T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serap ÜNSAR

SİGARA İÇEN AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARA UYGULANAN MOTİVASYONEL GÖRÜŞME YÖNTEMİNİN SİGARAYI BIRAKMA, ÖZ-ETKİLİLİK- YETERLİLİK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

(Doktora Tezi)

Filiz DİLEK

Referans no:10132781

EDİRNE –2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serap ÜNSAR

SİGARA İÇEN AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARA UYGULANAN MOTİVASYONEL GÖRÜŞME YÖNTEMİNİN SİGARAYI BIRAKMA, ÖZ-ETKİLİLİK- YETERLİLİK VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

(Doktora Tezi)

Filiz DİLEK

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE –2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında doktora öğrencisi Filiz DİLEK tarafından tez başlığı "**Sigara İçen Akut Koroner Sendromlu Hastalara Uygulanan Motivasyonel Görüşme Yönteminin Sigarayı Bırakma, Öz-Etkililik-Yeterlilik ve Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi**" olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **09/09/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **"Doktora Tezi"** olarak kabul edilmiştir.

İmza
Prof. Dr. Özgül EROL
JÜRİ BAŞKANI

İmza
Prof. Dr. Serap ÜNSAR
ÜYE (Danışman)

İmza
Prof. Dr. Necdet SÜT
ÜYE

İmza
Dr. Öğr. Üyesi İlknur METİN AKTEN
ÜYE

İmza
Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR
ÜYE

Yukardaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim sürecinde ve çalışma yaşantımda mesleki gelişimime katkı sağlayan, tez çalışmamda desteğini esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Serap ÜNSAR'a, tez izleme komitesinde yer alan ve çalışmanın her aşamasında beni destekleyen değerli öğretim üyeleri Prof. Dr. Özgül EROL'a ve Prof. Dr. Necdet SÜT'e, Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kardiyoloji birimi çalışanlarına, çalışmaya katılan hastalara ve bu süreçte yanımda olan aileme en içten duygularımla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

- **AKUT KORONER SENDROMLAR TANIMI VE SINIFLANDIRLMASI** 3
- **AKUT KORONER SENDROMLAR ETYOLOJİSİ** 3
- **AKUT KORONER SENDROMLARIN EPİDEMİYOLOJİSİ** 6
- **AKUT KORONER SENDROMLARIN FİZYOPATOLOJİSİ** 6
- **AKUT KORONER SENDROMLARDA BELİRTİ VE BULGULAR** 7
- **AKUT KORONER SENDROMLARDA TANI VE TEDAVİ** 8
- **AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA HEMŞİRELİK YÖNETİMİ** 9
- **AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA SİGARA KULLANIMI VE SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ** 14
- **MOTİVASYONEL GÖRÜŞME** 16
- **MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE HEMŞİRELİK** 18
- **ÖZ ETKİLİLİK -YETERLİLİK VE ANKSİYETE** 19

GEREÇ VE YÖNTEM 21

BULGULAR 38

TARTIŞMA 65

SONUÇ VE ÖNERİLER 78

ÖZET 82

SUMMARY 84

KAYNAKLAR 86

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ 100

ÖZGEÇMİŞ 102

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

AKS : Akut Koroner Sendrom

Ark : Arkadaşları

CRP : C-reaktif protein

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EUROASPIRE : European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce, Events

HDL : High-Density Lipoprotein

KAH : Koroner Arter Hastalığı

KVH : Kardiyovasküler Hastalıklar

LDL : Low-Density Lipoprotein

MG : Motivasyonel Görüşme

MI : Miyokart İnfarktüsü

NSTEMI : ST Yükselmesi Bulunmayan Miyokart İnfarktüsü

ÖYE : Öz-Etkililik-Yeterlilik

STEMI : ST Yükselmesi Bulunan Miyokart İnfarktüsü

TEKHARF : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

USAP : Unstabil Angina Pektoris

GİRİŞ VE AMAÇ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünyada mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir (1-4). Avrupa'da her yıl 4 milyon kişi KVH nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Ülkemizde TEKHARF 2012 verilerine göre Akut Koroner Sendroma (AKS) bağlı olarak gelişen 95.000 ölüm, yılda %32 mortaliteye denk gelmekte, 2017 verilerine göre prevalansı her iki cinsiyette artmaktadır (5-8).

