

Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve Öz Yeterlik

Adaptation and Self-Efficacy in the Management of Coronary Heart Diseases

Selma Turan Kavradım, Zeynep Özer

Öz

Koroner kalp hastalığı mortalite ve prevalansın yüksek olması nedeniyle tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki kısıtlılıklar bireylerin yaşam kaliteleri ve öz yeterlik algılarını olumsuz yönde etkilemekte, tedaviye uyumu güçleştirmektedir. Günümüzde koroner kalp hastalığında risk faktörlerinin kontrol edilmesine yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin önemi vurgulanmaktadır. Yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirme ve uyumu sağlamada "öz yeterlik kavramı" önemli bir yere sahiptir. Öz yeterlik "kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alınca kadar sürdürebileceğine olan inanç olarak" tanımlanmaktadır. Sağlık personeli tarafından uygulanan kanıta dayalı girişimlerin taburculuk sonrası komplikasyonları azaltma, yaşam kalitesi ve öz yeterlik düzeylerini artırma ve yaşam tarzı değişikliğine uyumu sağlamada etkili olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Öz yeterlik, uyum, yaşam tarzı, koroner hastalıklar.

Abstract

Coronary heart disease is an important health problem all over the world because of its high mortality and prevalence. Physical, social, psychological and occupational constraints affect individuals' quality of life and self-efficacy perceptions negatively and make the adaptation to treatment very difficult. Today, the importance of lifestyle changes is emphasized to control risk factors in coronary heart disease. The concept of "self-efficacy" has an important place in achieving and adapting lifestyle changes. Self-efficacy is defined as "the belief that one can initiate an action that can be effective on what is happening around him or her and continue until the outcome is achieved". It is seen that the evidence-based interventions implemented by health personnel are effective in reducing post-discharge complications, increasing the quality of life and self-efficacy levels, and adapting to lifestyle changes.

Key words: Self-efficacy, compliance, life style, coronary diseases.

KORONER kalp hastalığı dünyada ve ülkemizde morbidite ve mortalitesi yüksek önemli sağlık sorunlarından biridir (Storm ve ark. 2016). Dünyada her yıl 7 milyondan fazla kişi koroner kalp hastalığı nedeniyle ölmekte ve bu durum tüm ölümlerin % 12.8'ini oluşturmaktadır (WHO 2015). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (Onat 2017) çalışmasında Avrupa ülkelerinde yıllık ölüm oranı 45-74 yaş kesiminde erkeklerde binde 2 ile 8, kadınlarda binde 0.6 ile 3 arasında bildirilmiştir. Ülkemizde

aynı yaş kesiminde bu oran binde olarak erkeklerde 7.6, kadınlarda 3.8 bulunmuştur (Onat 2017). Koroner kalp hastalığı, geniş ölçüde yaşa ve cinsiyete bağlı olarak değişmektedir. İlerleyen her on yaş, hastalığa yakalanma riskini 2 kat artırmaktadır. Erkeklerde kadınlardan yaklaşık 7 yaş erken başlamakta ve daha sık görülmektedir (Go ve ark. 2014).

Koroner kalp hastalığı tedavisinde temel amaç komplikasyonları ve kardiyak olayın tekrarlamasını önlemek, yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamaktır. Hastalık yönetiminde hastaların sürece katılımı, sağlık personelinin hastayla işbirliği yaparak ortak hedefler belirlemesi son zamanlarda tercih edilen bir görüştür (Jensen ve Petersson 2003, Hanssen ve ark. 2005, Uzun 2007, Eshah ve Bond 2009, Kep ve ark. 2013, Karmali ve ark. 2014). Hastalık risk faktörlerinin yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri Amerikan Kalp Birliği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından vurgulanmaktadır (Steg ve ark. 2012, Thygesen ve ark. 2012, Amsterdam ve ark. 2014, Go ve ark. 2014). Kardiyovasküler hastalık ölümlerinin %40.6'sından yüksek kan basıncı, %13.7'sinden sigara, %13.2'sinden kötü beslenme, %11.9'undan fiziksel aktivite yetersizliği ve %8.8'inden anormal kan glikoz düzeyinin sorumlu olduğu belirtilmektedir (Amsterdam ve ark. 2014). Risk faktörlerinden özellikle dislipidemi, hipertansiyon, obezite, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme ve sigara kullanımı sürekli artmaktadır. Bu risk faktörlerinin tümünün değiştirilebilir olduğu bilinmektedir. Ancak önlemek ve kontrol etmek için girişimlerin yetersiz olduğu bilinmektedir (Nichols ve ark. 2012, Amsterdam ve ark. 2014, Go ve ark. 2014, Sağlık Bakanlığı 2015, WHO 2015). Ayrıca hayat boyu süren alışkanlıkların kolay değiştirilemediği ve bu değişikliklerin gerçekleşmesinin uzun zaman alacağı belirtilmektedir (Jensen ve Petersson 2003, Hanssen ve ark. 2005, Eshah ve Bond 2009, White ve ark. 2010, Thygesen ve ark. 2012).

Koroner kalp hastalığı sonrası risk faktörlerinde azalma sağlamak amacıyla yaşam tarzında değişiklik hedeflenmekte olup, bu doğrultuda sekonder koruma programlarının uygulanmasına ilişkin sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Sevinç ve Eşer 2011). Ülkemizde yapılan araştırmalar hastaların sekonder korunma davranışlarının yeterli olmadığını göstermektedir. Kalp hastalıklardan korunmayla ilgili önlemlerin çok daha etkin hale getirilmesinin mutlak bir zorunluluk olduğu belirtilmektedir (Irmak ve Fesli 2005, Sevinç ve Eşer 2011).

