



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği

[Yüksek Lisans Tezi]

**AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARIN EGZERSİZ ÖZ-YETERLİLİK
DÜZEYLERİ VE EGZERSİZE İLİŞKİN YARAR/ENGEL ALGILARININ
İNCELENMESİ**

Havva Şule KARAKULLE
ORCID: 0000-0003-1978-9518

Danışman
Doç. Dr. Selda ARSLAN
ORCID: 0000-0002-5668-3694

Konya – 2023

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez çalışmam boyunca ve yüksek lisans eğitiminde, her aşamada yardımlarını, bilgi ve birikimlerini esirgemeyen, moral ve motivasyonlarını eksik etmeyen, tez danışmanın ve çok kıymetli hocam Doç Dr. Selda ARSLAN'a,

Çalışmamın konusunun karar aşamasında klinikteki katkılarından dolayı kıymetli hocam Öğr. Gör. Ayşe UÇAR'a,

Eğitim hayatım boyunca; mesleğimi ve alanımı sevmemi sağlayan, bilgi ve birikimlerini bana aktaran diğer bütün hocalarıma,

Çalışma sürecinde sabırlarıyla verilerimi toplamama yardımcı olan katılımcılarıma, öncelikle her aşamada yardımcı olan arkadaşım ve meslektaşım koroner yoğun bakım hemşiresi Haydar Can YILMAZ'a onunla birlikte diğer bütün koroner yoğun bakım ve kardiyoloji servisi hemşirelerine,

Tüm başarılarımda yanımda olan ve çalışmamın her aşamasında yanımda olduklarını hissettiğim, ellerinden gelen her şeyi yapmaya hazır aileme, katkısı bulunan fikir danıştığım tüm meslektaşlarıma,

Çalışmamın her aşamasında motivasyonlarını eksik etmeyen, fikirlerine başvurduğum çok sevgili arkadaşım Halil İbrahim YÜCE'ye teşekkür ederim.

Havva Şule KARAKULLE

Mayıs 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
KISALTMALAR.....	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Akut Koroner Sendrom.....	5
2.2 Akut Koroner Sendromun Epidemiyolojisi	5
2.3. Akut Koroner Sendromun Etiyolojisi	5
2.4. Akut Koroner Sendromların Fiziopatolojisi.....	6
2.5. Akut Koroner Sendromun Sınıflandırılması	6
2.5.1. Unstabil Anjina Pektoris (USAP).....	6
2.5.2. ST Elevasyonlu Miyokard İnfaktüsü (STMI) ve ST Elevasyonsuz Miyokard İnfaktüsü (NSTMI)	7
2.6. Akut Koroner Sendromda Risk Faktörleri	8
2.7. Akut Koroner Sendromda Belirti ve Bulgular	9
2.8. Akut Koroner Sendromda Tedavi.....	10
2.9. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Öz Yeterlilik	10
2.10. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz	11
2.11. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Algısı ve Egzersize Karşı Öz Yeterlilik	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Türü	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	17
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4. Araştırmaya Katılımcıların Dahil Edilme Kriterleri.....	17

3.5. Araştırmada Katılımcıları Dışlama Kriterleri	18
3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	18
3.6.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)	18
3.6.2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) (EK 2).....	18
3.6.3. Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeği(EYEÖ) (EK 3)	18
3.7. Verilerin Toplanması	19
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.8.1. Bağımlı Değişkenler	19
3.8.2. Bağımsız Değişkenler	19
3.9. Etik Boyut	20
3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	20
4.BULGULAR	21
4.1. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri	21
4.2. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeyleri, Egzersiz Yarar/Engel Algılarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri	22
4.3. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Belirleyicileri	26
5. TARTIşMA	27
5.1. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Tartışılması.....	27
5.2. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Yarar/Engel Algılarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Tartışılması	30
5.3. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Belirleyicilerinin Tartışılması	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	35
7. KAYNAKLAR.....	37
8. EKLER.....	41

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora Öğrencisi **HAVVA ŞULE KARAKULLE** 'nın "*Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Öz-yeterlilik Düzeyleri ve Egzersize İlişkin Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi*" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 02.06.2023

Tez Danışmanı Doç. Dr. Selda ARSLAN
Necmettin Erbakan Üniversitesi/
Hemşirelik Fakültesi/ İç Hastalıkları
Hemşireliği A.D.

Jüri Üyesi Doç. Dr. Işın CANTEKİN
Necmettin Erbakan Üniversitesi/
Seydişehir Kamil Akkanat Sağlık
Bilimleri Fakültesi/ İç Hastalıkları
Hemşireliği A.D.

Jüri Üyesi Dr. Öğr Üyesi Evre YILMAZ
KTO Karatay Üniversitesi/
Sağlık Hizmetleri Meslek
Yükseokulu/ Tıbbi Hizmetler
Ve Teknikler Bölümü İlk ve
Acil Yardım Programı

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 07/06/2023 tarih ve 13/43 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

“Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Öz-yeterlilik Düzeyleri ve Egzersize İlişkin Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi” başlıklı tez çalışmamın toplam 39 sayfalık kısmına ilişkin, 04.05.2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%10** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

04.05.2023

Havva Şule KARAKULLE

Doç. Dr. Selda ARSLAN

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

11.05.2023

Havva Şule KARAKULLE

KISALTMALAR

ACE : Angiotensin Converting Enzyme / Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

AKS : Akut Koroner Sendrom

BKİ : Beden Kitle İndeksi

CRP : C-Reaktif Protein

DM : Diyabetes Mellitus

Dk : Dakika

EKG : Elektrokardiyografi

EÖYÖ : Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği

EYEÖ : Egzersizin Yararları/Engelleri Ölçeği

HbA1c : Glikolize Hemoglobin

HDL : High Distance Lipoprotein / Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

HT : Hipertansiyon

IHME : Institute for Health Metrics and Evaluation / Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü

KAH : Kronik Arter Hastalıkları

LDL : Low Distance Lipoprotein / Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

MI : Miyokardiyal Infarktüs

NSTEMI : Non ST Elevation Miyocardial Infactus / ST elevasyonsuz Miyokardiyal Infarktüs

SBRN : The Sedentary Behaviour Research of Network / Sedanter Davranış Araştırma Ağı

STEMI : ST Elevation Miyocardial Infactus / ST elevasyonlu Miyokardiyal Infarktüs

UAP : Unstabil Anjina Pektoris

TABLULAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1 : Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	23
Tablo 2 : Katılımcıların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri.....	24
Tablo 3 : Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği ve Egzersiz Yarar/Engel Algısı Ölçeğinin Tanımlayıcı Özellikleri.....	25
Tablo 4 : Sosyodemografik Özelliklere Göre Egzersiz Öz Yeterlilik ve Egzersiz Yarar/Engel Puanının Karşılaştırması.....	26
Tablo 5 : Bazı Hastalık Özelliklerine Göre Egzersiz Öz Yeterlilik ve Egzersiz Yarar/Engel Puanının Karşılaştırması.....	27
Tablo 6 : Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Belirleyicileri.....	28

ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği
[Yüksek Lisans Tezi]

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARIN EGZERSİZ ÖZ-YETERLİLİK DÜZEYLERİ VE EGZERSİZE İLİŞKİN YARAR/ENGEL ALGILARININ İNCELENMESİ

Havva Şule KARAKULLE

Konya-2023

Egzersiz her birey için önem arz etse de akut koroner sendrom sonrasında koroner problemlerin tekrar yaşanmamasında olumlu etkiler yarattığı için önemlidir. Bu çalışma, akut koroner sendromlu hastaların egzersiz öz-yeterlilik düzeylerini ve egzersize ilişkin yarar/engel algılarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir. Bir üniversite hastanesinin koroner yoğun bakım ve kardiyoloji servisinde yürütülmüştür. Örneklem, akut koroner sendromlu 196 hasta dahil edilmiştir. Veriler Aralık 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; hasta bilgi formu, egzersiz öz yeterlilik ölçeği ve egzersiz yararları/engelleri ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için etik kurul izni, kurum izni, ölçekler için kullanım izni ve hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t testi, Kolmogorov Smirnov testi, Shapiro wilk testi, tek yönlü ANOVA testi, Kruskal Wallis, Man Whitney U testinden yararlanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $55,8\pm 9,3$ olup; %54,6'sı erkek, %82,7'si evli; %58,1'inin eğitim durumu ilköğretim ve altıdır. Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin belirleyicileri ait modelin anlamlı olduğu ($F=9,665$; $p<0,001$) ve değişkenler ölçek puanının %34'ünü açıkladığı bulunmuştur. Haftalık egzersiz süresinin (dk) ve egzersiz yarar ölçeğinin modele anlamlı katkı sağlayan değişkenler olduğu belirlenirken, haftalık egzersiz süresindeki bir dakikalık artma öz yeterlilik puanını 0,14; egzersiz yarar ölçeğindeki bir puanlık artış ise ölçek puanının 0,39 miktarında artırdığı bulunmuştur.

Sonuç olarak, hastaların egzersiz öz yeterlilik durumlarının birçok değişken için yüksek olduğu ve egzersiz için algıladıkları yararların engellere oranla daha az olduğu bulunmuştur. Akut koroner sendrom sonrası hastaların egzersize bir an önce başlamaları ve yaşam tarzı haline getirmeleri önerilmektedir. Hastalar için; egzersiz rehabilitasyon yöntemleri geliştirilmeli, hastaların öz yeterliliklerini kazanmalarını sağlanmalı ve egzersiz için engelden çok yarar algısı geliştirmeleri sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Akut koroner sendrom, Egzersiz öz yeterliliği, Engeller, Hemşire, Yararlar

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing
Internal Medicine Nursing
[Master Thesis]

INVESTIGATION OF EXERCISE SELF-EFFICACY LEVELS AND PERCEPTIONS OF BENEFITS/BARRIERS RELATED TO EXERCISE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Havva Şule KARAKULLE

KONYA-2023

Although exercise is important for every individual, it has a positive effect on preventing coronary problems from recurring after acute coronary syndrome. This study was conducted to determine the exercise self-efficacy levels of patients with acute coronary syndrome and their perceptions of benefits/barriers related to exercise.

The research was carried out in descriptive design. It was carried out in the coronary intensive care and cardiology department of a university hospital. The sampling included 196 patients with acute coronary syndrome. December 2021-May 2022 data were collected by face-to-face interview method. As a data collection tool; the patient information form, the exercise self-efficacy scale and the exercise benefits/barriers scale were used. In order to conduct the research, ethics committee permission, institution permission, usage permission for the scales and informed consent form were obtained from the patients. Number, percentage, mean, standard deviation, t test, Kolmogorov Smirnov test, Shapiro Wilk test, one-way ANOVA test, Kruskal Wallis, Mann Whitney U test were used in the analysis of the data using the SPSS 22 package program.

The average age of the patients participating in the study was 55.8 ± 9.3 ; 54.6% were male, 82.7% were married; 58.1% of them had primary school and lower education status. It was found that the model of the determinants of the exercise self-efficacy scale was significant ($F=9.665$; $p<0.001$) and the variables explained 34% of the scale score. While it was determined that the weekly exercise duration (min) and the exercise benefit scale were the variables that significantly contributed to the model, a one-minute increase in weekly exercise duration increased the self-efficacy score by 0.146; an increase of one point in the exercise benefit scale was found to increase the scale score by the amount of 0.390.

As a result, it was found that the exercise self-efficacy status of patients was high for many variables, and the perceived benefits of exercise were less compared to the barriers. It is recommended that patients after acute coronary syndrome start exercising as soon as possible and make it a lifestyle. For the patients; exercise rehabilitation methods should be developed, patients should be ensured to gain self-efficacy and it should be ensured that they develop the perception of benefits rather than barriers for exercise.

Keywords: Acute coronary syndrome, Barriers, Benefits, Exercise self-efficacy, Nursing

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Koroner Arter Hastalığı (KAH), ülkemizde ve dünyada en sık görülen hastalıklar arasında yer almaktadır. Küresel olarak hastalık yükünün belirlendiği bir çalışmada kardiyak nedenlerle ölüm birinci sırada yer almaktadır (Institute for Health Metrics and Evaluation-IHME, 2018). Aynı şekilde ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2019 yılında dolaşım sistemi hastalıkları 36,8 yüzdesiyle ilk sırada yer almaktadır (TÜİK , 2020).

Koroner arter hastalıkları ilk olarak akut koroner sendrom şeklinde kendini göstermektedir. Akut koroner sendrom; miyokard kan akımında bozulma ile birlikte göğüs ağrısı veya miyokardiyal dokunun bozulması nedeniyle elektrokardiyografik bulguların da birlikte görüldüğü durumlardır. Bu ağrı hastanın sol üst ekstremitesinden başlayıp boyun ve omuzda da hissedilen yayılımcı bir ağrıdır. Bu durum, ST yükselmeli miyokart infarktüsü (STEMI), ST yükselmesiz miyokard infarktüsü (NSTEMI) ve kararsız anjina pektorisi (UAP) kapsamaktadır (Şimşek ve Alpay, 2020).

Akut koroner sendromun risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet ve genetik faktörler gibi değiştirilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır. Bireyin değiştirebileceği alışkanlıkları arasında sigara ve alkol kullanımı varken bunlar dışında değiştirilebilir alışkanlıklarla ilişkili olarak metabolik sendromu kapsayan faktörler de vardır. Bu faktörler bireyin beslenme ve egzersiz yapma durumuyla doğru orantılıdır (Aladağ ve ark. 2019; Şimşek ve Alpar, 2020; Zhang ve ark., 2021).

Fiziksel aktivite, enerji kullanarak iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir vücut hareketidir. Buna kaslarımızı hareket ettiren aktiviteler de dahildir. Fiziksel aktivite ve egzersiz terimleri birbirleri yerine kullanılsa da aralarında önemli fark vardır. Egzersiz, belirli bir fiziksel aktivite türüdür. Egzersiz planlı, yapılandırılmış ve tekrarlayıcıdır. Egzersizin amacı, fiziksel uygunluğu geliştirmek ve sürdürmektir. Fiziksel uygunluk, spor yapmak, egzersiz yapmak için uygun vakit yaratan ve günlük yaşamın gereklerini karşılamanıza olanak tanıyan fizyolojik bir iyilik halidir (Aslan ve Olgun, 2017; Nichols ve ark., 2022).

Koroner arter hastalığı olan yetişkinlerin çoğunda hastalık altta yatan tanı, eşlik eden akciğer hastalığı, fiziksel kondisyon bozukluğu veya diğer nedenlere bağlı olabilir. Bu, zinde olmayı ve egzersiz yapmayı daha da önemli hale getirir. Fiziksel olarak formda olan bireyler, kalp ameliyatları veya enfeksiyondan sonra daha da çabuk iyileşirler (Aslan ve Olgun, 2017; Nichols ve ark., 2022). Kalp hastaları için en uygun egzersizler aerobik veya kas-iskelet

sistemi egzersizleri olabilir. Kardiyolojik olarak sıkıntılı bireyler için aerobik fiziksel uygunluk daha iyidir çünkü dokuların oksijen kullanılabilirliğini artırır. Bu da kalp fonksiyonu ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Kas-iskelet sistemi zindeliği yaşlı veya zayıf bireyler için önemlidir (Nichols ve ark., 2022).

Akut koroner sendromlu hastaların egzersize dayalı kardiyak rehabilitasyon almaları sağlık davranışlarına uygun yaşamalarını ve yeni kardiyovasküler olayları önlemektedir (Cortés-Beringola ve ark., 2017). Kardiyak rehabilitasyonda en önemli noktalardan biri de hastanın öz yeterlilik durumudur. Öz yeterlilik kişinin kendi yaşamını etkileyen durumlarda kendini yönetmesi ve bu konuda kendine olan inanç durumu olarak tanımlanabilmektedir. Bireyin alışkanlıklarının çoğunlukla temeli psikolojiktir. Birey mental sağlık olarak ne kadar iyi durumda olursa öz saygısı ve özsevgisi o kadar yüksek olacaktır (Son ve ark., 2014; Barghouti ve ark., 2015). Egzersiz eğitimlerine uyum gibi belirli sağlık davranışlarına başarılı bir şekilde bağlı kalma ve kazanabilme kapasitesi öz yeterlilik ile ilişkilidir. Kronik kalp hastalığı olan bireylerde de egzersiz için öz yeterliliği geliştirilmelidir. Öz yeterlilik gücü etkilemekte hastanın algılarını değiştirebilmektedir. Hastanın öz yeterlilik düzeyi yükseldikçe algıladığı engel durumu da azalacaktır. Hasta öz yeterliliğinin farkında olursa daha güç sahibi olacak, yeteneklerinin farkına varıp egzersize başlamada ve ilerletmekte fayda görecektir. Egzersizden algılanan yararlar ile egzersiz öz yeterlilik durumu arasında doğru orantı vardır. Hastalar yarar algısının artmasıyla akut koroner sendrom sonrası durumun ciddiyetinin farkına varıp hayatını yönetme ve rehabilitasyonunu sağlamak isteğinde olacak ve yaşanan durumu daha güçlü yöneteceklerdir (Bay ve ark., 2021; Shajrawi ve ark., 2021).