Akut koroner sendrom (AKS) koroner damarlardaki aterosklerotik plağın yırtılması sonucu göğüs agrısı ve EKG değişiklikleri ile seyreden, akut miyokart iskemisi nedeniyle ortaya çıkan klinik bir durumdur. AKS erken müdahale ile önlenebilir ya da ilerlemesi durdurulabilir (9-11).

KVH'ların sıklığı ve mortalite oranlarında azalma sağlanabilmesi için sigara kullanımı gibi değiştirlebilir risk faktörlerinin kontrol altına alınması gerekmektedir (12-14). EUROASPIRE III çalışmasına göre Türkiye'de AKS sonrası sigara içme oranı %23.1' dir (15,16). Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da yapılan çalışmalar, koroner olay öncesinde sigara içen kişilerin yaklaşık yarısının koroner olay sonrasında da sigara içtiğini göstermiştir. İlk koroner olay sonrası sigarayı bırakmak yeniden hastaneye yatış hızı, mortalite oranını önemli ölçüde azaltmakta ve koroner olay risk artışı bırakmadan sonraki bir veya iki yılda %50 azalmaktadır (17,18). Önemi bilindiği halde koroner olay sonrası sigara polikiniklerine yönlendirme az ve hasta eğitimi yeterli düzeyde verilmemektedir (15,16). Sigara içen AKS'lu hastalara uygulanan sigara bırakma girişimlerinin, hasta hastanede yatarken başlaması ve taburculuk sonrası etkili görüşmeler planlanarak devam etmesi önerilmektedir (19). Bu

müdahaleler arasında kardiyolog tavsiyeleri, danışmanlık ve motivasyonel görüşme stratejileri yer almaktadır (13).

Motivasyonel görüşme (MG); hastaların kendi sorunlarını keşfetmelerine, çözmelerine destek olarak davranış değişikliği sağlamak amacıyla kullanılan yönlendirme ve danışan merkezli görüşme biçimidir (13,20,21). MG'de danışan kişinin enerjisi kullanılmalı ve değişime yönelik isteği ortaya çıkarılmalıdır (22). Soria ve ark.'larının (23) çalışmasında sigarayı bırakmada motivasyonel görüşmenin sigara bırakma tavsiyelerinden daha başarılı olduğu belirtilmiştir.

AKS sonrasında anksiyete görülme sıklığı yüksektir (24-26). Hastalarda anksiyetenin varlığı; tekrarlayan akut koroner olay sıklığını arttırmakta, yaşam kalitesinde azalma ve mortalitede artışa sebep olmaktadır. Anksiyeteli bireyler sigarayı bırakma konusunda daha fazla direnç ile karşılaşmaktadırlar (24,27).

Öz-etkililik-yeterlilik kişinin; nasıl düşüneceğini, hissedeceğini ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Kişinin belli bir eylemi başarıyla yapabilme yada olayları kontrol edebilme algısını ifade eder (28,29). Sigarayı bırakmada öz-etkililik-yeterlilik önemli bir etkendir. Okasha ve ark. (30) ''Kalp hastalarında sigarayı bırakmada motivasyonel görüşme'' adlı çalışmalarında sigara içen 120 hasta kontrol ve müdahale olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. MG yapılan grubun % 92'si kontrol grubunun ise %45' i sigarayı bırakmıştır. Çalışmada MG tekniğinin öz etkililiği artırıp, anksiyeteyi azaltarak sigarayı bırakmada hastaları destekleyeceği belirtilmiştir.

Tüm bu verilerden yola çıkarak bu çalışmanın amacı; sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin, sigarayı bırakma, öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete düzeylerine etkisinin belirlenmesidir. İlave olarak bu araştırmada öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete skorları arasındaki ilişki incelendi.