Bu derleme sağlık profesyonellerinde koroner kalp hastalığında "öz yeterlik ve uyum" kavramına ilişkin farkındalık düzeyinin artmasına katkı sağlamak amacıyla güncel literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Derlemenin koroner kalp hastalığı olan bireylerin hastalığa ve girişimlere özgü öz yeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi, kanıta dayalı müdahaleler ile kardiyak öz yeterlik düzeyleri ve uyumu artırarak koroner kalp hastalığı risk faktörlerinin azaltılmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Koroner Kalp Hastalarında Yaşam Tarzı Değişikliğine Uyum

Koroner kalp hastalığı sonrası yaşam tarzı değişikliği ile komplikasyonlar, enfarktüs riski ve mortalite oranı azalmaktadır. Koroner kalp hastalıkları ölümlerinde görülen azalmanın %50'si risk faktörlerindeki değişiklikler ile ilişkilidir (Nichols ve ark. 2012). Yapılan çalışmaların sonuçları egzersiz programlarının ölüm oranını %20, sigarayı bırakmanın yeni bir enfarktüs riskini %50 ve bıraktıktan bir yıl sonra ölüm oranını %50, diyet değişikliğinin ve lipid düşürücü ilaçların kullanılmasının ise yeni bir enfarktüs

riskini %34, total ölüm oranını %30 azalttığını göstermektedir (Thygesen ve ark. 2012, Amsterdam ve ark. 2014, Go ve ark. 2014).

Önerilen yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmede zorluk yaşanma nedenleri arasında akut dönem sonrası hastaneden kısa sürede taburculuk (Eshah ve Bond 2009, Yan ve ark. 2014), tedavinin devamı, yaşam tarzı değişikliği ile ilgili konularda verilecek bilgilerin yeterli düzeyde olmaması ve hastaların verilen bilgileri duymaya hazır olmaması gelmektedir (Timmings ve Kalisz 2003, Jensen ve Petersson 2003, Irmak ve Fesli 2005, Yan ve ark. 2014). Bilgi eksikliğinin yanında korku ve belirsizlik duyguları da yaşam tarzı değişikliğinin gerçekleşmesini olumsuz yönde etkilemektedir (Jensen ve Petersson 2003, Eshah ve Bond 2009).

Koroner kalp hastalığı sonrası komplikasyonlarının önlenmesi, belirtilerinin azalması, ve psikososyal iyilik halinin devamını sağlamada uyumun önemi vurgulanmaktadır (Garnefski ve ark. 2009, Mierzyńska 2010, Tuomaala ve ark. 2012). Uyumun artması hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmeleri, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullarda yaşamlarına devam edebilmeleri ile yakından ilişkilidir (Kep ve ark. 2013, Karmali ve ark. 2014). Uyum, "insanın kendisinden, başkalarından veya çevresinden kaynaklanan talepler karşısında verdiği reaksiyon" olarak ifade edilmektedir. İnsan günlük yaşantıda bozulan dengelerin tekrar kurulabilmesi için birçok mekanizmaya sahiptir ve bu mekanizmaları geliştirme potansiyeli bulunmaktadır (Gençöz 1998). Genel anlamda sağlıklı uyumu düşündürebilecek durumlar yaşamı devam ettirebilmek, kendini ve çevrenin özelliklerini tanımak, farkına vardığı özelliklerini kullanmak ve gerek duyduğunda farklı özellikler geliştirme yolunda planlar yapmaktır (Duru 2008).

Bireylerin diyet uygulaması, fiziksel etkinliğinin artırılması, kilo verme gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakoterapi tedavisine devam etmesi hastalığa uyumunu göstermektedir (Beswick ve ark. 2005, Uzun 2007, Hacıhasanoğlu 2009, Kep ve ark. 2013). Hastanın sağlıklı bir yaşam tarzını benimseyip sürdürmeye isteksiz olması, yaşam tarzı değişikliğini nasıl yapacağı ile ilgili kararsızlık yaşaması, hasta uyumunu takip etmede yetersizlik uzun süreli uyumu zorlaştırmakta veya uyumsuzluğa neden olmaktadır (Hacıhasanoğlu 2009, White ve ark. 2010). Miyokard enfarktüsü geçiren kadınlar, yaşlılar ve sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde uyumun daha düşük olduğu belirtilmektedir (Beswick ve ark. 2005). Koroner kalp hastalıklarında kontrollere düzenli gitmemek, sigara içmek, fiziksel aktivite yetersizliği, fazla kalori alımı, yağ ve sodyumdan zengin diyet gibi sağlıksız alışkanlıkları sürdürmek yaygın ve önemli uyumsuzluk göstergelerindedir (Beswick ve ark. 2005, Uzun 2007, Hacıhasanoğlu 2009, Kep ve ark. 2013).

Uyumun artması hastaların aktif yaşamlarına tekrar dönebilmelerini, yaşamlarını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmelerini ve en iyi fiziksel, mental ve sosyal koşullara olanak sağlayacaktır (Kep ve ark. 2013, Karmali ve ark. 2014). Kardiyak rehabilitasyona yönelik yapılan girişimlerin hastaların uyumunu kolaylaştırdığı saptanmıştır (Beswick ve ark. 2005). Bu girişimler arasında yapılandırılmış hemşire hasta görüşmeleri, taburculuk sonrası erken dönemde yapılan görüşmeler, planlı eğitim programları, hastalara yazılan motivasyon mektupları, motivasyonel telefon görüşmeleri, telefonla izlem, ev ziyaretleri ve hastanın sağlık profesyoneli danışmanlığıyla kendini izlemesi yer almaktadır (Davies ve ark. 2010, Karmali ve ark. 2014). Sürekli ve yazılı olarak verilen eğitimin bireylerin hastalıklı ilgili farkındalığı, sorumluluğunun artmasına ve yaşam tarzı değişikliği yap-

masına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Beswick ve ark. 2005, Irmak ve Fesli 2005, Eshah ve Bond 2009, Taylor ve ark. 2010, Anderson ve Taylor 2014). Ayrıca hastalıkla ilgili kontrol duygusu ve algılanan semptomların yönetimine ilişkin taburculuk öncesi yapılan/planlanan uygulamalar, bireylerin rehabilitasyon programlarına uyumunu artırarak, yaşam tarzı değişikliğinin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır (Lau-Walker 2007).