Bu bilgilere rağmen bu hasta popülasyonunun egzersizi, yeterli düzeyde olumlu algılamadığı görülmüştür. Bu durum hastaların öz yeterliliğiyle ilişkilendirilebilmektedir. Hastalar geçirdikleri rahatsızlıktan dolayı egzersize başlamakta korku ve endişe yaşayabilmektedir. Buna bağlı olarak öz yeterlilik düzeyleri düşebilmektedir. Hastaların egzersizden algıladıkları engellerin fazla olması öz yeterlilik düzeyini etkilemektedir. Bunun için öz yeterlilik düzeyini değerlendirirken hastanın algıları, akut koroner sendromun tipi, koroner sendromu etkileyen faktörler de göz önünde bulundurularak değerlendirme sağlanmalıdır (Shajrawi ve ark., 2021).

Egzersiz belirtildiği gibi koroner arter hastalıkları riskini önemli ölçüde azaltmakta ve değiştirilebilir bir yaşam tarzı biçimi olarak değerlendirilmektedir. Birey yaşam tarzına egzersizi eklediğinde ve sedanter yaşamdan uzaklaştığında büyük ölçüde koroner arter hastalıklarına karşı kendini korumuş olacaktır. Artan egzersiz oranı ile risk azalması arasında

doğru orantı olmasına rağmen, aşırı egzersizin de olumsuz kardiyovasküler sonuçlara yol açabileceğine dair bazı endişeler vardır. Koroner arter hastalığı olan hastalar nefes darlığı ve eforla yaşanan sıkışmalardan kaynaklı hareketlerini kısıtlamakta ve daralmalarını azalttıklarını düşünmektedirler (Hinton ve Mahmoudi, 2021).

Bununla birlikte akut koroner sendrom geçiren ve müdahale uygulanan hastalar aynı sorunları tekrar yaşamamak adına hareketlerini kısıtlamalarının doğru bir davranış olduğunu düşünmekte, hareketli olurlarsa nefes darlığı yaşayacaklarına dair yanlış bir anksiyeteye kapılmaktadırlar. Bunun için bireylerin anksiyetesini gidermek, fiziksel rehabilitasyonu olabildiğince çabuk sağlamak gerekmektedir. Egzersiz tavsiyesini her bireye uyarlamak, yeterli ve dengeli fiziksel aktivitenin yapıldığından emin olmak önem taşımaktadır (Hinton ve Mahmoudi, 2021).

Akut koroner sendrom hastaları hemşirelik açısından kıymetli hastalardır. Birçok eğitime ve değişen yaşam süreçlerine adaptasyon sağlamak açısından rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadır. Bu noktada hemşirelere büyük görev düşmektedir. Akut koroner sendrom ani gelişmekte ve kişinin hayatını etkilemektedir. Birey anksiyete yaşayabilmekte ve öz yeterlilik algılarını tamamen kapatıp hastalığıyla ilgili olumsuz düşüncelere girebilmektedir. Bu nedenle hemşire hastaya destek mekanizması sağlayıp onu öz yeterlilik açısından olabildiğince üst seviyeye çıkarmalı ve adaptasyonunu sağlamalıdır (Malecki-Ketchell, 2022). Hasta değiştirilebilir risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Değerlendirme sonucu bu faktörler ortadan kaldırılmalı ya da olabildiğince iyileştirilmelidir. Egzersiz de bu faktörler arasında yer almaktadır ve değiştirilmesi durumunda olumlu etkileri oldukça fazladır. Bu çalışma ise akut koroner sendromlu bir hasta grubunun egzersiz tutumlarını incelemektedir. Hastaların akut koroner sendrom sonrası egzersiz tutumlarının belirlenmesi hemşirelik açısından çok kıymetlidir. Hasta grubu merkezli bakım verilmesinde eksik noktaların saptanmasında, bu eksikliklerin eğitim ve rehabilitasyonlarla giderilmesinde ve egzersiz rehabilitasyonunun geliştirilmesinde hemşireliğe çok büyük katkılar sağlayacaktır (Candelaria ve ark., 2020).

Egzersiz her birey için önem arz etse de akut koroner sendrom sonrasında kardiyak olayların yaşanmamasında olumlu etkiler yarattığı için bu hasta grubunda daha da önem arz etmektedir. Artan egzersiz seviyeleri ile öz yeterlilik durumu arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Yapılmış olan çalışmada akut koroner sendromu takip eden hastalarda egzersizin yararları ve engelleri hakkındaki algılarını ve hastaların öz-yeterlilik durumunu belirleyerek öz-yeterliliği ve egzersiz düzeyini teşvik etmek amacıyla yapılacak diğer

çalışmaların tasarımına önemli ölçüde katkıda bulunacak bu sayede de kardiyak rehabilitasyonun etkili olmasına, akut koroner sendrom geçirmiş hastaların egzersiz algılarını düzenlemeye ve öz yeterliliklerini arttırmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmada; akut koroner sendromlu hastalarda egzersiz öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi ve egzersiz yarar/engel algılarının incelenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1-Akut koroner sendromlu hastaların egzersiz öz-yeterlilik düzeyleri nedir?

2-Akut koroner sendromlu hastaların egzersiz yarar/engel algıları nedir?

3-Akut koroner sendromlu hastalarda öz-yeterlilik düzeyleri ile egzersiz yarar/engel algıları arasında ilişki var mıdır?

4-Akut koroner sendromlu hastalarda egzersiz öz-yeterlilik düzeylerinin belirleyicileri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akut Koroner Sendrom

Akut koroner sendrom (AKS); aniden ve kısa zamanda gelişen miyokard tabakasında doku hasarına neden olan kan akışının yavaşlamasıyla karakterizedir. Bununla birlikte kan akışının tamamen durması durumu da AKS kapsamına girmektedir. AKS kapsamında akut miyokardiyal infarktüsler ve unstabil anjina pectoris yer almaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2017; Akdemir ve Canlı Özer, 2020).

2.2 Akut Koroner Sendromun Epidemiyolojisi

Koroner arter hastalıkları ülkemizde ve dünyada en sık görülen hastalıklar arasında yer almaktadır. 2017 yılını kapsayarak yapılmış olan bir çalışmada küresel olarak hastalık yükü belirlenmiş ve kardiyak nedenlerle ölüm birinci sırada yer almaktadır (Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2018). Aynı şekilde ülkemizde TÜİK verilerine göre 2019 yılında dolaşım sistemi hastalıkları 36,8 yüzdesiyle ilk sırada yer almaktadır (TÜİK , 2020).

AKS ise koroner arter hastalıklarının bir parçasıdır. AKS sıklıkla unstabil anjina pectoris olarak kendini göstermesine karşın miyokard infarktüsler için mortalite daha fazladır. (Akdemir ve Birol, 2020). Hatta koroner arter hastalıkları arasında en sık genç ölümler miyokard infarktüsünden kaynaklı gelişmektedir. AKS görülme sıklığı 1990 yılına oranla 50 yaş üzeri bireylerde %80 değerinde artış göstermiştir. Bununla birlikte koroner arter hastalıkları, hem Dünyada hem de ülkemizde kadınlarda erkeklere oranla daha az görülmektedir (Akdemir ve Birol, 2020).

2.3. Akut Koroner Sendromun Etiyolojisi

AKS, koroner kalp hastalığının bir belirtisidir ve genellikle koroner arterlerdeki plak bozulmasının (ateroskleroz) bir sonucudur. Hastalık için ortak risk faktörleri sigara, hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi, erkek cinsiyet, fiziksel hareketsizlik, aile obezitesi ve kötü beslenme uygulamalarıdır. Kokain kötüye kullanımını da vazospazma yol açabilir. Ailede erken miyokard enfarktüsü öyküsü de yüksek risk faktörüdür (Akdemir ve Birol, 2020).

Ateroskleroz, AKS vakalarının çoğunda birincil olarak sorumludur. Miyokard enfarktüslerinin yaklaşık %90'ı, aterosklerotik koroner arteri tıkayan akut trombüsten kaynaklanır. Plak rüptürü ve erozyon, koroner trombozun ana tetikleyicileri olarak kabul edilir (Aslan ve Olgun, 2017; Akdemir ve Birol, 2020; Libby, 2021).

Plak erozyonu veya yırtılmasını takiben, trombosit aktivasyonu ve agregasyonu, pıhtılaşma yolu aktivasyonu ve endotelial vazokonstriksiyon meydana gelir ve bu da koroner

tromboz ve oklüzyona yol açar. Koroner vaskülatür içinde, akış dinamikleri ve endotelyal kayma stresi, hassas plak oluşumunun patogenezinde rol oynar. Kanıtlar, çok sayıda vakada, suçlu lezyonların %70'den az stenoz olduğunu ve koroner ağacın proksimalinde yer aldığını göstermektedir (Özkan, 2013).

2.4. Akut Koroner Sendromların Fizyopatolojisi

AKS altında yatan patofizyolojik mekanizmalar, akut olaydan onlarca yıl önce gelişen ve ilerleyen ateroskleroz süreciyle başlar. Ateroskleroz, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, sigara, diyabet ve genetik gibi iyi bilinen risk faktörlerinin hızlandığı orta büyüklükteki arterlerin düşük dereceli bir enflamatuar durumu olarak tanımlanabilir. Koroner ateroskleroz durumunda, bu yavaş ilerleme, koroner arterlerin iç tabakasının kademeli olarak kalınlaşmasına yol açar ve bu da zamanla arter lümenini çeşitli derecelerde daraltabilir. Bu daralmanın artmasıyla da ateroskleroz düzeyi artmaktadır (Ambrose ve Singh, 2015). AKS var olan aterosklerotik plakların rüptür olması ya da tahribiyeti sebebiyle ile olmaktadır. Bu nedenle görülen akut tromboz, trombosit agregasyonu ve distal embolizasyon görülür. Bununla birlikte kan akışında birden ve sıkıntılı bir şekilde yavaşlama ya da tamamen durma olmasıdır (Yel ve ark., 2020).

AKS'nin; altta yatan patofizyoloji, genellikle plak yırtılması ve trombüs oluşumuna sekonder olan kalp kas sisteminin bir kısmına kan akışının azalmasıdır. Bazen AKS, altta yatan ateroskleroz olsun veya olmasın vazospazma sekonder olabilir. Sonuç, kalp kas sisteminin bir kısmına kan akışının azalmasıdır, bu da ilk önce iskemiye ve ardından kalbin o kısmında infarktüse neden olur (Aslan ve Olgun, 2017; Akdemir ve Birol, 2020).

2.5. Akut Koroner Sendromun Sınıflandırılması

AKS; unstabil anjina pektoris, S-T elevasyonsuz miyokardiyal infarktüs ve S-T elevasyonlu miyokardiyal infarktüs olarak sınıflandırılmaktadır. Bunların dışında ani kardiyak ölümler de gerçekleşir. Kardiyak ani ölümler de akut koroner sendromun kapsamı içerisinde yer almaktadır (Şimşek ve Alpay, 2020).

2.5.1. Unstabil Anjina Pektoris (USAP)

Anjina pektoris; diğer AKS'ye nazaran çok daha sık görülür. Aktivite durumunda miyokardın oksijen ihtiyacı artar. Tıkanıklık olmuş arterler kan akımını sağlayamaz. Bundan dolayı miyokard oksijen ihtiyacını sağlayamaz. Bütün bu sebepler ile göğüste iskemik tipte bir ağrı gelişir. Anjina pektoris klinik olarak farklılık gösterir şekilde kendini

gösterebilmektedir. Klinik seyrine göre stabil ve unstabil şekillerde adlandırılır (Akdemir ve Canlı Özer, 2020).

Stabil anjina pektoris; son dönemlerde şiddetinde ve başlatan etkilerinde değişik bir durum içermeyen anjina'dır. Hastaların şikayetleri normal seyrinde devam eder. Dinlenme ile azalabilme gösterebilir. Unstabil anjina pektoris ise; hastaların şikayetlerinde özellikle son dönemde artış gösteren anjina'dır. Ağrı daha şiddetli görülmekte ve dinlenmeyle azalma göstermeyebilmektedir. Unstabil anjina pektoris aynı zamanda miyokard infarktüslerinde habercisi niteliği taşır. Stabil anjina pektoris akut olarak gelişmediği için akut koroner sendromlar arasında yer almamakta ancak anstabil anjina pektoris akut gelişmekte ve bu sınıfta bulunmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2017; Akdemir ve Canlı Özer, 2020).

2.5.2. ST Elevasyonlu Miyokard İnfaktüsü (STMI) ve ST Elevasyonsuz Miyokard İnfaktüsü (NSTMI)

Miyokard infaktüsü; kalp kasının ciddi derecede ve uzun süreli olarak kan akışının zayıflamasıyla vücuttaki hücrelerde görülen hasar ve kayıplar yaşanmasıdır. Kalpteki kan akımı bir plıhtı ya da yağ tabakası nedeniyle kesilmekte ve miyokardiyum ölmektedir. Bundan dolayı miyokardiyal infaktüs görülmektedir (Akdemir ve Canlı Özer, 2020; Şimşek ve Alpar, 2020). Akut miyokard infaktüsünün tanılarında ve tedavisinde son zamanlarda çok büyük gelişmeler yaşanmıştır. Böyle olmasına karşın dünyada ölümlerin neredeyse yarısını oluşturmaktadır. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu ise ilk saatlerde hastaneye ulaşmadan önceki dönemde gerçekleşmektedir. Akut miyokard infaktüsü bireyin hayatının aktif olduğu dönemlerde yani erken yaşlarda meydana gelip bireyi psikososyal ve maddi olarak çeşitli sıkıntılara sokabilmektedir. EKG de S-T yükselmesi görülmesi durumunda tanı S-T elevasyonlu miyokard infaktüsü olmaktadır (Badır ve Demir Korkmaz, 2017; Bajaj ve ark., 2018). Eğer S-T yükselmesi görülmez ise kan testi ile troponin değerine bakılır. Kardiyak troponinler , miyokard enfaktüsünün, teşhisi için tercih edilen biyo belirteç olarak kreatin kinaz-MB'nin yerini almıştır. Tanısal karar verilirken troponin değeri yüzde 99 oranında sağlıklı sonuç vermektedir. AKS ile başvuran hastalarda, kardiyak troponin T veya I'nın düşük seviyeli yükselmeleri bile, troponin seviyeleri karar sınırının altında olan hastalara kıyasla daha yüksek ölüm ve tekrarlayan iskemik olaylar riski ile ilişkilidir (Şimşek ve Alpar, 2020). Ayrıca, yüksek troponin düzeyine sahip hastalar, antitrombin ve antitrombosit ilaçlarla daha yoğun tıbbi tedavinin yanı sıra erken invaziv bir yönetim stratejisinden en fazla yararı elde ederler. Kardiyak troponinler miyokardiyal nekroz için son derece spesifik olmasına rağmen, miyokardiyal hasarın iskemik ve iskemik olmayan etiyolojileri arasında ayrım

yapmazlar. Bu nedenle klinisyenler, bir hastanın semptomlarının akut koroner sendrom ile uyumlu olup olmadığını belirlemelidir (Bajaj ve ark., 2018; Aakre ve Omland, 2019).

Troponinin diğer kardiyak biyo belirteçlerle birleştirilmesi, bireysel bir hastada altta yatan patobiyoloji ve prognoz hakkında klinisyenlere bilgi sunar. Bu sayede elektrokardiyografi ile S-t elevasyonu belirlenemeyen miyokardiyal infarktüslerin belirlenmesi sağlanır. Troponin pozitif çıktığı durumda tanı S-T elevasyonsuz miyokardiyal infarktüsü olurken negatif çıktığı durumda instabil anjina pectoris olmaktadır (Bajaj ve ark., 2018; Aakre ve Omland, 2019).

2.6. Akut Koroner Sendromda Risk Faktörleri

Koroner arter hastalıklarında risk faktörleri iki farklı şekilde karşımıza çıkmaktadırlar. Bunlar değiştirilemez ve değiştirilebilir risk faktörleridir. Değiştirilemez risk faktörleri aile öyküsü, yaş, cinsiyet ve ırktır. Yaş ilerledikçe hastalığa yakalanma riski artmaktadır. Çünkü birikinti yıllar içinde artış göstermektedir. Kalbin fonksiyonları da yavaşlamaktadır. Erkeklerde kadınlara oranla daha erken yaşlarda başlamakta ve daha fazla rastlanmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri ise; sigara, alkol ve aşırı kahve kullanımı, hipertansiyon, diyabetes mellitus, HDL düşüklüğü, LDL yüksekliği, total kolesterolün ve trigliseridin yüksek olması, obezite, stres ve sedanter yaşamdır. Değiştirilebilir risk faktörleri literatürde metabolik sendromla ilişkilendirilmektedir (Akdemir ve Birol, 2020).