GENEL BİLGİLER

AKUT KORONER SENDROMLAR TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

Koroner arter hastalığı (KAH)' ndan ölüm oranı dünyada ve Türkiye'de birinci sırada yer almaktadır. KAH aterosklerotik plağın arter içinde tıkanıklığa veya daralmaya neden olması sonucu kalbe kan akışının kısmı ya da tam olarak kesilmesine bağlı olarak meydana gelmektedir (6,31-34). AKS; akut koroner arter hastalığın sonucunda akut şekilde ortaya çıkan ani miyokardiyal iskeminin belirti ve bulguları ile karakterize bir dizi sendromu içermektedir (31,33). KAH' a yol açan ateroskleroz kronik bir süreçtir ve sessiz bir dönemin ardından AKS olarak tanımlanan alevlenme dönemleri görülebilmektedir (6). AKS; kararsız angina pektoris (USAP), ST yükselmesi bulunmayan miyokart infarktüsü (NSTEMI) (Q-Dalgalı MI ve Q-Dalgasız MI) ve ST yükselmesi bulunan miyokart infarktüsü (STEMI) (Q-Dalgalı MI ve Q-Dalgasız MI) olarak sınıflandırılmaktadır (31,32,35). Kararsız angına pektoris ve NSTEMI normalde kısmen tıkanmış koroner arterden kaynaklanırken, STEMI tamamen tıkalı bir koroner arterden kaynaklanmaktadır (33).

AKUT KORONER SENDROMLAR ETYOLOJİSİ

KAH' nın en sık nedeni aterosklerozdur. AKS' lerin gelişmesinin önlenmesi açısından risk faktörlerinin tanınması önemlidir (31). AKS' de risk faktörleri tablo 1'de sunulmuştur (31,36-46).

Kontrol Edilemeyen Majör Risk Faktörleri

AKS gelişimi için yaş (Erkek ≥45; Kadın ≥55 yaş ve üzeri) en güçlü bağımsız risk faktörüdür. Erkek cinsiyette premenapozal dönemdeki kadınlar ile karşılaştırıldığında

yaklaşık olarak 10 yaş daha önce AKS gelişmektedir. Postmenepozal dönemde kadınlarda KAH riski artmakta ancak yaş gurupları arasında değerlendirildiğinde bu risk erkeklerden daha düşüktür. Hastanın özgeçmişi, birinci derece akrabalarında genç yaşta (Erkek < 55, Kadın <65 yaş) KAH veya başka bir arterosklerotik damar hastalığı öyküsü olması kontrol edilemeyen risk faktörleri arasında yer almaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda ırk ve etnik köken risk faktörü olarak belirtilmektedir (31,36-40).

Kontrol Edilebilen Majör Risk Faktörleri

Fizyopatolojik olarak kontrol edilebilen risk faktörleri, AKS gelişmesinde etkili olduğu kanıtlanmış diğer risk faktörleri ve yaşam şekli değişikliği ile kontrol edilebilir risk faktörleri olmak üzere üç grupta sınıflandırılmaktadır.

Fizyopatolojik olarak kontrol edilebilen risk faktörleri: Hipertansiyon endotel fonksiyonlarında bozulmaya yol açarak aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların %35' inden sorumludur. Kan basıncı kontrolü kardiyovasküler olaylar için primer ve sekonder korunmada önemli yer tutmaktadır. Total kolesterol, LDL (Low-Density Lipoprotein) kolesterol, trigiliseridlerin yüksek olması ve HDL (High-Density Lipoprotein) kolesterolün düşük olması aterosklerozun başlangıcında ve progresyonunda rol oynamaktadır. Diyabette sürekli hipergilisemi arteriyel inflamasyonu tetikleyerek AKS gelişme riskini arttırmaktadır (31,36,37,40,41).