Hastaların çevreye etkili bir şekilde uyum sağlamanın temelinde kendi duygularını, düşüncelerini ve davranışlarını yönetebilme yeteneğine sahip olmaları gelmektedir (Duru 2008). Hastalarının başetme mekanizmalarının güçlendirilmesinde ve uyumlarının artırılmasında anksiyete düzeylerinin azaltılması, davranış kalıplarının değiştirilmesi, psikososyal uyum düzeylerinin belirlenmesi ve psikososyal destek sağlanması yer almaktadır (Mierzyńska ve ark. 2010, Türkmen ve Çam 2013). Problemleri tanımlamanın, hastaların yaşadıkları engelleri ve kolaylıkları tartışmanın, gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunmanın, hastalar ile ortak ve gerçekçi hedefler belirlemenin ve belirlenen hedefe ulaşma durumunun değerlendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Keeling ve Dennison 1995, Daugherty ve ark. 2005, Hanssen ve ark. 2009, Leemrijse ve ark. 2012, Hawkes ve ark. 2013, Black ve ark. 2014). Tanı sonrası yaşam tarzı değişikliklerinin hastaya açıklanması ve bu değişikliklerin taburculuk öncesi tavsiye edilmesi gerekmektedir (Uzun 2007, Kep ve ark. 2013, Karmali ve ark. 2014). Ayrıca hastalara pozitif geri bildirimlerin verilmesinin, uygun olmayan başetme stratejileri yerine alternatif başetme stratejileri geliştirmenin, yeni hedeflerle ilgili planlamaların yapılmasının (Hawkes ve ark. 2013), hasta eğitiminde Teach-back metodunun kullanılmasının (Black ve ark. 2014), telefon görüşmesi sonunda özetleme yapmanın, yaşam tarzı değişikliği için hastaları cesaretlendirmenin (Hanssen ve ark. 2009), hastaların sorularının cevaplandırılmasının ve son olarak da bir sonraki görüşmenin planlanmasının hasta ile görüşmede önemli ilkeler olduğu belirtilmektedir (Keeling ve Dennison 1995, Daugherty ve ark. 2005, Leemrijse ve ark. 2012). Hastaların yaşam tarzı değişikliği yapmasını kolaylaştırmada aile üyelerinin de hastalar üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (Taylor 2003, Chen 2005, Eshah ve Bond, 2009, Voils ve ark. 2009, Lurie ve ark. 2015). Yapılan çalışmalarda teori odaklı girişimler ve öz yönetim sağlamanın da uyumu artırdığı saptanmıştır (Beswick ve ark. 2005, Irmak ve Fesli 2005). Ayrıca hastalık algısının sağlıkla ilgili davranışları etkilemesi nedeniyle incelenmesinin uyumu artırmada katkı sağlayabileceği düşünülmektedir (White ve ark. 2010, Whalley ve ark. 2011, Yan ve ark. 2014).

Koroner kalp hastalığı sonrası hastalar fiziksel değişikliklerin yanında çeşitli stresörler ve psikososyal güçlükler yaşamaktadır (Beswick ve ark. 2005, Tuomaala ve ark. 2012, Larsen 2013). Hastaların karşılaştıkları duygusal, ailesel, sosyal, mesleki ve cinsel sorunların çözümü, sağlık durumlarını kabul etme durumları ve yaşam tarzı değişikliklerine uyumda hastaların stres ve öfke ile başetme deneyimleri önemli bir etken olarak görülmektedir (Garnefski ve ark. 2009, Mierzyńska ve ark. 2010, Türkmen ve Çam 2012, Tuomaala ve ark. 2012). Başetme kavramı, insanların yaşamlarını devam ettiren karşılaştıkları güçlüklerle mücadele etme biçimleri veya yolları olarak açıklanmaktadır (Nordin ve ark. 2010). Başetme, insanın içsel ve dışsal isteklerini kontrol etmek için, bilişsel ve davranışsal çabalarda bulunarak hayatı tehdit eden durumlarda eylemlerine kararlı bir şekilde değer biçtiği, dinamik ve değişken bir süreçtir. Bu süreç başarılı ya da başarısız olarak hem mücadele talepleri hem de mücadele tarzlarını içermektedir (Lazarus and Folkman 1984, Snyder ve Crowson 1998).

Stresli olayları 'tehdit'ten çok 'değişiklik' olarak değerlendiren bireylerin başetmeyle

ilgili çeşitli stratejileri tanımladığı görülmektedir. Bunlardan problem odaklı başetme, tanımak, analiz etmek ve stres olaylarının sebebini araştırmak, problemi yaratan olayları planlı bir biçimde ortadan kaldırmak veya problemleri çözmek, amaç edinmek, oto-kontrolü artırmak için yeni teknikleri iyi bilmek, sorumluluğunu kabul etmek olarak açıklanmaktadır. Problem odaklı başetme, tehdit edici olayı ortadan kaldırmak veya onun etkisini azaltmak biçiminde problem çözüme yolları üzerinde odaklanma etkinliklerini içermektedir (Lazarus ve Folkman 1984, Snyder ve Crowson 1998, Genç 2005). Duygu odaklı başetme ise, kaçma-kaçınma, inkâr, sorundan uzak durma, kaçınmacılık, sosyal destek arama, yüzleştirici başa çıkma, kuruntulu düşünme, zihinsel anlamda sorunla meşgul olmama gibi eğilimlerdir. Duygu odaklı başetme stratejisi doğrudan bir problemin çözümüne yöneltilmemiştir. Kişilerin duygularını düşünerek ya da yaparak süreçlendirmesini ifade etmektedir (Lazarus ve Folkman 1984, Snyder ve Crowson 1998, Genç 2005). Koroner kalp hastalığı sonrası hastaların gösterdiği olumlu başetme deneyimleri arasında durumun kabulü ve düşüncelerin kontrolü, aile üyeleriyle paylaşımında bulunma, geleceğe odaklanma ve tutarlı davranışlar gösterme yer almaktadır. Olumsuz başetme deneyimleri arasında ise durumun ciddiyetinin reddi ve duygusal tükenme, utanç ve suçluluk duygusu, güvensizlik, depresif ve hastalık merkezli davranışlar yer almaktadır (Tuomaala ve ark. 2012).