AKS ile karşılaşan hastalarda sıklıkla metabolik sendrom görülmektedir. Metabolik sendrom; diyabetes mellitus, bozulmuş glukoz toleransı (açlık kan şekerinin 110 ve üzerinde olması durumu) veya insülin direnci durumlarından en az birinin bulunması ve hipertansiyon (sistolün 130 mm/Hg diyastolün ise 85 mm/Hg'nin üzerinde olması) veya antihipertansif kullanıyor olmak, dislipidemi (trigliserid değerinin 150 mg/dl üzerinde veya total kolesterolün 180mg/dl üzerinde ya da HDL değerinin kadınlarda 50 mg/dl erkeklerde ise 40 mg/dl altında olması), abdominal obezite varlığı (beden kitle indeksi(BKİ) nin 30 üzerinde olması ya da bel çevresinin kadınlarda 88 cm, erkeklerde ise 102 cm üzerinde olması) durumlarından en az ikisinin bulunmasıyla ifade edilmektedir. Yani denilebilir ki; metabolik sendrom gelecekte karşılaşılabilecek diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların oranının yüksek olacağı ve kardiyovasküler ölümlere neden olabileceği ile ilişkilendirilmiştir (Beştepe ve ark., 2020; Gesteiro ve ark., 2021; Zhou ve ark., 2021).

Değişen dünyamızda beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam gibi etkenlerle metabolik sendrom giderek yaygınlaşmaktadır. Metabolik sendrom koşullarına sahip bireyler agresif

yaşam tarzı değişikleri yaparak ciddi sağlık sorunları gelişmesini geciktirebilmekte hatta önlenebilmektedir (Fahed ve ark., 2021). Metabolik sendromla ilişkili bozuklukların çoğu belirgin belirti veya semptomlara sahip değildir. Görünür bir belirti olan geniş bel çevresidir. Bunun dışındaki belirtileri fark etmesi zordur. Ancak kan şekeri yüksekliği, artan susuzluk ve idrara çıkma, yorgunluk ve bulanık görme gibi diyabetin belirti ve semptomları fark edilebilir. (Rochlani ve ark., 2017; Zhou ve ark., 2021).

Kalp ve damar hastalıklarında ise fark edilebilir semptomlar arasında yüksek kolesterol ve yüksek tansiyon bulunmaktadır ve atardamarlarda plak oluşumuna katkıda bulunabilir. Bu plaklar atardamarları daraltabilir ve sertleştirebilir, bu da kalp krizi veya felce neden olabilmektedir. Yüksek kolesterol ve hipertansiyon metabolik sendromla da doğrudan bağlantılı olmaktadır. Karaciğer yağlanması, polikistik over sendromu ve uyku apnesi de metabolik sendrom riskini arttırmaktadır (Rochlani ve ark., 2017; Fahed ve ark., 2021).

Metabolik sendromun tanı kriterleri aslında çoğunlukla bireyin yaşam tarzı ve alışkanlıklarıyla alakalıdır. Benzer şekilde koroner arter hastalıklarının risk faktörleri de bireyin yaşam tarzı ve alışkanlıklarıyla alakalıdır. Birey sağlıklı beslendiğinde, sigara kullanmadığında ve düzenli olarak hayatına egzersizi kattığında koroner arter hastalıkları risklerini ve aynı zamanda metabolik sendrom risklerini de ortadan kaldırmış olacaktır (Aladağ ve ark., 2019; Pęksa ve ark., 2021).

Sağlıklı bir yaşam tarzı edinmek ve bu yaşam tarzına ömür boyu adapte olmak hem kalp hastalıklarını hem de metabolik sendroma neden olan etkenleri önlenbilir hala getirir. Sağlıklı yaşam için; Bol sebze, meyve, yağsız protein ve kepekli tahıllar tüketilmeli ve diyetle doymuş yağ ve tuzu sınırlamak gerekmektedir. Ayrıca beden için sağlıklı kilo korunmalı, beden kitle indeksi sağlanmalıdır. Sigara kullanılmaması da gerekmektedir. Aynı zamanda sedanter yaşamdan uzak durulmalıdır. Haftanın neredeyse her günü en az yarım saat yürüyüş yapılmalıdır. (Rochlani ve ark., 2017; Fahed ve ark., 2021).

2.7. Akut Koroner Sendromda Belirti ve Bulgular

AKS'nin belirti ve semptomları genellikle ani başlangıç gösterir. En sık rastlanan belirti genellikle ağrıdır. Bu ağrı basınç, sıkışma veya yanma olarak tanımlanan göğüs ağrısı (anjina) olarak kendini gösterir. Ağrı çoğunlukla sternumun arka kısmında başlar ve göğüsten omuzlara, kollara, üst karın, sırt, boyun veya çeneye yayılım gösterir. Ağrıyla birlikte mide bulantısı ya da kusma, hazımsızlık, nefes darlığı (dispne), ani ve yoğun terleme, baş dönmesi ya da senkop, olağandışı veya açıklanamayan yorgunluk, huzursuz veya endişeli hissetmek

gibi belirtiler de AKS'de görülebilmektedir. Belirti ve semptomlar yaşa, cinsiyete ve diğer tıbbi durumlara bağlı olarak önemli ölçüde değişebilir. Kadınlarda yaşlılarda veya şeker hastalarında, göğüs ağrısı veya rahatsızlığı olmaksızın diğer belirti ve semptomların olma olasılığı daha yüksektir (Bruyninckx ve ark., 2008; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017).

2.8. Akut Koroner Sendromda Tedavi

AKS tedavisinin acil hedefler; ağrı ve sıkıntıyı gidermek, kan akışını iyileştirmek, Kalp fonksiyonunu mümkün olduğunca çabuk ve en iyi şekilde geri döndürmektir. Uzun vadeli tedavi hedefleri ise, genel kalp fonksiyonunu iyileştirmek, risk faktörlerini yönetmek ve kalp krizi riskini azaltmaktır. Bu hedeflere ulaşmak için ilaçlar ve cerrahi prosedürlerin bir kombinasyonu kullanılabilir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2017; Switaj ve ark.,2017; Akdemir ve Birol, 2020).

İlaç tedavisinde; trombolitikler, nitrogliserin, beta blokerler, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, statinler kullanılmaktadır. Trombolitikler, pıhtı önleyici ilaçlardır. Arteri tıkayan kan pıhtılarının çözülmesini sağlar. Nitrogliserin, kan damarlarını geçici olarak genişleterek kan akışını iyileştirir. Beta blokerler, kalp kasını gevşetmeye ve kalp atış hızını yavaşlatmaya yardımcı olur. Kan basıncını düşürür. ACE inhibitörleri de kan damarlarını genişletir ve kan akışını iyileştirerek kalbin daha iyi çalışmasını sağlar. Statinler ise, kanda hareket eden kolesterol miktarını düşürür ve plak birikintilerini stabilize ederek yırtılma olasılığını azaltır (Makki ve ark., 2015; Karadakovan ve Eti Aslan, 2017).

Cerrahi müdahalelerde ise; ilk olarak anjiyoplasti ile tıkanıklık görülen damarlar açılmaya çalışılır. Damarlardaki tıkanıklık açılmaz ise balon yöntemi kullanılır ve tıkanıklık giderilir. Balon yöntemi ile de tıkanıklık giderilmez ise arteri açık tutmaya yardımcı olacak bir diğer yöntem olan stent kullanılır. Tüm bunların yetersiz geldiği durumlarda ise koroner baypass ameliyatı uygulanmaktadır. Baypass açık kalp ameliyatıdır. Bu ameliyatta vücudun başka bir bölümünden bir parça kan damarı(greft) alınır ve tıkalı bir koroner arterin etrafında dolaşan(bypass eden) kan için yeni bir yol oluşturulmaktadır(Switaj ve ark., 2017; Akdemir ve Birol, 2020).

2.9. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik terimi , bireyin bir görevi tamamlama veya bir hedefe ulaşma yeteneğine olan güvenini ifade eder. Bugün psikologlar, öz yeterlik duygumuzun bir görevde gerçekten başarılı olup olmadığımızı etkileyebileceğini iddia etmektedirler (Shajrawi ve ark., 2021). Öz yeterlilik, belirli bir görevi tamamlama yeteneğimiz hakkında sahip olduğumuz inançlar

kümesini ifade eder. Kavramın ilk teorisine göre öz-yeterlik, geçmiş deneyim, gözlem, ikna ve duygunun ürünü olduğunu ifade edilmektedir. Öz yeterlik, akademik başarı ve fobilerin üstesinden gelme yeteneği ile bağlantılıdır. Teoriye göre; birinin belirli bir davranışta bulunup bulunmadığını etkileyen iki faktör vardır. Bunlar; sonuç beklentisi ve öz yeterlidir. Başka bir deyişle, bir hedefe ulaşma veya bir görevi tamamlama yeteneğimiz, onu yapip yapamayacağımıza ve bunun iyi sonuçlar verip vermeyeceğine bağlıdır (Bay ve ark., 2021). AKS hastaları için de hedefe ulaşabilmek ve iyi bir sonuç alabilmek önemli olmaktadır. Yani birey iyi bir sonuç alacağını düşünürse öz yeterliliği artmış olacaktır (Shajrawi ve ark., 2021).

Öz-yeterlik, bireylerin belirli bir görev için harcadıkları çaba miktarı üzerinde önemli etkilere sahiptir. Belirli bir görev için yüksek düzeyde öz-yeterliğe sahip biri, aksilikler karşısında dirençli ve ısrarcı olurken, bu görev için öz-yeterliği düşük düzeyde olan biri, durumdan vazgeçebilir veya kaçınabilir. Daha da önemlisi, öz yeterlilik seviyemiz bir alandan diğerine değişir. Genel olarak, bireyin bir görev için öz yeterlik düzeyi, başka bir görev için öz yeterliklerini tahmin etmek için kullanılamaz (Bay ve ark., 2021; Shajrawi ve ark., 2021).

Egzersiz eğitimi için çok önem arz eden bireyin öz yeterlilik durumu denilebilir. Öz yeterlilik durumu bireyin kendini yeterli hissetmesine bağlı psikolojik bir faktördür. Öz yeterlilik kişinin kendi yaşamını etkileyen durumlarda kendini yönetmesi ve bu konuda kendine olan inanç durumu olarak tanımlanabilmektedir. Bireyin alışkanlıklarının temelinde büyük oranda psikolojik faktörler yatar (Moraes-Silva ve ark., 2017). Birey ruhsal açıdan ne kadar iyi durumda olursa öz saygısı ve özsevgisi o kadar yüksek olacaktır. Bu sayede kararlarını ve alışkanlıklarını yönetirken de daha yeterli bir yönetim uygulayacaktır. Öz yeterlilik durumunun iyileştirilmesiyle egzersizin olumlu yönde birbirilerine etkisi olduğuna dair kanıtlar vardır. Yani denilebilir ki birey kendini ne kadar yeterli hissederse o kadar bir hedeflerini başarma konusunda etkili olacak, kendisi için faydası yüksek aktiviteler yapacaktır (Son ve ark., 2014; Barghouti ve ark., 2015).

2.10. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz

Egzersiz , enerji harcamayı gerektiren, iskelet kasları tarafından üretilen herhangi bir vücut hareketi olarak tanımlanmaktadır . Egzersiz , boş zamanlar da dahil olmak üzere, bir yerlere ulaşım için veya bir kişinin işinin bir parçası olarak yapılan tüm hareketleri ifade eder. Aktif olmanın popüler yolları arasında yürüyüş, bisiklete binme, tekerlek kullanma, spor, aktif eğlence ve oyun yer alır ve herkes tarafından zevk almak ve her beceri düzeyinde yapılabilir (Nichols ve ark., 2022).

Hayat tarzı olarak egzersiz yapmak kardiyovasküler hastalıkları önlemede, buna bağlı ölümleri azaltmada, kronik hastalıkların risk faktörlerini kontrol etmekte ve yaşam kalitesini arttırmaktadır. Fiziksel olarak aktif olan bireyler için sıralanan etkenler ve birlikte doğan sonuçlar değiştirilebilir hale getirilmiş olur. Egzersiz birçok hastalığın önlenmesinde katkı sağlar. Özellikle de kardiyovasküler hastalıkların birincil ve ikincil olarak önlenmesinde önemli bir katkı payı vardır. Sadece bilinçli olarak yapılan egzersiz değil günlük hayatta aktif ve hareketli olmak da sağlık açısından çok kıymetlidir. Ancak daha da kıymetli olan alışkanlık haline getirilmiş egzersiz alışkanlığıdır. Düzenli hale getirmekte çok ağır olmayan ama alışılması kolay egzersizler seçilmelidir. Buna en iyi örnek ise yürüyüş yapmak olacaktır. (Barghouti ve ark., 2015; Nystoriak ve Bhatnagar, 2018).

Yaşam alışkanlığı olarak egzersiz yapılması HDL oranını yükseltir ve LDL/HDL oranını düşürür. Triglicerid düzeyini azaltır. Böylelikle lipid profillerini iyileştirir. Egzersiz, kan basıncını düşürür, kalp fonksiyonlarını artırır ve koroner kan akışını iyileştirir. Egzersiz yapan bireylerin C-reaktif protein (CRP) seviyeleri düşüktür ve sistemsel olan inflamasyonu azdır. Fiziksel olarak aktif bireyler daha düşük kan basıncına, daha yüksek insülin duyarlılığına ve daha uygun bir plazma lipoprotein profiline sahiptir (Miller ve ark., 2016).

Orta düzeyde egzersizin kardiyovasküler hastalık riskinde azalma ile tutarlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuş olsa da, sürekli olarak yüksek düzeyde egzersizin kardiyovasküler sağlık üzerinde zararlı etkileri olabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Aynı zamanda egzersiz; psikolojik iyilik hali, stres, kaygı ve depresyonun azalmasıyla ilişkilidir (Miller ve ark., 2016; Nystoriak ve Bhatnagar, 2018).

Egzersizin amacı, fiziksel uygunluğu geliştirmek ve devamlılığını sağlamaktır. Fiziksel uygunluk; spor yapmak, egzersiz yapmak için gerekli zamanın ayrılması ve bununla birlikte günlük yaşamın gerekliliklerinin yerine getirilmesini sağlayan fizyolojik bir iyilik halidir. Fiziksel uygunluk, bireyin yorulmadan günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilecek şekilde yaşamını hareketli geçirmesi olarak tanımlanabilir (Aslan ve Olgun, 2017).

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerine ve oluşabilecek hastalıkları önlemeye faydalı olmaktadır. Bunun için en uygun egzersizler aerobik veya kas-iskelet sistemi egzersizleri olacaktır. Kardiyolojik hastalıkları olan bireyler için aerobik fiziksel uygunluk daha faydalı olacaktır çünkü dokuların oksijen kullanılabilirliği aerobik sayesinde artmaktadır. Bu da kalp fonksiyonları ile yakından ilişki içermektedir. Birey ne kadar çok aerobik egzersiz yaparsa, vücudu için o kadar yarar sağlayacaktır. Kas-iskelet

sistemi zindeliği yaşı veya zayıf bireyler için önem taşımaktadır (Aslan ve Olgun, 2017; Nichols ve ark., 2022).

AKS geçiren hastalarda prognoz kötü olabilmektedir. AKS birçok nedenle gerçekleşebilmektedir Ancak bu hasta grubunda total kolesterol değerlerin düzenlenmesi prognozu iyileştirmekte plak gerilemesine yardımcı olmaktadır. Buna rağmen plak azalması ne kadar iyi durumda olsa da yeni kardiyak olaylar gelişebilme ihtimali vardır ve plak azalması yeterli gelmeyebilmektedir. Fiziksel egzersiz rehabilitasyonu akut koroner sendrom geçirmiş hastalarda olumlu sonuçlar alınmasında etkili olabilmektedir (Bajaj ve ark., 2018; Şimşek ve Alpar, 2020).

AKS geçiren hastaların egzersize dayalı kardiyak rehabilitasyon almaları sağlık davranışlarına uygun yaşamalarını ve yeni kardiyovasküler olayları önlemektedir. Eskiden uzun yıllar boyunca kardiyovasküler bir olaydan sonra fiziksel aktiviteden kaçınılması önerilmekteydi. Ancak günümüzdeki literatür incelendiğinde, egzersiz eğitiminin kardiyak rehabilitasyon programlarının bir parçası olması gerektiği konusunda fikir birliği bulunmaktadır (Son ve ark., 2014; Moraes-Silva ve ark., 2017).

Yeterli bir şekilde uygulandığında ve denetlendiğinde, akut koroner sendrom sonrası egzersiz eğitiminin gelecekteki komplikasyonları önleyebileceğini ve infarktüsli hastaların yaşam kalitesini ve ömrünü arttırabileceği bilinmektedir. AKS sonrası uluslararası yönergeler takip edildikten sonra egzersiz eğitimi ve kardiyak rehabilitasyon için dünya genelinde benimsenen protokoller farklılık göstermektedir. AKS sonrası nasıl bir egzersiz tipi ve rejiminin ideal olabileceği konusunda hala bilgi kirliliği bulunmaktadır. Bunun için egzersiz programı optimize edilebilir, kişiselleştirilebilir ve bu sayede de hastalar tarafından özyeterlilik sağlanmış bir şekilde güvenle uygulanabilir (Barghouti ve ark., 2015; Moraes-Silva ve ark., 2017).