AKS gelişmesinde etkili olduğu kanıtlanmış diğer risk faktörleri: Bağımsız bir risk faktörü olarak belirtilen serumda homosistein seviyesi yüksekliğinin diğer risk faktörleri ile birlikte hastalık oluşumunu belirginleştirdiği belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda homosistein plazma seviyesi azaltıldığında MI riskinin azaldığı gözlemlenmiştir. İnflamatuar ve hemostatik süreçte etkili olan C-reaktif protein (C- Reaktif Protein / CRP) düzeyindeki artış intersellüler adezyon molekülleri, homosistein ve fibrinojen seviyelerinde artışa yol açmaktadır. Pıhtılaşma bozuklukları risk faktörleri arasında yer almaktadır (31,36,37,42).

Yaşam şekli değişikliği ile kontrol edilebilir risk faktörleri:

Sigara: Sigara 4.000' den çok farklı kimyasalın etkisiyle ateroskleroz gelişiminde önlenebilir önemli bir risk faktörüdür. Glikoz intoleransı ve lipit profilinde değişime yol açarak KAH riskini artırmaktadır (43,44). Sigara, sempatik sinir sitemini uyararak kan

basıncını yükseltir ve miyokart oksijen sunumunu azaltır. Sigaranın içinde bulunan nikotin arteroskleroz oluşumuna katkı sağlamaktadır. Klinik çalışmalar sigaranın içinde bulunan diğer komponentlerin özellikle oksidan gazlar, serbest radikaller, metaller, aromatik hidrokarbonların vasküler damarlara zarar verdiğini ve inflamasyona yol açtığını ileri sürmektedir. LDL oksidasyonunu artırıp endotel bağımlı vazodilatasyonu bozmakta ve ayrıca C-reaktif protein (CRP), intersellüler adezyon molekülleri, homosistein ve fibrinojen seviyelerinde artışa yol açmaktadır. Bazzano ve ark. (45) çalışmalarında sigara içenlerde içmeyenlere göre CRP, fibrinojen ve homosistein seviyelerini daha yüksek olarak belirmişlerdir. MI sonrası sigara içmenin bırakılması mortaliteyi azaltmakta, sigara içmenin sürdürülmesi yeniden koroner girişim ve MI geçirme riskini arttırmaktadır. Günümüzde; tedavideki ilerlemelere rağmen, mortalite ve morbiditenin hala yüksek seyretmesi KAH' dan korunmada önlenebilir risk faktörlerinden sigara içiminin sonlandırılmasının önemini ortaya koymaktadır (31,36-46).

Diğer Risk Faktörleri

Obezite, aterojenik beslenme (doymuş yağ, kolesterol ve kalorili diyet ile beslenme alışkanlığı) aşırı alkol tüketimi, ekonomik ve piskososyal faktörler ve stres yaşam şekli değişikliği ile kontrol edilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır (31,36,43,46).

Tablo 1. Akut Koroner Sendromda Risk Faktörleri (31,36-46)

Kontrol edilemeyen majör risk faktörleri	Kontrol edilebilen majör risk faktörleri
Yaş	**Fizyopatolojik olarak kontrol edilebilen risk faktörleri**
Cinsiyet	Hipertansiyon
Aile öyküsü	Diyabet
Özgeçmiş	Dislipidemi
Irk	**AKS gelişmesinde etkili olduğu kanıtlanmış diğer risk faktörleri**
	Serumda homosistein seviyesi yükselmesi
	Trombojenik faktörler
	Enflamatuar faktörler
	Bozulmuş glukoz toleransı
	Pıhtılaşma bozuklukları
	Yaşam şekli değişikliği ile kontrol edilebilir risk faktörleri
	Sigara
	Aşırı alkol tüketimi
	Obezite
	Stres
	Fiziksel inaktivite

AKUT KORONER SENDROMLAR EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında birinci sırada yer alan KAH yaşam kalitesine olumsuz etkisi ve getirdiği ekonomik yük nedeniyle sadece bir sağlık sorunu değil aynı zamanda sosyal bir sorundur. AKS insidansı genellikle erişkin nüfusta 1/100-1/150 civarındadır. Hastaneye başvuruların %40'ı kararsız anjina pektoris %60'ı ise miyokart infarktüsüdür. Görülme sıklığı her iki cinsiyette yaş ile birlikte artış göstermektedir (6,31).