Psikososyal faktörlerle artmış kardiyovasküler hastalık riski arasındaki bağlantının mekanizmaları daha sık sigara içmek, sağlıksız yiyecek seçimi ve daha az fiziksel egzersiz, artan sağlık hizmeti kullanımı, davranış değişikliği önerilerine ve ilaçlara daha az uyum olarak belirtilmektedir (Garnefski ve ark. 2009, Mierzyńska ve ark. 2010, Tuomaala ve ark. 2012, Türkmen ve Çam 2012). Düşük sosyoekonomik düzey, sosyal destek eksikliği, iş stresi, aile yaşamında depresyon, anksiyete ve D tipi kişilik hastaların klinik seyrinin kötüleşmesinde neden olmaktadır (Nichols et al. 2012). Ayrıca, depresyon ve kronik stresi olan kişilerde hipotalamo-pituiter aksta ve diğer endokrin belirteçlerde de değişiklikler görülmektedir. Bu değişiklikler hemostatik ve enflamatuvar süreçleri, endotel işlevlerini ve miyokard perfüzyonunu etkilemektedir (Nichols et al. 2012). Stres yönetiminin bu koşullarda yararlı olduğuna dair kanıtlar literatürde belirtilmiştir (Mierzyńska ve ark. 2010, Tuomaala ve ark. 2012, Thygesen ve ark. 2012).

Koroner Kalp Hastalıklarında Öz Yeterlik

Koroner kalp hastalığı sonrası bireylerin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, hastalık algısı ve hastalık sonrası emosyonel zorlanma, yeterlik-değerlilik duygusunda zedelenme ve kayıp tepkisine yol açabilmektedir (Beswick ve ark. 2005, Tuomaala ve ark. 2012, Larsen 2013). Hastalık sonrası iyileşme veya kardiyak olayın tekrarlamasının bireyin klinik durumu ve birçok psikososyal faktörle ilişkili olduğu düşünülmekle birlikte; "öz yeterlik" kavramının iyileşme üzerinde önemli bir rolünün olduğu görülmektedir (Fors ve ark. 2015). Araştırmalar bireylerin öz yeterliklerine inanmalarının yaşam tarzı değişikliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Katch ve Mead, 2010, Sullivan ve ark. 1998, Phillips 2014, Fors ve ark. 2015). Bunun nedeni "algılanan öz yeterliğin" davranışsal seçimleri etkilemesidir (Bandura 1977). Öz yeterlik korkulan ve kaçınılan davranış değişikliğinin merkezinde yer alan önemli bir kavram olarak görülmektedir (Bandura 1977). Öz yeterlik kavramı birçok farklı alanlarda olduğu gibi sağlık alanına da uyarlanmıştır. Ülkemizde öz yeterliği ölçmeye yönelik yapılan çalışmaların çoğunlukla okul başarısı üzerine odaklandığı görülmektedir (Özgen ve Bindak 2011,

Akgün 2013). Öz yeterliği artırmayla ilgili stratejilerin kronik hastalık yönetiminde, özellikle yaşam tarzı değişikliği gerektiren koroner kalp hastalarının yönetiminde etkili olduğu son zamanlarda önemle vurgulanmaktadır (Marks ve ark. 2005, Sarkar ve ark. 2007).

Öz yeterlik kavramı, insan davranışının önemli bir belirleyicisi olarak sosyal-bilişsel kuramcı Bandura tarafından tanımlanmış ve daha sonra da bu kavramı ele alan pek çok kuramsal ve deneysel çalışma yapılmıştır (Bandura 1994, Sullivan ve ark. 1998, Sarkar ve ark. 2007, Zotti ve ark. 2007, O'Neil ve ark. 2013, Fors ve ark. 2015). Öz yeterlik, "kişinin çevresinde olup bitenler üzerinde etkili olabilecek biçimde bir edimi başlatıp sonuç alınca kadar sürdürebileceğine olan inanç" olarak tanımlanmaktadır (Bandura 1994). Öz yeterlik kavramı, bir eylemin planlanması, gerekli becerilerin farkında olunması ve örgütlenmesi, zorluklarla birlikte elde edilecek kazançların gözden geçirilmesi sonucunda oluşan güdülenme düzeyi gibi öğelerden oluşmaktadır (Kurbanoglu 2004, Yıldırım ve İlhan 2010, Kaya 2013). Davranış değişimi ve sürdürülmesinde önemli bir kavram olarak görülen öz yeterlik kavramı, bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim süreci olmak üzere dört temel süreci içermektedir (Bandura 1994). Ayrıca öz yeterlik performansla ilgili farklı boyutlar içermektedir. Yapılacak olan davranışların özellikleri farklı bireylerde farklı öz yeterlik boyutları gösterebilmektedir. Öz yeterlik performans-taki zorluk veya kolaylığına bağlı olarak büyüklük, yaygınlık ve güç gibi boyutlarla davranışı etkileyebilmektedir (Bandura 1997).

Öz Yeterlik Kaynakları

Bandura'ya göre insan işlevselliği, bireyin kendi bilişi, duyguları, davranışları ve çevresel etmenler arasındaki etkileşimin bir sonucudur. Birey kendi davranışlarını gözleyip, kendi ölçütleriyle karşılaştırarak yargıda bulunup, gerekli durumlarda davranışlarını ölçütlerine uygun hâle getirmektedir (Bandura 1977, 1994). Öz yeterlik algısını etkileyen ve artırırda özgül yaklaşımlar sağlayan öz yeterlik kaynakları kişisel deneyimler, başkalarının deneyimlerinden çıkarılan sonuçlar, sosyal/sözel ikna, kişinin fizyolojik ve duygusal durumu olarak dört başlık altında belirtilmektedir (O'Leary 1985). Öz yeterlik kaynakları Şekil 1'de yer almaktadır.

a. Kişisel Deneyimler

Öz yeterlik duygusunu güçlendirme ve davranış değişiminde kişisel deneyimlerin kullanılması en etkili yöntemdir (Bandura 1994, Kurbanoglu 2004, Carrol ve Rankin 2006, Jackson 2010). Çünkü bu deneyimler kişisel ustalık deneyimleridir. Başarılar kişisel ustalık deneyimlerini artırırken, tekrarlayan başarısızlık ve hayal kırıklıkları kişisel deneyimleri olumsuz etkiler (Bandura 1977). Öz yeterlik düzeyi güçlendikçe ve başarılar tekrarladıkça, başarısızlıkların negatif etkisi de azalmaya başlar. Aslında başarısızlıkların üstesinden gelmek, bireylerin daha sonra motivasyonunu güçlendirerek engeller karşısında sürekli çaba göstermesini sağlar. Başarısızlığın öz yeterlik üzerindeki etkisi, meydana geldiği zaman ve deneyim örüntülerine bağlı olarak değişmektedir (Bandura 1977). Eğer birey sadece kolay başarıları deneyimlediyse, bu alandaki deneyim eksikliği nedeniyle cesaretleri kolayca olumsuz etkilenebilir (Bandura 1994).

b. Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar

Bireyler öz yeterlik seviyeleriyle ilgili sadece kişisel deneyimlerine güvenmezler (Bandura 1977). Öz yeterlik duygusunu oluşturmanın veya güçlendirmenin bir diğer yolu toplumsal olaylarla ilgili dolaylı olarak yaşanan deneyimlerin kullanılmasıdır (Bandura

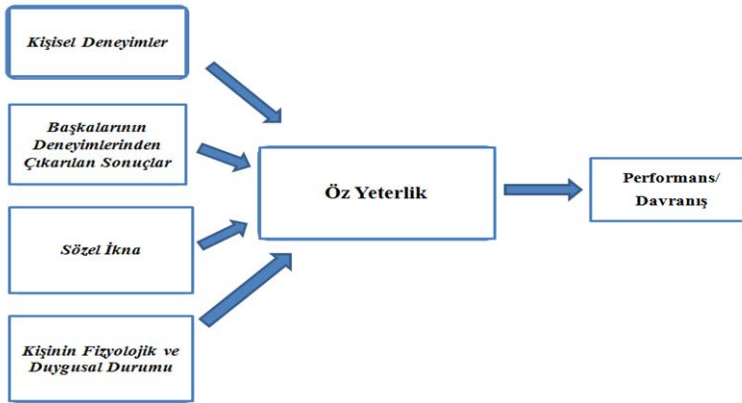
1994). Bu yöntem modelleme olarak da bilinir. Başkalarının yaşadığı deneyimlerin kullanılması, kişinin kendini başkalarıyla karşılaştırma sürecini başlatır (Du ve ark. 2011). Kendilerine benzer insanların başardığını görmek, gözlemcilerin başarılı olmaya yönelik inanç ve yeteneklerinin artmasını sağlar (Bandura 1994). Bireyler "eğer başkaları yapabiliyorsa, bunu ben de başarabilirim" düşüncesiyle performanslarında bir gelişme sağlamak amacıyla kendilerini ikna edebilirler. Model alınan karakterle benzerlik, bireysel uyumu artırarak modelleme etkinliğini artırır (Bandura 1977).

c. Sözel İkna

Başarılı olma yolunda üçüncü yöntem olan sözel ikna yöntemi, bireyin inançlarını güçlendirmede kullanılabilir (Bandura 1994). İnsan davranışlarını değiştirme ile ilgili girişimlerde geniş ölçüde tercih edilen ve kolaylıkla kullanılabilen bir yöntemdir (Bandura, 1997). İkna edici tutum başarıya ulaşmada becerilerinin gelişimini ve kişisel etkinlik duygusunu teşvik etmeyi sağlar. Fakat gerçekçi olmayan ikna yöntemlerinin kullanımı, bireyin çabaları üzerinde hayal kırıklığına sebep olabilir (Bandura 1994). Öz yeterliğin korunması ve geliştirilmesinde davranışla ilgili verilen olumlu geribildirimler tercih edilebilir (Du ve ark. 2011).

d. Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu

Son olarak öz yeterliği güçlendirmede kişinin fizyolojik ve duygusal durumu da yeteneklerini değerlendirme ve süreçle ilgili karar vermede etkili olarak görülen yöntemlerden biridir. Örneğin birey tarafından yaşanan stres, kötü performansın bir işareti olarak yorumlanabilir. Fizyolojik yeteneklerin güç ve dayanıklılık içeren etkinliklerle öncelikli olarak değerlendirilmesi, öz yeterliğin bu alanda uygulanabilirliğini belirler. Duygu durumu da ayrıca bireylerin kişisel yeterliklerine karar vermede etkilidir (Bandura 1994).



Şekil 1. Öz yeterlik kaynakları (Bandura 1977)

Öz yeterliğin bireylerde artırılmasının ve yaşam tarzı değişiklikleriyle paralel değerlendirilmesinin kardiyak rehabilitasyon üzerinde faydalı olabileceği yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır (Berkhuysen ve ark. 1999, Sarkar ve ark. 2007, Zotti ve ark. 2007, Woodgate ve Brawley 2008, Katch ve Mead 2010, Sol ve ark. 2011). Öz yeterlikle ilgili yapılan çalışmalar, öz yeterlik düzeyinin artmasının kardiyovasküler risk faktörlerini

azalttığını, davranışlarla ilgili öz yönetimi, psikososyal iyilik halini ve yaşam kalitesini artırdığını göstermektedir (Sullivan ve ark. 1998, Zotti ve ark. 2007, Fors ve ark. 2015). Dolansky ve arkadaşları (2011) kardiyak sorunu olan hastalarda taburculuk sonrası 6 haftalık süre boyunca yaptıkları kardiyak rehabilitasyon programının, girişim grubu egzersiz öz-yeterliğini kontrol grubuna göre artırdığını göstermiştir. Sol ve arkadaşlarının (2011) kardiyovasküler hastalığı olan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada verilen eğitimin öz yeterliğin artmasına katkı sağladığı, fiziksel aktivite ve diyet üzerinde faydalı olduğu ancak sigara ve alkol kullanımı üzerinde fayda sağlamadığı görülmüştür. LaPier ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da koroner kalp hastalığı nedeniyle hastanede yatan 50 hastanın fiziksel aktivite ve öz yeterlik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada egzersiz öz yeterlik düzeyleri ile sağlık davranışlarını benimseme, uyumu artırma arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (LaPier ve ark. 2009).