Var olan küresel tahminler, birçok kişinin yeterli egzersiz yapmadığını göstermektedir. Ayrıca, ülkeler ekonomik olarak geliştikçe, değişen ulaşım modelleri, iş ve eğlence için teknolojinin artan kullanımı, kültürel değerler ve artan yerleşik davranışlar nedeniyle bireylerin hareketsizlik seviyeleri artmaktadır. Artan fiziksel hareketsizlik düzeylerinin gelecekte sağlık sistemleri, çevre, ekonomik kalkınma, toplum refahı ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri oluşabileceği düşünülmektedir (Nichols ve ark., 2022).

Düzenli egzersizin kalp hastalığı, felç, diyabet ve çeşitli kanserler gibi bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemede ve yönetmede faydalı olduğu bir gerçektir. Ayrıca

hipertansiyonun önlenmesine, sağlıklı vücut ağırlığının korunmasında faydalıdır ve mental sağlığı, yaşam kalitesini iyileştirebilir ve esenliği sağlayabilmektedir (Aslan ve Olgun, 2017). Koroner arter hastalığına sahip bireylerin büyük kısmında hastalık altta yatan tanı, eşlik eden akciğer hastalığı, fiziksel kondisyon bozukluğu veya diğer nedenlere bağlı gelişebilmektedir. Bu nedenle aktif yaşama sahip olmak ve egzersiz yapmak daha da önemli bir hal almaktadır. Egzersiz yaşam alışkanlığı haline getiren bireyler, kalp ameliyatları veya enfeksiyondan sonra diğer hastalara göre daha hızlı iyileşme göstermektedir (Aslan ve Olgun, 2017; Nichols ve ark., 2022).

Fiziksel olarak aktif bireylerin yaşam süreleri uzar, bununla birlikte daha mutlu olma ve daha iyi hissetme eğilimindedirler. Kanser olma riskleri daha düşüktür ve kansere yakalanırlarsa hayatta kalma oranları egzersiz yapmayan bireylere oranla fazladır. Hatta osteoporoz, safra taşı, hipertansiyon, diyabet ve demans gibi diğer kronik hastalıklara yakalanma ihtimalleri daha azdır. Düzenli egzersiz yapma stresi azaltmada ve depresyon, anksiyete semptomlarını iyileştirmede etkili olacaktır (Aslan ve Olgun, 2017; Nichols ve ark., 2022).

Fiziksel olarak aktif olmak bahsedildiği üzere koroner sendromlar için yüksek oranda faydalı ve yaşama entegre edilebilen bir alışkanlıktır. Egzersiz yapmak koroner sendromlar için büyük yarar sağlamasına rağmen, aşırı fiziksel aktivitenin de olumsuz kardiyovasküler sonuçlara yol açabileceğine dair endişeler mevcuttur. Egzersiz alışkanlığını her bireye entegre etmek, yeterli ve dengeli egzersiz uygulamasının gerçekleştirilebildiğini bilmek önemlidir. Egzersiz ayrıca, hem hastalığın etkisinin bir ölçüsü hem de bir teşhis aracı olarak kullanılmakta, potansiyel olarak kardiyovasküler hastalıktan kaynaklanabilecek semptomlarla başvuran hastaların değerlendirilmesinde önemli bir role sahip olmaktadır (Hinton ve Mahmoudi, 2021).

Bir kısım hasta grubu fiziksel aktifliği yaşam tarzı haline getirmesine ve alışkanlık olarak devam ettirmesine karşın büyük bir kısım da egzersiz yapmamakta hatta sedanter yaşam sürmektedir. Aktif bir yaşamın kardiyovasküler olarak faydalı olduğu ,hastalıklardan koruduğu ve oluşmuş hastalığı olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Bundan dolayı aktif bir yaşam sürmenin kardiyovasküler hastalıklar için önemli olduğunu unutmamak gerekir. Yapılan kardiyak rehabilitasyonlar denetimli olarak fiziksel aktifliğin sağlanmasını hedeflemektedir ve gelecekte oluşabilecek kardiyovasküler olayları azaltabilmekte ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir (Moraes-Silva ve ark., 2017; Hinton ve Mahmoudi, 2021).

2.11. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Algısı ve Egzersize Karşı Öz Yeterlilik

AKS sonrası kapsamlı kardiyak rehabilitasyon uygulanması kardiyovasküler olaylar sonucu ölüm oranlarının daha düşük olmasını, yeniden hastaneye yatışın azalmasını, daha düşük invaziv girişim gerçekleştirilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte fiziksel egzersiz rehabilitasyonunun ateroskleroz gelişimi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve önlenmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir (Cortés-Beringola ve ark., 2017; Nishitani-Yokoyama ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada, fiziksel egzersiz rehabilitasyonu uygulanan grupta koroner plak hacminin gerilemesinde egzersizin olumlu etkisinden söz edilmektedir (Nishitani-Yokoyama ve ark., 2015).

AKS tanısı sonrasında hastalar fiziksel aktiviteye dönmekte sıkıntı yaşayabilmektedir. Bunun için hastaların motive edilmesi önemlidir. Bu hasta grubunda motivasyon sağlanmasıyla öz yeterlilik durumları da yükseltilmiş olacaktır. Bireysel yeterlilik durumları bireyin bu konu hakkında yeterli çabayı göstermesi, algıladıkları engellere ve yaşamış oldukları geçmiş deneyimlere rağmen olumlu yöndeki hareketlerini ne kadar uzun dönemde sürdürebilecekleriyle ilişkilendirilir. Hastalar sonuç beklentilerini karşılayacaklarını emin olmalıdır. Bununla birlikte kendini egzersiz yapabilmeye yeterli hissetmeli ve bu amaç uğrunda çaba göstermelidirler (Bakır ve Hisar, 2016; Bay ve ark., 2018).

Öz yeterliliği yüksek olan kişi yaşadığı zorluklar karşısında yılmayıp sonucu ulaştırabilirken, öz yeterliliği düşük olan kişi ulaştıramaz. Yani AKS'li birey egzersiz yapmaya istekli olmalı hedeflerini yerine getirmeli ve bu sayede de öz yeterliliğini en yüksek seviyede tutmalıdır. Bireyin öz yeterlilik durumunun artmasıyla yaşam davranışlarının olumlu yönde etkilenmesi birbiriyle bağlantılıdır. Öz yeterliliği fazla olan hasta grubunda fiziksel aktiviteye dönmeye ve akut koroner sendrom sonrası rehabilitasyonu sağmaya yönelik inanç öz yeterlilik düzeyi düşük olan hastalara oranla daha kolay olacaktır (Bakır ve Hisar, 2016).

Yapılan bir çalışma katılımcıların hastalara fiziksel egzersiz ile ilgili düzenli mesaj gönderme sonrasında olumlu eylemler gerçekleştirdiklerini bildirmiştir. Hastalar uyarı mesajlarıyla egzersiz yapmaları gerektiğini hatırlamış ve kısa süreli dahi olsa bildirilen egzersizleri yerine getirmişlerdir. Burada yapılmış olan çalışmada mesaj uygulaması hatırlatmalar yaparak bireye egzersizi alışkanlık haline getirme konusunda da etkili olmuştur (Legler ve ark., 2020). Bu konuyla ilgili yapılan benzer bir çalışmada ise; yine mesaj yoluyla hatırlatmalar yapılarak egzersize teşvik sağlanmaya çalışılmış, çalışma grubunda da uygulamanın faydalı olduğu bildirilmiş aynı zamanda fiziksel aktivite ve yürümenin tedaviye

önemli etki sağladığı görülmüştür (Maddison ve ark., 2015). AKS sedanter yaşam dolayısıyla gerçekleşmektedir. Sedanter Davranış Araştırma Ağı (SBRN) tarafından, sedanter davranışı, oturma, uzanma veya uzanmayı içeren ve çok düşük enerji harcaması olan herhangi bir aktivite olarak tanımlanmıştır. Bununla ilgili yapılmış prospektif bir kohort çalışmasında AKS geçirmiş hastalara fiziksel egzersiz için rehabilitasyon uygulanmıştır. Bunun sonucu olarak da sedanter yaşamın azaldığı görülmüş ve giderek de azalmaya devam etmiştir. Aynı zamanda bu çalışma fiziksel aktivite rehabilitasyonunun sedanter davranış ve orta derecedeki aktivite oranlarının düzenlenmesi gerektiğini önermektedir (Hoeve ve ark., 2017). Hemşire müdahalesiyle web tabanlı bir uygulama yardımıyla gerçekleştirilen çalışma da akut koroner sendrom sonrasında yürümeyi arttırmak amaçlanmıştır. İki grup 12 hafta boyunca izlenmiştir. İlk grup uygulama kullanılmadan izlenmiş ikinci grup ise uygulamayla teşvik edilmiştir. Bunun sonucunda iki grup arasında başlangıçta önemli bir fark bulunmamasına rağmen sonrasında deney grubundaki hastaların hareketliliğinde artış görülmüştür (Kayser ve ark., 2019).

AKS geçirdikten sonra insanların alışkanlıklarını değiştirmeleri çok da kolay olmamaktadır. Ancak hastalar semptomları tecrübeledikten sonra yaşam tarzlarında ve alışkanlıklarında değişikliklere gidebilmekte ve bozulmuş olan sağlıklarını toparlamak adına adım atmaktadır. Aksi durumda birey kendini yetersiz hissedip egzersizden tamamen uzaklaşma durumu da gözlenebilmektedir. Bu noktada birey desteklenmelidir. Zihnen kendini yeterli hissetmesi sağlanmalıdır. Bununla birlikte kendilerine yardımcı olabilecek zihinsel aktiviteleri de rutinlerine ekleyebilmektedirler (Bakır ve Hisar, 2016; Bay ve ark., 2018).

Akut miyokardiyal infarktüs sonrası hastalarda yapılmış bir çalışmada ise; egzersizden algılanan faydanın kişisel faktörler ve duygusal faktörlerle ilişkili olduğu, algılanan engelin ise, çevresel faktörler ve fiziksel faktörler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada algılanan engellerin algılanan yararlılardan fazla olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda sigara kullanma durumu, beden kitle indeksi, başka bir kronik hastalık varlığı, HDL, LDL, total kolesterol, trigliserid düzeyi ve HbA1c değişkenleri de incelenmiştir. Bu değişkenler için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Sigara kullanan ve beden kitle indeksi yüksek olan bireyler çoğunluktadır. HDL değerleri çoğunlukta düşük olurken LDL değerleri yüksektir. Total kolesterol de hasta grubunun büyük çoğunluğunda yüksek görülmüştür. En çok trigliserid oranı yüzde 93,7 oranında yüksek çıkıp anlamlı sonuç vermiştir. HbA1c değeri ise anlamlı bir değerde yüksek çıkmamıştır (Shajrawi ve ark., 2021).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Servisi ve Koroner Yoğun Bakım servisinde yapılmıştır. AKS hastaları çoğunlukla ilk olarak acile getirilmektedir. Daha sonra kardiyoloji yoğun bakım servisine takibi için yatışı yapılmaktadır. Semptomlara yönelik olarak EKG ve troponin takibi yapılmaktadır. Ortalama 3-4 gün hastanın yatışı devam etmektedir. Hastaların sıklıkla yaşam bulguları, mönitörizasyon, EKG ve kan bulguları takibi yapılmaktadır.Kardiyoloji bölümü tam donanım barındırarak 24 yataktan oluşan koroner yoğun bakım ünitesi, 50 yataktan oluşan 2 adet servis, 4 adet poliklinik, tüm invaziv girişimlerin yapıldığı koroner anjiyografi ve kalp kataterizasyon laboratuvarları, ekokardiyografi laboratuvarı (renkli doppler ekokardiyografi, stres ekokardiyografi, transözefagial ekokardiyografi, üç boyutlu ekokardiyografi), eforlu EKG, 24 ve 72 saatlik ritm holter, olay kaydedici holter, tansiyon holter, tilt (eğik masa) testi, pacemaker kontrollerinin yapıldığı non-invaziv laboratuvar bulundurmaktadır. Kardiyolojinin her alanında klinik ve laboratuvar çalışmaların yürütüldüğü, tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulandığı bir klinikdir. Klinikte eğitim hemşiresi olmamakla birlikte egzersiz için özel bir eğitim uygulanmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Kardiyoloji servisi ve koroner yoğun bakım servisinde bakım ve tedavisi sürdürülen hastalar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğünün hesaplanmasında beklenen etki düzeyi orta (0,15), bağımsız değişken sayısı 19, güç düzeyi %90 ve önemlilik düzeyi 0,05 kabul edilerek minimum örneklem sayısı 191 bulunmuştur (Cohen ve ark., 2003). Yapılmış olan örneklem hesabına uygun şekilde örneklem sayısı 196 olarak elde edilmiştir. Örnek seçiminde, olasılıksız örnekleme yönteminden belirli bir kuruma başvuranların seçildiği gelişigüzel örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

3.4. Araştırmaya Katılımcıların Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında hastalar,
- Akut koroner sendrom tanısı alan hastalar,
- Aydınlatılmış onam formunu imzalamış hastalar,

- Bilinci açık hastalar,
- Psikolojik durumu uygun olan hastalar çalışmaya dahil edilecektir.

3.5. Araştırmada Katılımcıları Dışlama Kriterleri

- Fiziksel engeli bulunan hastalar

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Çalışmada hasta bilgi formu, egzersiz öz-yeterlilik ölçeği, egzersizden algılanan yararlar ve engeller ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmaya katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanma durumu, BKİ, başka kronik hastalık varlığı, geçirilen akut sendromun tipi, trombolitik tedavi görme durumu, anjiyo öyküsü, total kolesterol düzeyi, trigliserid düzeyi, HDL düzeyi, LDL düzeyi, hastaneye yatış sayısını, haftalık egzersiz süresini ve sıklığını içermektedir. 19 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) (EK 2)

Egzersiz öz yeterlilik ölçeği 1997 yılında Bandura tarafından geliştirilmiştir. Egzersiz Öz yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) için Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Şenuzun ve Bozkurt (2009) tarafından yapılmıştır. Egzersize yönelik öz yeterlilik durumunu ölçmek için geliştirilen anket 18 maddeden oluşmaktadır. Her bir soruya 0 (hiç yapılamaz) ila 100 (kesin yapılabilir) arasında 10'lu kesme noktaları bulunan puanlama yapılması beklenmektedir. Ölçekte ters soru bulunmamaktadır. Ölçekten %0-100 arasında puan alınabilmektedir. Her soru için en düşük puan 0 olurken en yüksek puan 100 olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça katılımcıların öz yeterlilik düzeyi de artmaktadır. İç tutarlılık güvenilirliği 0.94'tür (Bandura, 1997).

3.6.3. Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeği(EYEÖ) (EK 3)

Egzersiz yararları/engelleri ölçeği 1987 yılında Sechrist ve ark. tarafından geliştirilen Egzersizin Yararları/Engelleri Ölçeği (EYEÖ) için Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Ortabağ (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçek 2 ayrı ölçek olarak da kullanılabilir şekilde geliştirilmiştir. Egzersizin Yararları Ölçeği ve Egzersizin Engelleri Ölçeği olarak 2 ayrı şekilde de kullanılabilen ölçekte yarar ölçeği toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Engel ölçeği ise toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Engel ölçeği maddeleri 4, 6, 9, 12, 14, 16, 19, 21, 24,28, 33, 37, 40 ve 42, yarar ölçeği maddeleri 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 41 ve 43 maddeleridir. Toplam 43 soruluk bu ölçek bu maddelerin de kendi içinde sınıflandırıldığı 9 alt başlıkta

tanımlanmaktadır. Bu alt başlıklar “fiziksel performans, sağlığı koruma, psikolojik görünüm, sosyal etkileşim, hayatı geliştirme, fiziksel zorlanma, zaman harcama, egzersiz olanakları, aile desteği” olarak belirtilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça egzersizin yararlarına olan algı da artmaktadır. Ölçekten en az 43, en yüksek 172 puan alınabilmektedir. Yarar ölçeğinden en düşük 29, en yüksek 116 puan alınmaktadır. Engel ölçeği puanı ise en düşük 14, en yüksek 56’dır. Engel ölçeği yarar ölçeğinden bağımsız olarak kullanıldığında; ölçekten alınan puanın artmasıyla engel algısı da artmaktadır şeklinde yorumlanmaktadır (Sechrist ve ark., 1987). Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği; ölçeğin tamamı için 0,87 (tekrar test=0,85), yarar boyutu için 0,95 (tekrar test=0,94) ve engel boyutu için 0,80 (tekrar test=0,79) olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesinde 11 Aralık 2021 - 2 Mayıs 2022 tarihleri arasında, hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Hastalara çalışmanın içeriği ve neden yapıldığı açıklanmıştır ve bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Hasta bilgileri hassasiyet ile korunmuş ve hasta mahremiyeti sağlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı Değişkenler

- Egzersiz öz-yeterlilik ölçeği puanı,
- Egzersizden algılanan yararlar ve engeller ölçeği

3.8.2. Bağımsız Değişkenler

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Medeni Durum,
- Eğitim Düzeyi,
- Çalışma Durumu,
- Gelir Durumu,
- Sigara kullanma durumu,
- BKİ,
- Başka kronik hastalık varlığı,
- Geçirilen akut koroner sendrom tipi,
- Trombolitik tedavi görme durumu,
- Anjio geçirme durumu

- HDL, LDL, total kolesterol, trigliserid düzeyleri
- Yıllık hastane yatış sayısı,
- Haftalık egzersiz zamanı ve sıklığı

3.9. Etik Boyut

Araştırmanın başlaması için öncelikle Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (No:Karar2021/22-3) (Ek-5) ve Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni (No:Karar2021/22-3) (Ek-6) alınmıştır. Ölçeği kullanabilmek için yazarlardan mail ile izin alınmıştır (Ek-7) Araştırma sürecinde ise çalışmaya dahil edilen kişilere gönüllülük esasına dayandığı bilgisi ve çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek ve bilgilendirilmiş onam formu (Ek-4) imzalatılmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesine uygun olarak hazırlanmıştır.

