, et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. Eur J Heart Fail 2005;7:803-8.
11. Julian DG, Cowan JC, McLenachan JM. (Çeviri editörleri: Yavuz B, Aytemir K). Cardiology, Elsevier Saunders; Kalp hastalıklarının psikolojik yönleri. Güneş Tıp Kitabevleri; 2008. s. 361-3.
12. Kınikoğlu M. Kalbinize sahip çıkın. İstanbul: Doğan Egmont Yayıncılık; 2009. s. 25-33.
13. Enar R, editör. Akut miyokard infarktüsü-komplikasyonlar. İstanbul: Ofset Matbaacılık; 1999. s. 1-3.
14. Akut miyokard infarktüsünde erken dönemde risk tayini, risk derecelerinin belirlenmesi. www.tkd.org.tr/kilavuz/ko7.htm. Aralık, 2012.
15. Ozer ZC, Senuzun F, Tokem Y. Evaluation of anxiety and depression levels in patients with myocardial infarction. Turk Kardiyol Dern Ars 2009;37:557-62.
16. Katon W, Sullivan M, Clark M. Psychological factors, affecting medical conditions in cardiovascular disorders. Section 1995;26:1491-500.
17. Özkan S. Psikiyatrik tıp konsültasyon liyezon psikiyatrisi. Roche Yayınları; 1993:103-8.
18. Keeling AW, Dennison PD. Nurse-initiated telephone follow-up after acute myocardial infarction: a pilot study. Heart Lung 1995;24:45-9.
19. Crawford H. Kalp üzerine psikososyal etkiler. Crawford kardiyoloji. 1. Baskı 2004. s. 131-7.
20. Erol Ç, Güzelsoy D, Koylan N, Nişancı Y ve ark. Koroner arter hastalıklarına yaklaşım ve tedavi kılavuzu, 2006. http:// www.tkd.org.tr. Eylül, 2012.
21. Griffiths, CA. The theories, mechanisms, benefits, and practical delivery of psychosocial educational interventions for people with mental health disorders. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2006;11:21-8.
22. Walsh J. Psychoeducation in mental health, Virginia Commonwealth University, 2010;3-8.
23. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11:3-18.

24. McGillion M, Watt-Watson J, Kim J, Yamada J. A systematic review of psychoeducational intervention trials for the management of chronic stable angina. *J Nurs Manag* 2004;12:174-82.
  25. McGillion MH, Watt-Watson J, Stevens B, Lefort SM, et al. Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:126-40.
  26. Bundy C, Caroll D, Wallace L, Nagle R. Psychological treatment of chronic stable angina pectoris. *Psychology and Health* 1994;10:69-77.
  27. Gallacher JEJ, Hopkinson CA, Bennett ML, Burr ML, & Elwood PC. Effect of stress management on angina *Psychology and Health* 1997;12:523-32.
  28. Lewin B, Cay E, Todd I. The angina management programme: a rehabilitation treatment. *British Journal of Cardiology* 1995;1:221-6.
  29. Payne TJ, Johnson CA, Penzien DB, Porzelius J, et al. Chest pain self-management training for patients with coronary artery disease. *J Psychosom Res* 1994;38:409-18.
  30. Tokem Y. Miyokard infarktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim programının bakım sonuçlarına etkisi. [Yüksek lisans Tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İç Hastalıkları Hemşirelik Anabilim Dalı; 1999.
  31. Fertelli KT, Tel H. Miyokard infarktüsü sonrası bireylere verilen planlı eğitimin öz bakım gücüne etkisi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2007;11:57-61.
  32. Öztunç G. Miyokard infarktüsü geçiren bireylerin hastalıklarına uyumlarını etkileyen faktörler ve uyumlarına sağlık eğitiminin etkisinin incelenmesi. [Yayınlanmamış Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1990.
  33. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *J Psychosom Res* 1986;30:77-91.
  34. Adaylar (Aygün) M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığına tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı; 1995.
  35. Hallaç S. Genital organ kanseri tanısı alan bireylerin kansere tepki, vücut algısı, başetme ve psikososyal uyumlarına yönelik yapılan grup müdahalesinin değerlendirilmesi. [Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2010.
  36. Gümüş AB, Cam O. Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2008;9:691-7.
  37. Talaz A. Diyabetik ayak gelişen ve gelişmeyen hastalarda kan şekeri kontrolünün ve psikososyal uyumun değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı; 2007.
  38. Ramírez MJ, Ferriol EE, Doménech FG, Llatas MC, et al. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:92-7.
  39. Jangra D, Ganesh A, Thackray R, Austin L, et al. Psychosocial adjustment to visual loss in patients with retinitis pigmentosa. *Ophthalmic Genet* 2007;28:25-30.
  40. Durna Z, Akın S. Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10:1-8.
  41. Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çabaları. [Doktora tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı; 2003.
  42. Çavdar İ. Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. [Doktora Tezi] İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik anabilim Dalı; 1999.
  43. Öyke N. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumu. [Yüksek Lisans Tezi] Düzce: Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı; 2008.
  44. Drory Y, Kravetz S, Florian V. Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: the contribution of salutogenic and pathogenic variables. *Israel Study Group on First Acute Myocardial Infarction. Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:811-8.
- 
- 22-24 Eylül 2011 tarihinde İstanbul'da I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.