İnsanlar tehdit edici durumlarla karşılaştıklarında, bu durumun başatme yeteneklerinin çok üstünde olduklarını düşünerek korku ve kaçınma eğilimi içerisine girmektedir (Bandura 1977). Koroner kalp hastalığı ile karşı karşıya kalan hastaların bazıları da hastalıklarını inkar etmekte, dolayısıyla öz yeterlik algıları olumsuz yönde etkilenmekte ve tedaviye uymaları güçleşmektedir (Gleeson 1991, Güneş ve ark. 2002, Ilić ve Apostolović 2002, Katch ve Mead 2010). Öz yeterlik kavramının bireylerin engellerle yüz yüze geldiğinde harcadığı çaba, engeller karşısında dayanma veya ısrar edebilme ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Bandura 1977). Tek başına öz yeterlik davranış seçiminde direkt etkili olmasa da, başlatılan başatme çabasını etkileyen önemli bir belirleyici olarak gösterilmektedir (Bandura 1977). Clark ve Dodge (1999) öz yeterliği hastalık yönetimiyle ilgili davranışların bir öncüsü olarak ifade etmiştir. Kalp hastası olan 570 yaşlı hastanın hastalık yönetim davranışlarının hem 4 ve hem de 12 aylık süreçte ilaç kullanımı, yeterli düzeyde egzersiz, stres yönetimi ve önerilen diyetle uyum üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Clark ve Dodge 1999).

Yapılan çalışmalarda çeşitli hasta gruplarında artmış öz yeterlik ve öz yönetim davranışı ile yeterli ilaç kullanımı (Brus ve ark. 1999) yorgunluk, ağrı, nefes darlığı, stres gibi hastalık belirtileri ve egzersiz üzerinde fayda sağlandığı görülmüştür (Lorig ve ark. 2001). Kang ve Yang (2013) çalışmasında koroner kalp hastalığı sonrası hastalıkla ilgili verilen bilgilerden ziyade hastalık algısına ilişkin faktörlerin kardiyak öz yeterlik üzerinde daha olumlu etkiler bıraktığı görülmüştür. Bu bulgular, koroner arter hastalığı olan hastaların kardiyak öz-verimliliğini artırmak için hemşirelik müdahaleleri geliştirmede teorik bir temel sağlayabilir (Kang ve Yang 2013). Öz yeterlik kronik hastalığı olan bireylerde çeşitli girişimlerle artırılabilir (Bandura 1997). Öz yeterliği artırmada başarılı görülen çeşitli stratejiler Tablo 1'de yer almaktadır.

Hastalara özel bireyselleştirilmiş programlar geliştirme, hastaların kendilerinde var olan başarılarını tanımlama ve güçlendirme, önemli olan aile üyeleri ve arkadaşların bakıma katılımını sağlama, kişisel yeteneklerin birey tarafından değerlendirilmesini artırma, benzer olayları yaşayanların baş etme mekanizmalarını gözlemlemelerini sağlama öz yeterliği artırmada etkili olabileceği düşünülen yöntemlerdir. Ayrıca çeşitli öğrenme stratejileri kullanmanın ve öz yönetim stratejilerini küçük adımlarla artırmanın da yararlı olduğu görülmektedir (Marks ve ark. 2005). Ayrıca öz yeterliği artırmada ve olumsuz davranış değiştirme deneyimlerini olumluya çevirmede gerçekçi hedefler belirleme ve önerilen davranışları hastanın kendisinin izlemesi, pozitif bir sonuçlanım elde etmede temel yöntemdir. Böylece, seçilen davranışta hastanın kendi başına elde ettiği

etkililik artacak ve hastaların yeni hedefler belirlemesine olanak sağlayacaktır (Graham ve ark 2007, Woodgate and Brawley 2008).

Tablo 1. Öz yeterliği artırma stratejileri (Marks ve ark. 2005)

Bireyselleştirilmiş programlar geliştirme
Çeşitli öğrenme stratejileri kullanma (tartışma, beyin fırtınası, hedef belirleme, modelleme)
Birey için önemli olan eş ve aile üyeleri gibi kişilerin bakıma katılımını sağlama
Egzersiz, gıda seçimi, kilo kontrolü, korku, depresyon ve anksiyete ile ilgili öz yönetim stratejilerini küçük adımlarla artırma
Hastalıkla ilişkili duygusal ve fizyolojik tepkiler, karar verme, gerekli bilgi ve beceri, problem çözme gibi yeteneklerin birey tarafından değerlendirilmesini artırma
İstenilen değişikliklere ulaşabilmek için cesaret, ikna gibi doğrudan veya dolaylı destek sistemlerini kullanma
Eğitilmiş eğitmenler, detaylı kılavuzlar ve çok bileşenli öğretim stratejileri kullanma
Hem bireysel hem de küçük grup müdahale yaklaşımlarını kullanma
Hastanın şu an/geçmişte var olan başarılarını tanımlama ve güçlendirme
Benzer olayları yaşayan hastaların başarılı davranışları ve baş etme mekanizmalarını gözlemlemelerini sağlama
Hastanın çabaları için olumlu geribildirim sağlama ya da aile üyeleri ya da arkadaşlar gibi hastanın sosyal ağında olanları teşvik etme
Hastanın yeni sağlık davranışlarını benimsemesine yardımcı olma

Sonuç

Koroner kalp hastalığı bireylerde yaşam tarzı değişikliği gerektiren önemli bir sağlık sorunudur. Ülkemizde tanı sonrası hastaların kültürümüze özgü değer, inanç, tepki ve duygularının bütüncül tanımlanması ve baş etme mekanizmalarının güçlendirilerek uyum düzeylerinin yükseltilmesine gereksinim bulunmaktadır. Bireylerin öz yeterlik düzeylerinin artırılmasının yaşam tarzı değişikliklerine uyumunda kolaylık sağladığı görülmektedir (Sullivan ve ark. 1998, Katch ve Mead 2010, Fors ve ark. 2015). Hastalık sonrası bireylerin hastalığa ve girişimlere özgü öz yeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi ve kanıt dayalı müdahaleler ile kardiyak öz yeterlik düzeylerinin artırılmasının risk faktörlerinin azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kardiyoloji kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerinin temel amacı, bireylerin yaşadıkları kriz sonrası baş etmelerine yardımcı olmak, iyilik düzeylerini artırmak ve yaşam tarzı değişikliğine uyumu sağlamaktır. Kardiyak rehabilitasyonun fayda sağlamasında hastaların uyum ve öz yeterlik düzeylerinin değerlendirilmesi ve artırılmasının önemi yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır (Berkhusen ve ark. 1999, Sarkar ve ark. 2007, Zotti ve ark. 2007; Woodgate ve Brawley 2008, Katch ve Mead 2010, Sol ve ark. 2011). Bu araştırma sonucu elde edilen bilgilerin bakıma yansıtılarak, hastaların öz yeterlik, uyum düzeylerinin artırılmasına ve sağlık çalışanlarının koroner kalp hastalığı sonrası daha iyi bakım vermesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Akgün F (2013) Öğretmen adaylarının web pedagojik içerik bilgileri ve öğretmen öz-yeterlik algıları ile ilişkisi. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 3:48-58.
- Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE Jr, Ganiats TG, Holmes DR Jr et al. (2014) 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol, 64:e139-e228.