3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS) istatistik paket programı kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde yazılmıştır. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde değerleri ile, sayısal değişkenler ortalama standart sapma, ortanca, en küçük değer, en büyük değer gibi merkez ve yaygınlık ölçütleri olarak verilmiştir. Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile saptanmıştır. Normal dağılıma uyan değişkenler için ikili grup olan değişkenlerin karşılaştırılmasında student t testi, ikiden fazla grup olan değişkenlerin karşılaştırılmasında tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadığı durumlarda ikili grup karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde AKS'li hastalarda egzersiz öz yeterliliği, egzersiz yarar/engel algılarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında aktarılmıştır.

4.1. Akut koroner sendromlu hastaların sosyodemografik ve hastalık özellikleri

4.2. Akut koroner sendromlu hastaların egzersiz öz-yeterlilik düzeyleri, egzersiz yarar/engel algılarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri

4.3. Akut koroner sendromlu hastalarda egzersiz öz-yeterlilik düzeylerinin belirleyicileri

4.1. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $55,8\pm 9,3$ olup %54,6'sı erkek, %82,7'si evli; %58,1'inin eğitim durumu ilkokul ve altıdır. %74,0'ı herhangi bir işte çalışmıyorken, %63,3'ü ekonomik durumunu gelir-gidere denk olarak belirtmektedir. Katılımcıların boy ortalaması $166,5\pm 9,7$; vücut ağırlığı ortalaması $81,5\pm 14,4$ ve BKİ ortalaması ise $29,6\pm 4,7$ 'dir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde(%)
Cinsiyet		
Kadın	89	45,4
Erkek	107	54,6
Medeni Durum		
Evli	162	82,7
Bekar	34	17,3
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	114	58,1
Ortaokul+Lise	43	21,9
Üniversite	39	20,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	51	26,0
Çalışmıyor	145	74,0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	52	26,5
Gelir gidere denk	124	63,3
Gelir giderden fazla	20	10,2
Sigara kullanma		
Evet	50	25,5
Hayır	146	74,5
	Ort±sd	(En küçük-en büyük değer)
Yaş	$55,8\pm 9,3$	(25,0-69,0)
Boy	$166,5\pm 9,7$	(148,0-192,0)
Vücut ağırlığı	$81,5\pm 14,4$	(70-123,0)
BKİ	$29,6\pm 4,7$	(20,20-43,70)

Katılımcıların %72,4'ünün bir kronik hastalığı varken, %63,8'i unstabil anjina pektoris tanılıdır, %73,5'i trombolitik tedavi almakta ve %45,9'u daha önce anjio olmuştur. %39,8'inin kolesterol, %41,8'inin trigliserid, %35,2'sinin LDL değeri istenen değerlerin üzerindeyken; %28,6'nın HDL değeri istenen değer altındadır. Bireylerin yıllık hastaneye yatış sayısı ortalaması $0,85 \pm 1,6$; haftada egzersiz yaptığı gün sayısı ortalaması $3,6 \pm 2,1$ gün olup haftalık egzersiz süresi ortalaması ise $40,2 \pm 28,3$ dakikadır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların hastalıklarına ilişkin özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde(%)
Kronik Hastalık		
Evet	142	72,4
Hayır	54	27,6
Akut koroner Tipi		
S-T Elevasyonlu MI	6	3,1
S-T Elevasyonsuz MI	65	33,1
Unstabil Anjina Pektoris	125	63,8
Trombolitik tedavi		
Evet	144	73,5
Hayır	52	26,5
Daha önce Anjiyo olma durumu		
Evet	90	45,9
Hayır	106	54,1
Total Kolesterol		
200 mg/dl altı	118	60,2
200 mg/dl ve üstü	78	39,8
Trigliserid düzeyi		
150 mg/dl altı	114	58,2
150 mg/dl ve üstü	82	41,8
HDL düzeyi		
Kadın:40-Erkek:50 mg/dl altı	140	71,4
Kadın:40 e üstü -Erkek:50 mg/dl ve altı	56	28,6
LDL düzeyi		
130 mg/dl altı	127	64,8
130 mg/dl ve üstü	69	35,2
	Ort±sd	(En küçük-en büyük değer)
<i>Yıllık hastaneye yatış sayısı</i>	0,85±1,6	(0-12)
<i>Haftada egzersiz yaptığı gün sayısı</i>	3,6±2,1	(1-12)
<i>Haftalık egzersiz süresi</i>	40,2±28,3	(10-180)

4.2. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeyleri, Egzersiz Yarar/Engel Algılarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri

Katılımcıların egzersiz öz yeterlilik ölçek puan ortalaması $34,6 \pm 15,3$; egzersiz yarar ölçeği $52,8 \pm 11,7$ ve engel ölçeği puan ortalaması ise $27,6 \pm 5,3$ 'dür. Özyeterlilik ve egzersiz yarar ölçeği Cronbach alfa katsayısına göre bu örneklem için yüksek derecede güvenilir, engel ölçeği ise oldukça güvenilir (Tablo 3).

Tablo 3. Egzersiz Özyeterlilik ölçeği ve Egzersiz Yarar/engel algısı ölçeğinin tanımlayıcı özellikleri

	Ortalama	Sd	Ortanca	(En küçük- En büyük değer)	Cronbach alfa
Egzersiz Özyeterlilik ölçeği	34,6	15,3	31,1	(0,00-84,44)	0,88
Egzersiz Yarar Ölçeği	52,8	11,7	52,0	(30,00-86,00)	0,90
Egzersiz Engel Ölçeği	27,6	5,3	27,0	(17,00-48,00)	0,66

Bireylerin cinsiyet, eğitim, medeni durum, gelir, sigara kullanma durumuna göre egzersiz yarar ve engel ölçeği puan ortalamalarının benzer olduğu görülmekte ve yaş, vücut ağırlığı, boy ve BKİ ile de egzersiz yarar ve engel ölçeği ilişkisi bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Erkeklerin ($37,6 \pm 16,2$), üniversite mezunlarının ($M:43,1(IQR=17,9)$), çalışanların ($40,4 \pm 16,6$) ve sigara kullananların ($38,4 \pm 15,0$); kadınlara, lise ve daha düşük eğitime sahip olanlara, çalışmayanlara ve sigara kullanmayanlara göre egzersiz özyeterlilik puanı yüksektir ($p < 0,05$). Gelir durumuna göre bireylerin egzersiz özyeterlilik düzeyi değişmezken boy uzunluğu ($r=0,317$) ile özyeterlilik puanı arasında pozitif, zayıf; yaş ($r=-0,301$) ve BKİ artması ($r=-0,143$) ile de negatif, çok zayıf bir ilişki vardır (Tablo 4).

Hastalık özellikleri ile ölçekler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde de kronik hastalık varlığı, akut koroner tipi, trombolitik tedavi alma, daha önce anjio olma durumu, kolesterol, trigliserid, LDL ve HDL değerine göre oluşturulan gruplarda ölçek puanlarının değişmediği görülmektedir ($p > 0,05$). Ancak daha önce anjio olmayanların özyeterlilik puan ortalaması ($37,1 \pm 15,3$) olanlara göre ($31,8 \pm 14,8$) daha yüksektir. Haftada egzersiz yaptığı gün sayısı ve süresi özyeterlilik ($r=0,404$; $0,472$) ve yarar puanları ($r=0,254$; $r=0,325$) ile pozitif, engel puanı ile negatif ($r=-0,212$; $-0,188$) yönde ilişkilidir (Tablo 5).

Tablo 4. Sosyodemografik özelliklere göre egzersiz öz yeterlilik ve egzersiz yarar/engel puanının karşılaştırılması

Değişkenler	Özyeterlilik		Egzersiz Yarar Algısı		Egzersiz Engel Algısı	
	x±sd	Test ve p değeri	x±sd	Test ve p değeri	x±sd	Test ve p değeri
Cinsiyet						
Kadın	31,1±13,4	t=-2,986	54,4±12,5	t=1,785	28,1±5,5	t=1,335
Erkek	37,6±16,2	p=0,003	51,4±10,9	p=0,076	27,1±5,1	p=0,184
Medeni Durum						
Evli	33,4±14,0	t=-2,458	53,0±12,2	t=0,499	27,3±5,3	t=-1,574
Bekar	40,4±19,6	p=0,015	51,9±9,3	p=0,618	28,9±5,4	p=0,117
Eğitim Durumu						
İlkokul ve altı	32,1(IQR=14,5)	KW=8,179	53,3(IQR=12,11)	KW=0,585	27,9(IQR=4,9)	KW=0,758
Ortaokul+Lise	33,7(IQR=11,9)	p=0,001	53,0(IQR=12,9)	p=0,558	26,7(IQR=6,5)	p=0,470
Üniversite	43,1(IQR=17,9)		51,0(IQR=9,3)		27,6(IQR=5,0)	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	40,4±16,6	t=3,190	52,0±10,5	t=-0,543	27,5±5,1	t=-0,190
Çalışmıyor	32,6±14,3	p=0,002	53,1±12,2	p=0,588	27,6±5,4	p=0,846
Gelir durumu						
Gelir giderden az	35,0 (IQR=17,9)	KW=2,596	52,0 (IQR=16,75)	KW=0,399	27,0(IQR= 8,75)	KW=0,352
Gelir gidere denk	30,5(IQR=17,6)	p=0,273	53,5 (IQR=18,75)	p=0,819	27,3 (IQR=8,00)	p=0,839
Gelir giderden fazla	32,5 (IQR=26,53)		49,5 (IQR= 18,25)		28,1 (IQR=5,75)	
Sigara kullanma						
Evet	38,4±15,0	t=2,032	51,7±10,7	t=-0,729	26,9±5,6	t=-1,030
Hayır	33,4±15,2	p=0,044	53,1±12,1	p=0,467	27,8±5,2	p=0,304
Yaş	r=-0,301	p=0,001	r=0,066	p=0,358	r=-0,037	p=0,603
Boy	r=0,317	p=0,001	r=-0,084	p=0,241	r=-0,029	p=0,683
Vücut ağırlığı	r=0,080	p=0,266	r=-0,021	p=0,768	r=-0,104	p=0,147
BKİ	r=-0,143	p=0,045	r=0,034	p=0,636	r=-0,088	p=0,219

Tablo 5. Bazı hastalık özelliklerine göre egzersiz öz yeterlilik ve egzersiz yarar/engel puanının karşılaştırılması

Değişkenler Kronik Hastalık	Özyeterlilik		Egzersiz Yarar Algısı		Egzersiz Engel Algısı	
	x±sd	Test ve p değeri	x±sd	Test ve p değeri	x±sd	Test ve p değeri
Evet	33,9±14,6	t=-1,095	52,6±12,6	t=-0,285	27,3±5,4	t=-1,041
Hayır	36,6±17,0	p=0,275	53,2±9,1	p=0,776	28,2±5,2	p=0,299
Akut koroner Tipi						
S-T Elevasyonlu/Elavasyonsuz MI	36,3±16,7	t=1,175	52,5±12,2	t=-0,290	27,5±5,4	t=-0,192
Unstabil Anjina Pektoris	33,7±14,4	p=0,241	53,0±11,5	p=0,772	27,6±5,3	p=0,848
Trombolotik tedavi						
Evet	33,8±15,4	t=-1,291	53,1±12,2	t=0,578	27,6±5,4	t=-0,033
Hayır	37,0±14,9	p=0,198	52,0±10,6	p=0,564	27,6±5,2	p=0,974
Daha önce Anjiyo olma durumu						
Evet	31,8±14,8	t=-2,440	53,4±12,0	t=0,669	27,8±5,52	t=0,563
Hayır	37,1±15,3	p=0,016	52,3±11,6	p=0,504	27,4±5,2	p=0,574
Total Kolesterol						
200 mg/dl altı	35,2±15,8	t=0,633	52,1±11,5	t=-1,106	27,6±5,3	t=-0,064
200 mg/dl ve üstü	33,8±14,6	p=0,527	53,8±12,1	p=0,311	27,6±5,4	p=0,949
Trigliserid düzeyi						
150 mg/dl altı	36,0±16,4	t=1,436	52,6±11,3	t=-0,206	27,8±5,2	t=0,591
150 mg/dl ve üstü	32,8±13,4	p=0,153	53,0±12,3	p=0,837	27,3±5,4	p=0,555
HDL düzeyi						
Kadın:40-Erkek:50 mg/dl altı	35,3±15,5	t=0,900	52,7±11,9	t=-0,073	27,6±5,5	t=0,248
Kadın:40 e üstü -Erkek:50 mg/dl ve altı	33,1±14,8	p=0,369	52,9±11,5	p=0,942	27,4±4,9	p=0,804
LDL düzeyi						
130 mg/dl altı	35,7±16,4	t=1,363	52,0±11,4	t=-1,239	27,3±5,2	t=-1,044
130 mg/dl ve üstü	32,6±12,8	p=0,174	54,2±12,3	p=0,217	28,1±5,5	p=0,298
Yıllık hastaneye yatış sayısı	r=-0,129	p=0,072	r=0,116	p=0,106	r=0,091	p=0,205
Haftada egzersiz yaptığı gün sayısı	r=0,404	p=0,001	r=0,254	p=0,001	r=-0,212	p=0,003
Haftalık egzersiz süresi	r=0,472	p=0,001	r=0,325	p=0,001	r=-0,188	p=0,008

4.3. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Belirleyicileri

Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin belirleyicileri çoklu regresyon analizi incelenmiştir. Enter modeline dayalı oluşturulan modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=9,665; p<0,001) ve değişkenler ölçek puanının %34'ünü açıklamaktadır. Haftalık egzersiz süresinin (dk) ve egzersiz yarar ölçeğinin modele anlamlı katkı sağlayan değişkenler olduğu belirlenirken, haftalık egzersiz süresindeki bir dakikalık artma öz yeterlilik puanını 0,146; egzersiz yarar ölçeğindeki bir puanlık artış ise ölçek puanının 0,390 miktarında artırmaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin belirleyicileri

	B	sd	β	t	p
(Constant)	70,990	11,847		5,992	0,000
Kategorik değişkenler					
Cinsiyet (Kadın)	-2,791	2,197	-0,091	-1,270	0,206
Medeni Durum (Evli)	-2,899	2,498	-0,072	-1,161	0,247
Eğitim (Üniversite mezunu)	3,885	2,678	-0,101	1,451	0,149
Çalışma durumu (Çalışmama)	-0,289	2,688	0,008	-0,108	0,914
Sigara kullanma (Evet)	1,729	2,224	0,049	0,777	0,438
Daha önce anjio deneyimi (Evet)	-2,139	2,026	-0,070	-1,056	0,292
Sürekli değişkenler					
Yaş	-0,140	0,140	-0,086	-1,001	0,318
BKİ	-0,119	0,198	-0,037	-0,604	0,547
Haftalık egzersiz süresi (Dk)	0,146	0,034	0,276	4,306	0,000
Egzersiz yarar ölçeği	0,390	0,086	0,300	4,518	0,000
Egzersiz engel ölçeği	-0,237	0,188	-0,083	-1,264	,208
R²=0,343	F:9,665	p<0,001			

5. TARTIŞMA

AKS'li hastalarda egzersiz öz yeterliliği, egzersiz yarar/engel algılarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Akut koroner sendromlu hastaların egzersiz öz-yeterlilik düzeylerinin sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile tartışılması

5.2. Akut koroner sendromlu hastaların egzersiz yarar/engel algılarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile tartışılması

5.3. Akut koroner sendromlu hastalarda egzersiz öz-yeterlilik düzeylerinin belirleyicilerinin tartışılması

5.1. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Tartışılması

AKS'li hastaların egzersiz öz yeterlilik düzeylerinde sosyodemografik özellikler için; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sigara kullanma durumu, yaş, boy ve bki değişkenlerinde anlamlı sonuç elde edilmiştir. Hastalık özellikleri için ise; daha önce anjio olma durumu, haftada egzersiz yaptığı gün sayısı ve haftalık egzersiz süresi değişkenlerinde anlamlı sonuç elde edilmiştir.

Sosyodemografik faktör olan cinsiyet birçok alanda etkili olduğu gibi egzersiz açısından da etkili olmaktadır. Cinsiyete bağlı egzersiz yapma oranlarında farklılıklar görülmesinin temel nedenleri arasında egzersiz için algılanan öz yeterlilik durumudur (Shajrawi ve ark., 2021). Cinsiyet ve Egzersiz Davranışı Değişim Basamaklarının incelendiği bir çalışmada kadınların erkeklere oranla egzersiz alışkanlığını uygulama ve devamlılık sağlamada daha yetkin olduğu bulunmuştur (Miçoğulları ve ark., 2010). Avusturalya'da kalp hastaları ve diyabetli hastalar üzerinde yapılmış olan çalışmada belli zaman aralıklarıyla hastaların egzersiz öz yeterlilik durumları değerlendirilmiş ve erkeklerin kadınlardan daha yeterli hissettiği bulgusuna ulaşılmış hatta kadınların zamanla tükenmişliklerinde artış bildirilmiştir (Alharbi ve ark., 2017). Araştırma kapsamında yapılan analizlerde egzersiz öz yeterliliği için cinsiyet belirleyici bir faktör olmuş ve erkeklerin kadınlara oranla daha yeterli olduğuna dair anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmalar arasındaki farklılığın temel nedeninin çalışma grupları arasında yaş ve kültürel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Hastaların yaşam kalitesi ve fiziksel egzersiz düzeyi kişisel özelliklerle ilişkilendirilebilir. Genel olarak, evli olmanın, bekarlar tarafından bildirilene kıyasla olumlu bir sağlık değerlendirmesi ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Cobb ve ark., 2016). Bir partnere sahip olmanın sağlıklı etkisi, azalan sıkıntı düzeyi ile ilişkilendirilebilir ama daha sağlıklı ve mutlu bireylerin bir partner bulma şansı daha yüksektir ve bu nedenle etki taraflı olabilir (Molsted ve ark., 2021). Kronik böbrek hastalığı olan hastalarda medeni ve sosyoekonomik durumun yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite üzerine etkisinin incelendiği çalışmada medeni durumu evli olan böbrek hastalarının fiziksel olarak daha aktif oldukları eşlerinin desteğiyle egzersize karşı özyeterlilik durumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Molsted ve ark., 2021). Akut miyokard infarktüsü sonrası hastalarda egzersiz öz yeterliliği, algılanan faydalar ve egzersiz engellerini inceleyen çalışmada ise medeni hali bekar olan bireylerin egzersiz öz yeterlilik durumunun daha iyi olduğu bulunmuştur (Shajrawi ve ark., 2021). Çalışmamızda da Shajrawi ve ark. çalışmasıyla benzer sonuca varılmıştır. Kalp hastaları diğer kronik hastalara oranla yaş ilerledikçe daha az öz yeterlilik gösterebilmekte ve egzersizden kaçınabilmektedir. Benzer sonuç elde edilen çalışmalardaki her iki toplum için de evlilikle birlikte kişilere daha fazla sorumluluk ve görev düşmekte buna bağlı olarak da egzersiz arka plana atılabilmektedir.

Egzersiz yapmak ve eğitim arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim seviyesindeki artış da düzenli egzersiz yapmayı olumlu etkilemektedir. Eğitim seviyesi yüksek bireyler egzersiz açısından daha yüksek öz yeterlilik hissetmektedir (MJ Van der Fels ve ark., 2020). Avusturalya’da kalp hastaları ve diyabetli hastalar üzerinde yapılmış olan bir çalışma eğitim süresinin on yıl ve üzeri olduğu bireylerde egzersiz öz yeterliliğinin daha yüksek olduğuna dair anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Alharbi ve ark., 2017). Araştırma kapsamında da eğitim seviyesindeki artış ile egzersiz öz yeterliliği arasında olumlu ilişki olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesindeki artış bireyin kendine olan saygısını arttırmaktadır. Kendine saygısı olan birey öz yeterliliği yüksek olacağı için egzersize de daha yeterli hissedecektir.

Çalışan kişiler yaşamları daha planlı yönetmektedirler. Serbest zaman olarak nitelendirilen güzel planlanmış vakitlerini egzersiz yaparak geçirebilmektedirler. Aynı zamanda çalışan bireylerin büyük bir kısmı gün içinde de aktiftirler (Alpullu ve Yazıcı, 2020). Yapılan bir çalışmada çalışan bireylerin daha çok egzersiz yaptığı bulgusuna ulaşılmıştır (Alharbi ve ark., 2017). Aynı şekilde yapılan araştırmada da katılımcının çalışıyor olması

anlamli sonuçlar vermiştir. alışan nüfusun yaş grubunun geç olmasi ve zaman yönetimini daha iyi yapmaları çalışanların öz yeterlilik düzeyini arttırmaktadır.

Sigara kullanımı vücudu olabildiğince kötü etkilediği gibi AKS için de büyük risk faktörüdür. Kardiyovasküler hasarların kesin mekanizmaları iyi bilinmemekle birlikte, sigara içmenin endotel fonksiyonu üzerindeki zararlı etkisi uzun süredir bilinmektedir. (Gallucci ve ark., 2020). Akut miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda egzersiz öz yeterliliği, algılanan faydalar ve egzersiz engelleri başlıklı çalışmada sigara ve nargile içmeyenler için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Sigara kullanımıyla egzersiz öz yeterliliği ters orantı göstermektedir (Shrajrawi ve ark., 2021). Yürütülen çalışmada da sigara kullanmayanların egzersiz öz yeterlilik durumuyla ilgili olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Sigara kullanmayan bireyler vücut fonksiyonları ve akciğer kapasiteleri daha geniş bireylerdir. Dolayısıyla sigara kullanmayan bireyler egzersiz yapma açısından daha çok etkindir.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte bireylerde kardiyο respiratuar düzeyde azalma başlamaktadır. Buna bağlı olarak bireylerin yapabilecekleri egzersizler azalmakta ve egzersiz açısından öz yeterli hissetmemektedirler (Ergün, 2013). Akut miyokard enfarktüsü sonrası hastalarda egzersiz öz yeterliliği değerlendiren bir çalışmada yaş için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Yaşın ilerlemesi ile ters orantılı olarak egzersiz öz yeterliliğinde azalma görülmektedir (Shrajrawi ve ark., 2021). Yürütülen çalışmada da benzer bulgulara ulaşılmış olup yaş faktörü için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Bunun sebebi yaşın ilerlemesiyle görülen fiziksel aktiflikteki kısıtlılıklar olabilir. Hareket kısıtlanmasıyla bireyler egzersiz için daha az öz yeterlilik algılamaktadır.

Obezite beden kitle indeksinin 30 ve üzerinde olması durumudur. Kardiyovasküler hastalıkların küresel obezite pandemisi ve artan sedanter davranışla ilişkisi göz önündedir. Obez bireylerde metabolik aktivite sıkıntıları ortaya çıkmakta ve buna bağlı olarak dislipidemi ve diyabet gelişmektedir. Dislipidemi kalp damarlarının tıkanmasıyla, diyabet ise damar yapısını bozarak kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü oluşturmaktadır (Elagizi ve ark., 2020). Akut miyokard infarktüslü hastalarda yapılmış olan bir çalışmada vücut kitle indeksi değerlendirilmiş ve bulguların ortalama normal sınır aralığında yada sınırın üzerinde olduğu bulunmuştur (Shajrawi ve ark., 2021). Bu alışma kapsamında beden kitle indeksi ve boy parametreleri için anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Beden kitle indeksi yüksek olan bireylerin kalp hastalıkları için daha yatkın olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bulgular literatür ile uyumlu sonuçlar vermiştir.

Egzersiz, günlük hayatta düzenli bir şekilde devam ettirilmesi gereken sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının en önemli göstergelerinden biridir. Koroner hastalıkların önlenmesinde de çok önem arz etmektedir. Ancak önlenemediği durumlarda anjiyo sonrası fiziksel rehabilitasyon büyük önem taşır. Anjiyonun tekrarlamaması için fiziksel egzersiz anjiyo geçirmiş bireylerde yaşam tarzı haline getirilmelidir (Aslan ve Olgun, 2017). Ürdün'de ilk akut miyokard infarktüsü sonrası tedavi yöntemlerinin fiziksel aktivite üzerindeki etkileri başlıklı çalışmada hastaların daha önce anjiyo geçirip geçirmediği değerlendirilmiştir. Çalışmada primer perkütan koroner girişim ile tedavi edilen hastaların, hastaneye yatıştan sonraki 2. ve 6. haftalar arasında diğer tedavi yöntemleriyle tedavi edilen hastalardan daha iyi ortalama adım sayısı ve günlük ortalama adım atma süresindeki değişiklikler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Shajrawi ve ark., 2019). Çalışmamızda ise benzer bir sonuç olarak daha önce anjiyo geçiren bireylerin egzersiz açısından özyeterlilik düzeyinin daha fazla olduğunu belirten anlamlı bulgular yer almıştır. Anjiyo sonrası bireyler ellerinden giden sağlıklarını geri kazanmak istedikleri için yaşam tarzlarını değiştirme konusunda adımlar atabilmektedir. Buna bağlı olarak da bireylerin egzersize öz yeterlilik durumu artmış olabilir.

5.2. Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Yarar/Engel Algılarının Sosyodemografik ve Hastalık Özellikleri ile Tartışılması

AKS'li hastaların egzersiz yarar/engel algılarının sosyodemografik özellikleri için anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Hastalık özellikleri için ise sadece haftada egzersiz gün sayısı ve haftalık egzersiz süresi değişkenleri için anlamlı sonuç elde edilmiştir.

Cinsiyet faktörü bireylerin egzersize karşı öz yeterlilik durumları etkilediği gibi algıladıkları yarar ve engeller üzerinde de etkili olabilmektedir. Algılanan yararların kişisel alanda daha fazla olması da öz yeterlilikle doğru orantılı olduğunun bir göstergesidir (Shajrawi ve ark., 2021). Ancak koroner kalp hastalığı ve depresif belirtileri olan kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada cinsiyet faktörü için anlamlı bir sonuç elde edilememiştir (Rogerson ve ark., 2017). Aynı şekilde yapılan bu çalışmada da cinsiyet faktörü için anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir. Bunun nedeni çalışmaların sınırlılıkları ile açıklanabilir.

Eğitimli bireyler pasif olmak yerine etkileşimcidir. Sosyal olmaları ve kazandıkları öğrenimleri sayesinde daha yeterli olduklarını düşünmekte ve kendilerini geliştirmektedirler. Bu da algılarını güçlendirmektedir. Yarar algıları engel algılarından daha gelişmiş olmaktadır (Ata, 2019). Koroner kalp hastalığı ve depresif belirtileri olan kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada da bunu destekler şekilde eğitimli bireylerin egzersiz için; engel algılarının

düzeyinin daha düşük olduğu, yarar algılarının düzeyinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur (Rogerson ve ark., 2012). Araştırma kapsamında bu sonuçlara benzer anlamlı bir sonuç elde edilememiştir.

Sigaradan dolayı vücudun işleyişinde ortaya çıkan olumsuz değişiklikler, egzersiz yapma kapasitesine ve fiziksel aktiflik durumuna azımsanmayacak şekilde etki göstererek bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (Demirtürk ve Kaya, 2016). Ortabağ ve ark. (2010) yapmış olduğu çalışmada sigara içen bireylerin sigara içmeyen bireylere oranla daha az yarar algılarının olduğu ve daha fazla engel algılarının olduğu sonucuna varılmıştır (Ortabağ ve ark., 2010). Çalışmada da sigara içme parametresi araştırılmış ancak engel-yarar algısına dair anlamlı bir sonuca varılamamıştır.

Egzersiz yapmak, hangi yaş aralığında olursa olsun kişilerin bedensel işlevlerini artırır ve daha dinç hissetmelerini sağlar. İleri yaşlı kişilerde düşmeleri ve düşmelere bağlı riskleri azaltırken bireysel bağımsızlıklarını da devam ettirmeyi sağlar (Sherrington ve ark., 2017). Malone ve ark. (2012) yapmış olduğu çalışmada yaş ilerledikçe egzersizden algılanan yarar oranı azalırken algılanan engel algısı artmakta olduğunu bulmuşlardır (Malone ve ark., 2012). Araştırma kapsamında da yaş parametresi incelenmiş ancak hem yarar hem engel algısı için anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun nedeni çalışma grupları arasındaki kültürel farklılıklar olabilir.

İdeal vücut ağırlığına sahip olmak, kaliteli bir yaşam sürmek için gerekli faktörlerden biridir. Normal sınırlar içerisinde ağırlığa sahip bireyler daha az sedanter yaşam sürmektedir (Demirtürk ve Kaya, 2016). Lightfoot ve ark. (2021) yapmış oldukları çalışmada katılımcıların beden kitle indeksi ortalama 27,1 olarak bulunmuş, algıladıkları engeller ve yararlar için de anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Lightfoot ve ark., 2021). Yapmış olduğumuz çalışmada ise beden kitle indeksi ortalaması 29,6 bulunmuştur. Ancak engel ve yarar algılarına dair anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Bunun sebebi beden kitle indeksinin daha fazla olması ve normal değer sınırlarında olmasına rağmen normal üstüne yakın olması olabilir.

Metabolik sendromun tanı kriterlerinden olan dislipidemi; trigliserid değerinin 150 mg/dl üzerinde veya total kolesterolün 180mg/dl üzerinde ya da HDL değerinin kadınlarda 50 mg/dl erkeklerde ise 40 mg/dl altında olması durumudur (Zhou ve ark., 2021). Akut miyokard infarktüsü hastalarda yapılmış olan bir çalışmada hastaların dislipidemi durumları değerlendirilmiş, dislipidemi ve içinde buldukları durumun yani miyokardiyal infarktüsün

ilişkisi araştırılmıştır. Kolesterol değişkeni için anlamlı sonuç elde edilirken trigliserid düzeyi için anlamlı bir sonuç elde edilememiştir (Shajrawi ve ark., 2021). Çalışmamız kapsamında da aynı değerlendirmeler yapılmıştır ancak hem kolesterol düzeyleri hem de trigliserid düzeyi için anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Bunun nedeni yapılan çalışmalardaki çalışma grubundaki bireylerin metabolik sendromun risk faktörlerinden dislipidemiye bağlı akut koroner sendrom geliştirmemesi olabilir. Bunun dışındaki diğer risk faktörleri çalışma grubundaki hastalar için etkili olmuş olabilir.

Kalp hastalıklarının değiştirilebilir risk faktörlerinden olan egzersiz için önerilen günlük yarım saatlik hareketliliği sağlayacak hafif egzersizleri içeren spor programıdır. Olabildiğince haftanın her günü en az yarım saat yürüyüş tarzı egzersizler önerilmektedir (Agarwal, 2012). Akut miyokard infarktüsülü hastalarda yapılmış olan bir çalışmada haftalık kaç gün egzersiz yapıldığı ve kaç dakika olduğu araştırılmıştır. Haftalık egzersiz süresi dakika olarak 122.28, haftalık ortalama gün ise 2.48 bulunmuştur (Shajrawi ve ark., 2021). Yapılmış olan çalışmada da egzersiz gün ve süresi araştırılmış ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Shajrawi ve ark. (2021) yapmış olduğu çalışmaya göre çalışmacılar daha yüksek egzersiz yapmaktadır. Bunun nedeni çalışma grupları arasındaki farklılıklar olabilir.

5.3. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Öz-Yeterlilik Düzeylerinin Belirleyicilerinin Tartışılması

AKS'li hastalarda egzersiz öz-yeterlilik düzeylerinin belirleyicileri için yalnızca haftalık egzersiz süresi ve egzersiz yarar ölççeği değişkenleri anlamlı sonuç vermiştir.

Sigara kullanımı akciğer kapasitesini azaltıp soluk alıp vermeyi güçleştirmektedir. Buna bağlı olarak dispne gelişmektedir. Bu nedenle bireyler egzersizden kaçınma davranışı gösterebilmektedir. Sedanter yaşam ve sigara kullanımı birleştiğinde ise kalp hastalıklarına yatkınlık düzeyi artmaktadır (Aslan ve Olgun, 2017). Yapılan bir çalışmada sigara kullanımı öz yeterliliğin belirleyicileri arasında yer almış ve anlamlılık düzeyi 0,29 olarak bulunmuştur (Shajrawi ve ark., 2021). Çalışma kapsamında ise öz yeterlilik belirleyicileri arasında sigara kullanımı da değerlendirilmiş ancak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Sigara kullanımı öz yeterlilik açısından anlamlı bir sonuç bulunmasına rağmen öz yeterliliğin belirleyicileri arasına girememiştir. Çalışmalar arasındaki farklılığın sebebi diğer çalışma grubunda sigara ve nargile tüketiminin daha fazla olması olabilir.