- Anderson L, Taylor RS (2014) Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*, 12:CD011273.
- Bandura A (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84:191-215.
- Bandura A (1994) Self-efficacy. In *Encyclopedia of Human Behavior* (Ed VS Ramachandran):71-81. New York, Academic Press.
- Bandura A (1997) *Self-efficacy: the Exercise of Control*. New York, W.H. Freeman.
- Berkhuysen MA, Nieuwland J, Buunk BP, Sanderman R, Rispens P (1999) Change in self-efficacy during cardiac rehabilitation and the role of perceived overprotectiveness. *Patient Educ Couns*, 38:21-32.
- Beswick AD, Rees K, West RR, Taylor FC, Burke M, Griebsch I et al (2005) Improving uptake and adherence in cardiac rehabilitation: literature review. *J Adv Nurs*, 49:538-555.
- Black JT, Romano PS, Sadeghi B, Auerbach AD, Ganiats TG, Greenfield S et al. (2014) A remote monitoring and telephone nurse coaching intervention to reduce readmissions among patients with heart failure: study protocol for the Better Effectiveness After Transition Heart Failure (BEAT-HF) randomized controlled trial. *Trials*, 15:124.
- Brus H, Van de LM, Taal E, Rasker J, Wiegman O (1999) Determinants of compliance with medication in patients with rheumatoid arthritis: the importance of self-efficacy expectations. *Patient Educ Couns*, 36:57-64.
- Carroll DL, Rankin SH (2006) Comparing interventions in older unpartnered adults after myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 5:83-92.
- Chen YJ (2005) The influence of physiological factors, psychological factors, and informal social support on hospital readmission in discharged patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Taiwan (Doctoral dissertation). Cleveland, OH, Case Western Reserve University.
- Clark NM, Dodge JA (1999) Exploring self-efficacy as a predictor of disease management. *Health Educ Behav*, 26:72-89.
- Davies P, Taylor F, Beswick A, Beswick A, Martin N, Ebrahim S (2010) Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*, 7:CD007131.
- Dolansky MA, Zullo MD, Boxer RS, Moore SM (2011) Initial efficacy of a cardiac rehabilitation transition program. *J Gerontol Nurs*, 37:36-44.
- Dougherty CM, Thompson EA, Lewis FM (2005) Long-term outcomes of a telephone intervention after an ICD. *Pacing Clin Electrophysiol*, 28:1157-1167.
- Du HY, Everett B, Newton PJ, Salamonson Y, Davidson PM (2011) Self-efficacy: a useful construct to promote physical activity in people with stable chronic heart failure. *J Clin Nurs*, 21:301-310.
- Duru E (2008) Uyum zorluklarını yordamada yalnızlık, sosyal destek ve sosyal bağlılık arasındaki ilişkilerin analizi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 8:833-856.
- Eshah NF, Bond E (2009) Cardiac rehabilitation programme for coronary heart disease patients: an integrative literature review. *J Nurs Pract*, 15:131-139.
- Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E (2015) The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14:536-543.
- Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Aarnink J, van der Heijden DJ, van Es SM et al (2009) Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression. *Behav Med*, 35:79-86.
- Genç F (2005). Kemoterapi alan akciğer kanserli hastalarda görülen semptomlar ve başağıkma tarzları (Yüksek lisans tezi). Erzurum, Atatürk Üniversitesi.
- Gençöz F. (1998) Uyum psikolojisi. *Kriz Dergisi*, 6(2):1-7.
- Gleeson B (1991) After myocardial infarction how to teach a patient in denial. *Nursing*, 21:48-55.
- Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ et al. (2014) Heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 129:e28-e292.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R et al. (2007) European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J*, 28:2375-2414.
- Güneş N, Sevim ME, Özden SY (2002) Akut miyokard enfarktüsü sonrası depresyon ve anksiyete sıklığı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 6:69-72.
- Hacıhasanoğlu R (2009) Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul*, 8:167-172.
- Hanssen TA, Nordrehaug JE, Hanestad BR (2005) A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 4:37-44.
- Hanssen TA, Nordrehaug JE, Eide GE, Hanestad BR (2009) Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with

- acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*, 18:1334–1345.
- Hawkes AL, Patrao TA, Atherton J, Ware RS, Taylor CB, O'Neil A et al. (2013) Effect of a telephone-delivered coronary heart disease secondary prevention program (proactive heart) on quality of life and health behaviours: primary outcomes of a randomised controlled trial. *Int J Behav Med*, 20:413–424.
- Ilić S, Apostolović S (2002) Psychological aspects of cardiovascular diseases. *Medicine and Biology*, 9:138–141.
- Irmak Z, Fesli H (2005) Sekonder koruma eğitim programının miyokard enfarktüsü geçiren hastaların bilgi düzeyine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2):14–25.
- Jackson D (2010) How personal trainers can use self-efficacy theory to enhance exercise behavior in beginning exercisers. *Strength Cond J*, 32(3):67–71.
- Jensen BO, Petersson K (2003) The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Educ Couns*, 51:123–131.
- Kang Y, Yang I (2013) Cardiac self-efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. *J Clin Nurs*, 22:2465–2473.
- Karmali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S (2014) Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*, 6:CD007131.
- Katch H, Mead H (2010) The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: a review of effective programs. *Patient Intell*, 2:33–44.
- Kaya C (2013) Gebelerde ebeveyn uyum desteği programının ebeveyn öz yeterlik algıları üzerine etkileri (Doktora tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
- Keeling AW, Dennison PD (1995) Nurse-initiated telephone follow-up after acute myocardial infarction: a pilot study. *Heart Lung*, 24:45–49.
- Kep AS, Kritpracha NC, Thanivattananon P (2013) Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review. *Nurse Media Journal of Nursing*, 3:541–556.
- Kurbanoğlu S (2004) Öz-yeterlik inancı ve bilgi profesyonelleri için önemi. *Bilgi Dünyası*, 5:137–152.
- LaPier TK, Cleary K, Kidd J (2009) Exercise self-efficacy, habitual physical activity, and fear of falling in patients with coronary heart disease. *Cardiopulm Phys Ther J*, 20(4):5–11.
- Larsen KK (2013) Depression following myocardial infarction—an overseen complication with prognostic importance. *Dan Med J*, 60(8):B4689.
- Lau-Walker M (2007) Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs*, 60:187–198.
- Lazarus RS, Folkman S (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer.
- Leemrijse CJ, van Dijk L, Jørstad HT, Peters RJ, Veenhof C (2012) The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial. *BMC Cardiovasc Disord*, 12:47.
- Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M (2001) Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*, 4:256–562.
- Lurie I, Myers V, Goldbourt U, Gerber Y (2015) Perceived social support following myocardial infarction and long-term development of frailty. *Eur J Prev Cardiol*, 22:1346–1353.
- Marks R, Allegante JP, Lorig KA (2005) A review and synthesis of research evidence for self-efficacyenhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract*, 6:148–156.
- Mierzyńska A, Kowalska M, Stepnowska M, Piotrowicz R (2010) Psychological support for patients following myocardial infarction. *Cardiol J*, 17:319–324.
- Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012) *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. Brussels, European Heart Network.
- Nordin M, Andersson L, Nordin S (2010) Coping strategies, social support and responsibility in chemical intolerance. *J Clin Nurs*, 19:2162–2173.
- O'Leary A (1985) Self-efficacy and health. *Behav Res Ther*, 23:437–451.
- O'Neil A, Berk M, Davis, J, Stafford L (2013) Cardiac-self efficacy predicts adverse outcomes in coronary artery disease (CAD) patients. *Health*, 5: -14.
- Onat A (2017) *Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. İstanbul, Logos Yayıncılık.
- Özgen K, Bındak R (2011) Lise öğrencilerinin matematik okuryazarlığına yönelik öz-yeterlik inançlarının belirlenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 11:1073–1089.
- Phillips P (2014) Telephone follow-up for patients eligible for cardiac rehab: a systematic review. *Br J Cardiac Nurs*, 9186–9197.
- Sağlık Bakanlığı (SB) (2015) *Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar daire başkanlığı*, Available

- from <http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20150325.html>. Access date 10.3.2015.
- Sarkar U, Ali S, Whooley MA (2007) Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosom Med*, 69:306–312.
- Sevinç S, Eşer İ (2011) Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların ikincil korunma davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19:135-144.
- Snyder CR, Crowson JJ (1998) Hope and coping with cancer by collage women. *J Pers*, 66 195-214.
- Sol GM, Graaf Y, Petersen R, Visseren F (2011) The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 10:180–186.
- Steg PG, James SK, Atar D, Badano LP, Blömmström-Lundqvist C, Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC) et al. (2012) ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J*, 33:2569-2619.
- Storm V, Dörenkämper J, Reinwand DA, Wienert J, Vries HD, Lippke S (2016) Effectiveness of a web-based computer-tailored multiple-lifestyle intervention for people interested in reducing their cardiovascular risk: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*, 18:e78.
- Sullivan MD, Lacroix AZ, Russo JR, Katon WJ (1998) Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosom Med*, 60:473-478.
- Taylor B (2003) Social support for patients after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil*, 23:413-414.
- Taylor RS, Dalal H, Jolly K, Moxham T, Zawada A (2010) Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev*, 1:CD007130.
- Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, White HD et al. (2012) Third universal definition of myocardial infarction. *Circulation*, 2012;126:2020-2035.
- Timmins F, Kaliszer M (2003) Information needs of myocardial infarction patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2:57–65.
- Tuomaala MS, Kurki A, Rekiaro M, Paavilainen E (2012) Coping experiences: a pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction—a grounded theory approach. *Nurs Res Pract*, 2012:674783.
- Türkmen SN, Çam MO (2012) Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda psikoeğitimin psikososyal uyum üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3):105-115.
- Uzun M (2007) Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyol Derg*, 7:298-304.
- Voils CI, Yancy WS Jr, Kovac S, Coffman CJ, Weinberger M, Oddone EZ et al. (2009). Study protocol: Couples Partnering for Lipid Enhancing Strategies (CouPLES) - a randomized, controlled trial. *Trials*, 10:10.
- Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Ebrahim S, Liu Z et al. (2011) Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 8:CD002902.
- White S, Bissell P, Anderson C (2010) Patients' perspectives on cardiac rehabilitation, lifestyle change and taking medicines: implications for service development. *J Health Serv Res Policy*, 15(Suppl 2):47-53.
- Woodgate J, Brawley LR (2008) Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation review and recommendations. *J Health Psychol*, 13:366–387.
- World Health Organization (WHO) (2015) WHO statistical information system. Available from: <http://www.who.int/whosis/en/>. Accessed date: 15.01.2015
- Yan J, You LM, Yang Q, Liu B, Jin S, Zhou J et al. (2014) Translation and validation of a Chinese version of the 8-item Morisky medication adherence scale in myocardial infarction patients. *J Eval Clin Pract*, 20(4):311-317.
- Yıldırım F, İlhan Ö, (2010) Genel özyeterlilik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg*, 21:301-308.
- Zotti AM, Balestroni G, Cerutti Ferrario SR, Angelino E, Miglioretti M (2007) Application of the general perceived self-efficacy scale in cardiovascular rehabilitation. *Monaldi Arch Chest Dis*, 68:178-183.

Selma Turan Kavradım, Akdeniz Üniversitesi, Antalya; **Zeynep Özer**, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Yazışma Adresi/Correspondence: Zeynep Özer, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Antalya, Turkey.

E-mail: zeynepcanli@akdeniz.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir. · No conflict of interest is declared related to this article.

Geliş tarihi/Submission date: 16 Temmuz/July 16, 2017 · **Kabul Tarihi/Accepted:** 13 Eylül/September 13, 2017