Beden kitle indeksinin normal sınırlarda olması kişinin hem aktif bir hayat sürdürdüğünün hem de düzenli ve dengeli beslendiğinin göstergesidir. Kalp ve damar hastalıklarında da çok

önemli iki etken olan beslenme ve egzersiz için beden kitle indeksi belirleyici özellik taşımaktadır (Akdemir ve Birol, 2020). Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalar üzerinde yapılan çalışmada beden kitle indeksi değişken olarak değerlendirilmiş ve bireyin öz yeterlilik durumu için belirleyici olduğu bulunmuştur (Shajrawi ve ark., 2021). Kalp hastalığı ve/veya diyabeti olan kişilerde beden kitle indeksi benzer şekilde anlamlı çıkmış ve öz yeterlilik için belirleyici olduğu ifade edilmiştir (Alharbi ve ark., 2017). Ancak yapılmış olan çalışma kapsamında beden kitle indeksi için anlamlı sonuç elde edilememiştir. Bunun sebebi çalışmanın katılımcıları için diğer risk faktörlerinin daha etkili olması olabilir.

Düzenli olarak egzersiz yapmak kalp hastalıklarının risk faktörlerini azaltmaktadır. İdeal egzersiz süresi her gün için yarım saatlik bir süreyi kapsamaktadır. Bu egzersizler ise hafif egzersizler olmaktadır. Burada amaç bireyin hareketliliğinin devamlılığının sağlanmasıdır (Agarwal, 2012). Yapılan bir çalışmada egzersiz süresi değerlendirilmiş ancak öz yeterlilik için belirleyici olduğuna dair bir bulgu elde edilmemiştir (Shajrawi ve ark., 2021). Çalışma kapsamında ise egzersiz süresi öz yeterlilik için bir belirleyicidir. Anlamlılık düzeyi de oldukça yüksek çıkmıştır.

Bireylerin egzersiz için algıladıkları yarar ve engeller egzersize bakış açılarını oldukça fazla etkilemektedir. Egzersizden algılanan yarar ne kadar fazla, algılanan engel ne kadar az olursa birey kendini egzersiz için o kadar yeterli hissedecektir (Malone ve ark., 2012). Akut miyokard infarktüsü geçiren hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hem egzersiz yarar hem de engel ölçeği için anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Yarar ve engel öçeklerinin öz yeterliliğin belirleyicilerinden olduğu bulunmuştur (Shajrawi ve ark., 2021). Kalp hastalığı ve/veya diyabeti olan kişiler için bir yaşam tarzı değiştirme programının 12 ayı boyunca egzersiz engelleri ve egzersiz için öz-yeterlilik ilişkisi başlıklı başka bir çalışmada da engel sayısının fazla olması ile öz yeterlilik belirleyicisi olması arasında anlamlı bir sonuç elde edilmiştir (Alharbi ve ark., 2017). Yapılan çalışmada ise yalnızca egzersiz yarar ölçeği için anlamlı sonuç elde edilmiştir. Yarar ölçeğinin öz yeterliliğin belirleyicisi olduğu bulunmuş. Yapılan bütün bu çalışmalar birbiriyle yakın sonuçlara ulaşmıştır.

Egzersiz için öz yeterliliğinin belirleyicileri arasında farklı değişkenler yer almaktadır. Kalp hastalığı ve/veya diyabeti olan kişiler için bir yaşam tarzı değiştirme programının 12 ayı boyunca egzersiz engelleri ve egzersiz için öz-yeterlilik ilişkisi başlıklı çalışmada katılımcıları başlangıç, 4 ay sonrası ve 12 ay sonrası için değerlendirmiştir. Regresyon değerlendirmesinde R^2 değeri ilk değerlendirmede 0,28 ; 4 aylık değerlendirmede 0,36; 12 aylık değerlendirmede ise 0,46 olarak bulunmuştur. Yani bu çalışmada özyeterlilik belirleyicileri için zaman

ilerledikçe anlamlılık oranı artmıştır (Alharbi ve ark., 2017). Yapılan araştırma kapsamında süreç içerisinde değerlendirme yapılmamıştır. Ancak regresyon değerlendirmesinde R^2 değeri 0,34 bulunmuştur. Bu da çalışmanın öz yeterlilik belirleyicileri için anlamlılık düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir. İki çalışma regresyon değerlendirmesi açısından benzer sonuçlar elde etmiştir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

AKS'li hastalarda egzersiz öz yeterliliği, egzersiz yarar/engel algılarını belirlemek amacıyla yapılan araştırmada;

- Çalışmaya katılan erkeklerin kadınlara, eğitim düzeyi yüksek olanların olmayanlara, çalışanların çalışmayanlara, sigara kullanmayanların kullananlara göre egzersiz öz yeterlilik durumlarının daha yüksek olduğu,
- Aynı zamanda sosyodemografik özellikler arasında yer alan; yaşca daha küçük olanların, daha uzun boylu olanların ve beden kitle indeksi normal sınırlar içerisinde olanların egzersiz öz yeterlilik durumlarının daha yüksek olduğu,
- Bazı hastalık özelliklerine göre; daha önce anjio olanların, egzersiz gün sayısı ve egzersiz süresi fazla olanların egzersiz öz yeterlilik durumlarının daha yüksek olduğu,
- Egzersiz yapılan gün sayısı ve egzersiz yapma süresi fazla olan bireylerin; algıladıkları yararların daha yüksek, engellerin ise daha az olduğu,
- Egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin belirleyicilerine göre; egzersiz süresi fazla olanların ve yarar ölçeği değerleri yüksek olanların öz yeterlilik için belirleyici olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak öz yeterlilik durumunun ve algılanan yarar/engel durumunun egzersiz üzerinde çeşitli etkileri olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- AKS geçirmiş hastalara, egzersiz öz yeterlilik ölçeğinin ve yarar/engel ölçeğinin belirli aralıklarla hastalara uygulanması,
- Hastaların egzersize rehabilitasyonlarını sağlayabilmek için hemşirelere gerekli eğitimler verilmesi,
- Hastaların egzersizli hayat tarzı haline getirilmesi için hastalara egzersizin faydaları, ne tür egzersizleri yapılması gerektiği, ne sıklıkla yapılması gerektiği hakkında gerekli eğitimler verilmesi,
- Hastaların egzersiz rehabilitasyon süreçlerinin belli aralıklarla değerlendirilip egzersizli yaşam tarzı haline getirmesinin sağlanması,
- Hastaların egzersiz öz yeterlilik durumlarını arttırmak için motivasyon çalışmalarının yapılması ve egzersizin akut koroner sendrom için faydalarının hastalara anlatılması,
- Hastaların egzersiz için algıladıkları yararların sayısının artırılması ve algıladıkları engellerin ortadan kaldırılıp azaltılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Aakre, K.M., & Omland, T. (2019). Physical Activity, Exercise and Cardiac Troponins: Clinical Implications. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 62(2), 108-115.
- Agarwal, S.K. (2012). Cardiovascular Benefits of Exercise. *International Journal of General Medicine*, 541-545.
- Akdemir, N., & Birol, L. (2020). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Güncellenmiş 5. Baskı). *Ankara: Akademisyen Kitapevi*.
- Akdemir N., & Canlı Özer Z. (2020). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Akdemir N., & Birol L. (2020) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Güncellenmiş 5.Baskı) . *Ankara, Akademisyen Kitabevi*, 505-620.
- Aladağ, N., Özdemir, M., Yurtdaş, M. & Gümrükçüoğlu, H.A. (2019). Akut Koroner Sendrom ile Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri. *Van Tıp Dergisi*, 26(4), 505-513.
- Alharbi, M., Gallagher, R., Neubeck, L., Bauman, A., Prebill, G., ve ark. (2017). Exercise Barriers and the Relationship to Self-efficacy for Exercise over 12 Months of a Lifestyle-change Program for People with Heart Disease and/or Diabetes. *Eur J Cardiovasc Nursing*, 16(4), 309-317.
- Alpullu, A., & Yazıcı, A. (2020). Boş Zaman Egzersiz Aktivitelerinin Çalışma Ve Gelir Durumuna Göre İncelenmesi. *Herkes için Spor ve Rekreasyon Dergisi*, 2(2), 109-113.
- Ambrose, J.A., & Singh, M. (2015). Pathophysiology of Coronary Artery Disease Leading to Acute Coronary Syndromes. *F1000prime Reports*, 7.
- Aslan, F.E., & Olgun, N. (2017). Fiziopatoloji . *Ankara, Akademisyen Kitabevi*. 215-265.
- Ata, N. (2019). Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Doyumu ve Egzersiz Algılarının Egzersiz Davranışlarına Göre İncelenmesi. *Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi*.
- Badır, A., & Demir Korkmaz, F. (2017). Kalp ve Dolaşım Sistemi. Karadakovan, A., Eti Aslan F. (2017). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 389-560.
- Bajaj, R., Jain, A.K., & Knight, C. (2018). Definitions of Acute Coronary Syndromes. *Medicine*. 528-532.
- Bakır, H., & Hisar, K.M. (2016). Bir Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Egzersize İlişkin Yarar ve Engel Algıları ve Öz Yeterlilik Durumu. *Genel Tıp Dergisi*, 26(3), 84-91.
- Bandura A. (1997). Self- Efficacy the Exercise of Control. New York: WH Freeman. *New York*.
- Barghouti F., AbuRmaileh N.N., Jallad D.G., & Abd-Qudah Y. (2015). Leisure Time Physical Activity in Jordan: Knowledge and Sociodemographic Determinants. *Int Med J*, 22(4), 243-251.
- Bay, A., Lämås, K., Berghammer, M., Sandberg, C., & Johansson, B. (2021). Enablers and Barriers for Being Physically Active: Experiences from Adults with Congenital Heart Disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 20(2), 276-284.
- Beştepe, N., Dönderici, Ö., & Demirkan, B. (2020). Koroner Arter Hastalığı Riskini Öngörmede Major Risk Faktörleri ve Metabolik Sendrom Kriterlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, (4), 844-857.
- Bianchi, S., Maloberti, A., Peretti, A., Garatti, L., Palazzini, M., ve ark. (2021). Determinants of Functional Improvement After Cardiac Rehabilitation in Acute Coronary Syndrome. *High Blood Press Cardiovasc Prev*, 1-9.

- Bruyningckx, R., Aertgeerts, B., Bruyningckx, P., & Buntinx, F. (2008). Signs and Symptoms in Diagnosing Acute Myocardial Infarction and Acute Coronary Syndrome: A Diagnostic Meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 58(547), e1-e8.
- Candelaria, D., Randall, S., Ladak, L., & Gallagher, R. (2020). Health-related Quality of Life and Exercise-based Cardiac Rehabilitation in Contemporary Acute Coronary Syndrome Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Quality of Life Research*, 29, 579-592.
- Cobb, L.K., Godino, J.G., Selvin, E., Kucharska-Newton, A., Coresh, J., ve ark. (2016). Spousal Influence on Physical Activity in Middle-aged and Older Adults: the ARIC Study. *American Journal of Epidemiology*, 183(5), 444-451.
- Cohen J., Cohen P., West S., & Aiken L. (2003) Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences. *Routledge, Lawrence Erlbaum Associates*.
- Cortés-Beringola, A., Fitzsimons, D., Pelliccia, A., Moreno, G., Martín-Asenjo, R., ve ark. (2017). Planning Secondary Prevention: Room for Improvement. *Eur J Prev Cardiol*, 24(3), 22-28.
- Demirtürk, F., & Kaya, M. (2016). Sigara İçen Sedanterlerle Sigara İçen ve Düzenli Egzersiz Alışkanlığı Olan Olguların Yaşam Kaliteleri. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 16-24.
- Elagizi, A., Kachur, S., Carbone, S., Lavie, C.J., ve ark. (2020). A Review of Obesity, Physical Activity, and Cardiovascular Disease. *Curr Obes Rep*, 9, 571-581.
- Ergün, M. (2013). Yaşlılık ve Egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 48(4), 131-138.
- Fahed, A.C., & Jang, I.K. (2021). Plaque Erosion and Acute Coronary Syndromes: Phenotype, Molecular Characteristics and Future Directions. *Nature Reviews Cardiology*, 18(10), 724-734.
- Gallucci, G., Tartarone, A., Lerosé, R., Lalinga, A.V., & Capobianco, A. M. (2020). Cardiovascular Risk of Smoking and Benefits of Smoking Cessation. *Journal of Thoracic Disease*, 12(7), 3866.
- Gesteiro, E., Megía, A., Guadalupe-Grau, A., Fernandez-Veledo, S., Vendrell, J., ve ark. (2021). Early Identification of Metabolic Syndrome Risk: A Review of Reviews and Proposal for Defining Pre-metabolic Syndrome Status. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 31(9), 2557-2574.
- Hinton, J., & Mahmoudi, M. (2021). The Role of Exercise in Cardiac Disorders. *Medicine*, 46(9), 516-519.
- Hoeve, N.T., Sunamura, M., Geffen, M.E., Fanchamps, M.H., Horemans, H.L., ve ark. (2017). Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior During Cardiac Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 98(12), 2378-2384.
- Institute for Health Metrics and Evaluation(IHME). (2018). Findings from the Global Burden of Disease Study. 1-28.
- Karadakovan A., & Eti Aslan F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (1. Baskı) *Adana: Nobel Tıp Kitabevleri*, 613-616.
- Kayser, J.W., Cossette, S., Côté, J., Tanguay, J.F., Tremblay, J.F., ve ark. (2019). A Web-based Tailored Nursing Intervention (TAVIE en m@rche) Aimed at Increasing Walking After an Acute Coronary Syndrome: Multicentre Randomized Trial. *J Adv Nurs*, 75(11), 2727-2741.
- Legler, S., Celano, C.M., Beale, E.E., Hoepfner, B.B., & Huffman, J.C. (2020). Use of Text Messages to Increase Positive Affect and Promote Physical Activity in Patients with Heart Disease. *Current Psychology*, 39, 648-655.
- Libby, P. (2021). The Changing Landscape of Atherosclerosis. *Nature*, 592(7855), 524-533.

- Lightfoot, C.J., Wilkinson, T.J., Song, Y., Burton, J.O., & Smith, A.C. (2021). Perceptions of Exercise Benefits and Barriers: the Influence on Physical Activity Behaviour in Individuals Undergoing Haemodialysis and Peritoneal Dialysis. *Journal of Nephrology*. 1-11.
- Maddison, R., Pfaeffli, L., Whittaker, R., Stewart, R., Kerr, A., ve ark. (2015). A Mobile Phone Intervention Increases Physical Activity in People with Cardiovascular Disease: Results from the HEART Randomized Controlled Trial. *Eur J Prev Cardiol*, 22(6), 701–709.
- Makki, N., Brennan, T.M., & Girotra, S. (2015). Acute Coronary Syndrome. *Journal of Intensive Care Medicine*, 30(4), 186-200.
- Malecki-Ketchell, A. (2022). Acute Coronary Syndrome: Role of the Nurse in Patient Assessment and Management. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 37(2), 69-75.
- Malone L.A., Barfield J.P., & Brasher J.D. (2012). Perceived Benefits and Barriers to Exercise Among Persons with Physical Disabilities or Chronic Health Conditions within Action or Maintenance Stages of Exercise. *Disabil Health J.*, 5(4), 254–260.
- Miçoğulları, B., Cengiz, C., & Aşçı, H. (2010). SK Examination Of Young Adults Exercise Self-Efficiency and Exercise Perspectives According to the Steps Of Change in Gender And Exercise Behavior. *Hacettepe J Sport Sci*. 49-59.
- Miller, R.G., Mahajan, H.D., Costacou, T., Sekikawa, A., Anderson, S.J., ve ark. (2016). A Contemporary Estimate of Total Mortality and Cardiovascular Disease Risk in Young Adults with Type 1 Diabetes: the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. *Diabetes care*, 39(12), 2296-2303.
- Molsted S., Wendelboe S., Flege M.M., & Inge E. (2021). The Impact Of Marital and Socioeconomic Status on Quality of Life and Physical Activity in Patients with Chronic Kidney Disease. *Int Urol Nephrol*, 53, 2577–2582.
- Moraes-Silva, I.C., Rodrigues, B., Coelho-Junior, H.J., Feriani, D.J., & Irigoyen, M.C. Myocardial infarction and exercise training: evidence from basic science. *Exercise for Cardiovascular Disease Prevention and Treatment: From Molecular to Clinical, Part 1*, 139-153.
- Nichols, S., McGregor, G., Breckon, J., & Ingle, L. (2021). Current Insights Into Exercise-based Cardiac Rehabilitation in Patients with Coronary Heart Disease and Chronic Heart Failure. *International Journal of Sports Medicine*, 42(01), 19-26.
- Nishitani-Yokoyama, M., Miyauchi, K., Shimada, K., Miyazaki, T., Ogita, M., ve ark. (2015). Effects of Phase II Comprehensive Cardiac Rehabilitation on Coronary Plaque Volume After Acute Coronary Syndrome. *International Heart Journal*, 56(6), 597-604.
- Nishitani-Yokoyama, M., Miyauchi, K., Shimada, K., Yokoyama, T., Ouchi, S., ve ark. (2020) Preliminary Pilot Study of Combined Effects of Physical Activity and Achievement of LDL-Cholesterol Target on Coronary Plaque Volume Changes in Patients with Acute Coronary Syndrome. *J Clin Med*, 9(5), 1578-1578.
- Nystoriak, M.A., & Bhatnagar, A. (2018). Cardiovascular Effects and Benefits of Exercise. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 135.
- Ortabağ T., Ceylan S., Akyüz A., & Bebis H. The Validity and Reliability of the Exercise Benefits/Barriers Scale for Turkish Military Nursing Students. *South Afr J Res Sport Phys Educ Recreat*, 32(2), 55-70.
- Özkan, A.A. (2013). Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 41(1), 1-3.
- Pęksa, J.W., Jankowski, P., P.K., Bogacki, P., Gomuła, P., Mirek-Bryniarska, E., ve ark. (2021). Changes over Time in the Revention of Recurrent Coronary Artery Disease in Everyday Practice. *Polish Archives of Internal Medicine*, 131(7-8), 673-678.
- Piepoli, M., Hoes, A., Agewall, S., & Albus, C. (2016). 2016 European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J*, 37(29), 2315-2381.

- Rochlani, Y., Pothineni, N.V., Kovelamudi, S., & Mehta, J.L. (2017). Metabolic Syndrome: Pathophysiology, Management, and Modulation by Natural Compounds. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*, 11(8), 215-225.
- Rogerson M.C., Murphy B.M., Bird S., & Morris T. (2012). "I Don't Have the Heart": A Qualitative Study of Barriers to and Facilitators of Physical Activity for People with Coronary Heart Disease and Depressive Symptoms. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 140.
- Salmoirago-Blotcher, E., Trivedi, D., & Dunsiger, S. (2021). Tai Chi Practice and Change in Exercise Habits in Survivors of Acute Coronary Syndromes: Is Mindfulness a Possible Mechanism? *Explore NY*, 37(5), 475-478.
- Sechrist K.R., Walker S.N., & Pender N.J. (1987). Development and Psychometric Evaluation of the Exercise Benefits/Barriers Scale. *Res Nurs Health*, 10(6), 357-365.
- Shajrawi, A., Al-Smadi, A.M., Al-Shawabkeh, G.K., Aljribeea, H.S., & Khalil, H. (2019). Impacts of Treatment Modalities on Physical Activity After First Acute Myocardial Infarction in Jordan. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(6), 284-292.
- Shajrawi A., Khalil H., Qader R.A., Al-Sutry M., & AbuRuz M.E. (2021). Exercise Self-efficacy, Perceived Benefits, and Barriers to Exercise Among Patients Following Acute Myocardial Infarction. *J Cardiovasc Nurs*, 36(4), E11-E19.
- Sherrington, C., Hassett, L., Van den Berg, M., Rabie, A., Chagpar, S., ve ark. (2017). Activity and mobility using technology rehabilitation trial-support and health coaching during the community program for the first 80 participants. *In World Confederation for Physical Therapy Congress*.
- Son Y.J., Kim S.H., & Park J.H. (2014). Role of Depressive Symptoms and Self-efficacy of Medication Adherence in Korean Patients After Successful Percutaneous Coronary Intervention. *Int J Nurs Pract*, 20(6), 564-572.
- Switaj, T.L., Christensen, S., & Brewer, D. M. (2017). Acute Coronary Syndrome: Current Treatment. *American Family Physician*, 95(4), 232-240.
- Şenuzun F. & Bozkurt N. (2009). Meme Kanseri Hastalarında Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*. Ege Üniversitesi.
- Şimşek, A.K., & Alpar, Ş.E. (2020). Akut Koroner Sendrom Geçiren Hastalarda Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Turk J Card Nur*, 11(25), 82-89.
- Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK). (2020, Haziran 24). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>.
- Van der Fels, I.M., Hartman, E., Bosker, R.J., De Greeff, J.W., De Bruijn, A.G., ve ark. (2020). Effects of Aerobic Exercise and Cognitively Engaging Exercise on Cardiorespiratory Fitness and Motor Skills in Primary School Children: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Sports Sciences*, 38(17), 1975-1983.
- Yel, P., Yıldırım, Y., Aykar, F.Ş., & Fadiloğlu, Ç. (2020). Akut Koroner Sendrom Tanısı Olan Hastaya Sistemler Modeline Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımı. *Turk J Card Nur*, 11(24), 43-49.
- Zhang, F., Wong, C., Chiu, Y., Ensor, J., Mohamed, M.O., ve ark. (2021). Prognostic Impact of Comorbidity Measures on Outcomes Following Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review. *The International Journal of Clinical Practice*, 21(7), 1-15.
- Zhou, J., Liu, C., Zhou, P., Li, J., Chen, R., ve ark. (2021). Prevalence and Impact of Metabolic Syndrome in Patients with Multivessel Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 31(9), 2693-2699.

8. EKLER

EK 1 : Hasta Bilgi Formu

Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Öz-yeterlilik Düzeyleri ve Egzersiz Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi

Bu form, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans tez çalışması için oluşturulmuştur. Sağlıklı bilgilere ulaşabilmek için soruları dikkatle okumanız, yanıtı bırakmamanız önemlidir. Bu anket formunda sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında, başka hiçbir amaçla kesinlikle kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Ayıracağınız zaman ve göstereceğiniz özen için teşekkür ederiz.

Havva Şule KARAKULLE

1. Yaşınız?.....
2. Cinsiyetiniz?
 - 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni durumunuz?
 - 1) Evli 2) Bekar
4. Eğitim durumunuz?
 - 1) OYD 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Önlisans 6) Lisans 7) Lisansüstü
5. Çalışma durumunuz?
 - 1) Çalışıyor
 - 2) Çalışmıyor (Ev hanımı, işsiz, emekli)
6. Gelir durumunuz?
 - 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla
7. Sigara kullanıyor musunuz?
 - 1) Evet (.....paket/gün/ay) 2) Hayır
8. Boy:.....cm Kilo:.....BKI.....(Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır)
9. Başka kronik hastalık varlığı?
- 1) Evet ise.....2) Hayır
10. Geçirilen akut koroner sendrom tipi nedir? (Dosyadan bakılacak)
 - 1) S-T elevasyonlu MI 2) S-T elevasyonsuz MI 3) Unstabil Anjina Pektoris
11. Trombolitik tedavi görüyor musunuz?
 - 1) Evet 2) Hayır
12. Daha önce anjiyo geçirdiniz mi?
 - 1) Evet 2) Hayır
13. Total kolesterol düzeyi nedir?

1) 200 mg/dL altında 2) 200 mg/dL ve üzerinde

14. Triglisericid düzeyiniz nedir?

1) 150 mg/dL altında 2) 150 mg/dL ve üzerinde

15. HDL düzeyiniz nedir?

1) Kadın iseniz 40 mg/dL altında veya erkek iseniz 50 mg/dL altında

2) Kadın iseniz 50 mg/dL ve üzerinde veya erkek iseniz 50 mg/dL ve üzerinde

16. LDL düzeyiniz nedir?

1) 130 mg/dL altında 2) 130 mg/dL ve üstünde

17. Yıllık hastane yatış sayınız nedir?.....

18. Haftada kaç gün egzersiz yapıyorsunuz?.....

19. Haftalık ortalama kaç dakika egzersiz yapıyorsunuz?.....



EK 2 : Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği

Talimat: 1-18 numaralı her soru için düzenli olarak haftada 3 veya daha fazla egzersiz programlarını yapabilmeye ne kadar güvendiğinizi derecelendirmelisiniz.

Lütfen her durum için egzersiz programlarını yapmada hissettiğiniz güveni en iyi şekilde anlatan dereceyi seçiniz.

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Hiç yapılamaz Bazıları yapılabilir Kesin Yapılabilir

Anket No:

GÜVEN (0-100)

1. Yorgun olduğumda
2. İşten dolayı baskı altında hissettiğim durumlarda
3. Kötü havalarda
4. Egzersize ara vermeme neden olan yaralanmanın iyileşmesinden sonra.....
5. Kişisel problemlerim sırasında ya da sonra
6. Keyifsiz hissettiği zaman
7. Endişeli hissettiğim zaman
8. Egzersize ara vermeme neden olan hastalığın iyileşmesinden sonra
9. Egzersiz yaparken fiziksel rahatsızlık hissettiğim zaman
10. Tatil sonrasında
11. Evde yapılacak çok fazla işim olduğunda
12. Ziyaretçilerim (misafirlerim) olduğunda
13. Yapacak daha ilginç bir şeyler olduğu zaman
14. Egzersiz hedefime ulaşamamışsam
15. Aile ya da arkadaşlarımdan destek almıyorsam
16. Tatil süresince
17. Başka zaman kısıtlamalarım olduğunda
18. Aile problemleri yaşadığıktan sonra

EK 3 : Egzersiz Yararları Engelleri Ölçeği

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.Egzersizden hoşlanırım				
2.Egzersiz stres ve gerilim duygularımı azaltır.				
3.Egzersiz akıl sağlığımın gelişimini sağlıyor.				
4.Egzersiz çok fazla zamanımı alır.				
5.Egzersiz yaparak kalp krizlerini önleyebilirim.				
6. Egzersiz beni yoruyor.				
7. Egzersiz kas gücümü artırır.				
8. Egzersiz bana kişisel başarı hissi verir.				
9. Egzersiz yerleri çok fazla uzak				
10.Egzersiz bana gevşediğimi hissettirir				
11.Egzersiz yaparken arkadaşlarım ve sevdiklerimle birlikte olabilirim.				
12. Egzersiz benim için çok sıkıcı				
13.Egzersiz yapma beni yüksek tansiyondan korur.				
14. Egzersiz çok fazla paraya mal olur.				
15.Egzersiz yapmak fiziki zindeliğimi artırır.				
16.Egzersiz yapılan tesislerin programı bana uygun değil				
17. Egzersiz kas kitlemi artırır.				
18. Egzersiz yapmak kalp-damar sistemimin işlerliğini artırır.				
19.Egzersizden yorulurum.				
20.Egzersiz yapmak bana keyif verir.				

21.Eşim (ya da önemli başka biri) egzersiz yapmayı teşvik etmez				
22.Egzersiz dayanıklılığımı arttırır				
23.Egzersiz esnekliğimi arttırır				
24.Egzersize ailemden daha çok zaman ayırıyorum.				
25. Egzersiz mizacımlı geliştirilir				
26. Egzersiz yapmam geceleri daha iyi uyumama yardımcı olur.				
27. Egzersiz yaparsam daha uzun yaşarım				
28. Egzersiz kıyafetleri içindeki insanların komik göründüğünü düşünürüm				
29. Egzersiz yorgunluğumu alır				
30. Egzersiz yapma yeni insanlarla tanışmam için iyi bir yoldur				
31. Fiziksel dayanıklılığım egzersiz yapma ile arttı				
32.Egzersiz yapma benlik kavramımı geliştirir				
33. Aile üyelerim egzersiz yapmak için beni teşvik etmez				
34.Egzersiz yapma zihinsel uyanıklılığımı arttırır				
35.Egzersiz normal aktivitelerimi yorulmadan sürdürmemi sağlar				
36. Egzersiz çalışmamın kalitesini arttırır				
37.Egzersiz aile sorumluluklarımdan daha fazla zaman alır				
38.Egzersiz benim için bir eğlencedir				
39.Egzersiz başkaları tarafından kabul edilmemi sağlar.				
40. Egzersiz zor iştir				
41. Egzersiz tüm vücut fonksiyonlarımı düzeltir.				
42. Egzersiz yapabilmem için çok az yer var.				
43. Egzersiz vücut görünümümü geliştirme yoludur.				

EK 4 : Gönüllülerin Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması Protokolü Onam Formu

Değerli Katılımcılar,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi olan Havva Şule KARAKULLE, ‘Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Öz-yeterlilik Düzeyleri ve Egzersize İlişkin Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi’ başlıklı bir yüksek lisans tez çalışması planladı.

Araştırmaya katılım gönüllülük ilkesi doğrultusunda olup, dilediğiniz durumda ve vakitte araştırmadan herhangi bir gerekçe belirtmeden çekilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmaya katılabilmeniz için çalışma katılımcısından hiçbir ücret istenilmeyecek ve katılımcıya ücret ödemesi olmayacaktır. Araştırmanın yürütülmesi aşamasında ve araştırma yayımlandığı aşamada katılımcı gizliliği sağlanacaktır. Araştırma katılımcılarının kimliği gizli kalacaktır. Sadece etik kurullar ve resmi makamlar verilere ulaşabilecektir. Bahsi geçen çalışma kapsamında yapılmış olan açıklamaları tüm ayrıntısıyla anladığımı beyan etmekteyim. Kendi kendime bir süre düşünüp bahsi geçen araştırma projesine katılımcı olmaya ve çalışmada yer almaya karar verdim.

Havva Şule KARAKULLE

EK 5 : Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni (No:Karar2021/22-3)



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 16-100

01.12.2021

Sayın Doç. Dr. Selda ARSLAN

Sorumlu araştırmacı olarak yürüteceğiniz "Akut Koroner Sendromlu Hastaların Egzersiz Özyeterlilik Düzeyleri ve Egzersize İlişkin Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi" başlıklı proje ile ilgili kurulumuza yaptığınız etik kurul başvurusu görüldü. Kurulumuzun 01.12.2021 tarih ve 2021/16-100 sayılı kararıyla, çalışmanın bilimsel etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek lisans Öğrencisi Havva Şule KARAKULLE

Prof. Dr. Emine GEÇKİL

Sağlık Bilimleri Bilimsel
Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı



NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES SCIENTIFIC RESEARCH ETHICS BOARD
ETHICS BOARD DECISION FORM

Ethics Committee Date and Decision Number	Date: 01.12.2021 Decision Number:16/100
Title of the Study	Examination of Exercise Self-Efficacy Levels and Benefits/Barriers Perceptions of Exercise in Patients with Acute Coronary Syndrome
Responsible Researcher	Associate Professor Selda ARSLAN
Assistant Researchers	Master Degree Student Havva Şule KARAKULLE
Ethics Committee Decision	Majority of votes <input type="checkbox"/> Consensus <input checked="" type="checkbox"/> Approval <input checked="" type="checkbox"/> Correction * <input type="checkbox"/> Rejection** <input type="checkbox"/>
Corrections Requested by the Ethics Committee During Re-Application*	
If rejected, reasons **	

Prof. Emine GEÇKİL
Head of Ethics Committee

EK 6 : Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden
Kurum İzni (No:Karar2021/22-3)



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : E-14567952-900-127235
Konu : Tez Çalışması Hk.

10.12.2021

Sayın Havva Şule KARAKULE

İlgi : 09.12.2021 tarihli dilekçeniz..

İlgi tarihli dilekçenize istinaden, "Akut Kroner Sendromlu Hastaların Öz-Yeterlilik Düzeyleri ve Egzersize İlişkin Yarar / Engel Algılarının İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızı Hastanemiz Kardiyoloji Yoğun Bakım Servisinde Gerçekleştirmeniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0MZ1-EBLE-0LT7

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Hocacıhan Mahallesi Sultan Abdülhamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya

Telefon No : 0332 223 60 01

e-Posta :

Fax No :

İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgi İçin : H.Pınar Üstün

Sekreter

Telefon No 0332 223 60 01



EK 7 : Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeği(EÖYÖ) Kullanım İzni

Merhabalar Fisun Şenuzun Hocam;
Ben Necmettin Erbakan Üniversitesinde iç hastalıkları anabilim dalında yüksek lisans öğrencisi Havva Şule Karakulle. Tez dönemimdeyim. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Öz-yeterlilik Düzeyleri ve Egzersize İlişkin Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi-Examination of Exercise Self-Efficacy Levels and Benefit/Barriers Perceptions of Exercise in Patients with Acute Coronary Syndrom başlıklı çalışmam için geçerlilik ve güvenilirlik tez çalışmasını yapmış olduğunuz Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum.
İyi günler,
Havva Şule Karakulle

Fisun Şenuzun Aykar 17 Kas 2021
alıcı: ben v

Sevgili Havva,

Öncelikle çalışmalarında başarılar diler, Egzersiz Öz Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe versiyonunun kullanılmasında bir sakınca olmadığını bildiririm.

EK 8 : Egzersiz Yararları/Engelleri Ölçeği(EYEÖ) Kullanım İzni

Merhabalar Tülay Ortabağ Hocam;
Ben Necmettin Erbakan Üniversitesinde iç hastalıkları anabilim dalında yüksek lisans öğrencisi Havva Şule Karakulle. Tez dönemimdeyim. Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Egzersiz Öz-yeterlilik Düzeyleri ve Egzersize İlişkin Yarar/Engel Algılarının İncelenmesi-Examination of Exercise Self-Efficacy Levels and Benefit/Barriers Perceptions of Exercise in Patients with Acute Coronary Syndrom başlıklı çalışmam için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz Egzersiz Engelleri/Yararları Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum.
İyi günler,
Havva Şule Karakulle

Tulay Ortabağ 1 Kas 2021

alıcı: ben v



Merhaba Şule
Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.
Kolaylıklar diliyorum Başarılı bir tez çalışması olur umarım
Sevgiler

1 Kas 2021 Pzt, saat ÖS 4:57 tarihinde Şule