Amerikan Kalp Derneği (AHA) 2016 yılı kalp ve inme istatistiği verilerine göre her yıl Amerika Birleşik Devletleri'nde (USA) 20 yaş ve üzeri 15,5 milyon kişinin koroner arter hastalığı olduğu, erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmekle birlikte yaş ile birlikte kadın ve erkeklerde prevalansının arttığı belirtilmiştir. Yaklaşık olarak her 42 saniyede Amerika'da bir kişinin MI geçirdiği tahmin edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminine göre; gelecek yirmi yılda KAH' a bağlı ölümler erkeklerde %137, kadınlarda %120 artacaktır (6,47,48).

Türk Kardiyoloji Derneği'nin öncülüğünde sürdürülen TEKHARF çalışması sonuçlarına göre 1990 yılında 1.050.000, 2007/08 tarama örnekleminde 3,1 milyon koroner kalp hastasının bulunduğu belirtilmiştir. TEKHARF 2017 çalışmasına göre; ülkemizde yaklaşık olarak 3.5 milyon koroner kalp hastası bulunmakta, nüfusun artışı ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte bu sayının her yıl ortalama %4 oranında artacağı öngörülmektedir (8). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışması 2011 yılı verilerine göre 15 yaş ve üzeri kadınların %9,8'inde; erkeklerin %6,4'ünde anjina pektoris, erkeklerin %2,3' ünde; kadınların %1,1'inde Mİ görülmüştür. Aynı çalışmada Akut Miyokart İnfarktüsü (AMİ) prevalansı 20 yaş ve üzeri kadınlarda %1,3; erkeklerde %3, 30 yaş ve üzeri kadınlarda %1,6; erkeklerde %3,8 olarak gösterilmiştir (49). TEKHARF çalışması 2012 verilerinden yapılan hesaplamaya göre Türkiye'de yaklaşık senede 420.000 civarında koroner olay meydana gelmektedir. Vakaların 120.000'i KAH hastalığı olan bireylerde akut olayın tekrar etmesi, 120.000'i sessiz olay ve yeni kronik KAH, 180.000'i yeni AKS'dir. TEKHARF 2017 raporunda; Türk erişkinlerinde hem koroner kalp hastalığı mortalitesi, hem de yeni koroner olay prevalansının gereğinden ve çevre ülkelerindekinden her iki cinsiyette, fakat özellikle kadınlarda fazla yüksek olduğu belirtilmektedir (6,8).

AKUT KORONER SENDROMLARIN FİZYOPATOLOJİSİ

AKS; genellikle akut tromboz ile başlayan aterosklerozun (arterde aterom plakların birikmesi) damar içinde daralma veya tıkanmaya yol açması sonucu oluşmaktadır. Karasız

anjina pektoris ve NSTEMI aterosklerotik plağın yırtılması sonucu koroner arterlerde kısmi trombüs oluşması ve bu trombüsün damar içinde aralıklı olarak iskemiye neden olması nedeniyle gelişirken, STEMI de ise trombüs bulunduğu yerden hareket ederek koroner arterin kan akımını durdurmaktadır. AKS' de miyokart iskemisi artmış talep veya oksijenin yetersiz sunumundan kaynaklanmaktadır. Miyokart iskemisinin oluşmasında etkili olan faktörler; kan akımında azama, miyokart iş yükünde artma ve kandaki oksijen miktarındaki azalmadır (31,50-52).

AKUT KORONER SENDROMLARDA BELİRTİ VE BULGULAR

AKS' lerin en önemli belirtisi göğüs ağrısıdır. Mİ' da ağrı çoğunlukla göğüste baskı, basınç, ağırlık hissi ve ezici özelliktedir. Genellikle yavaş başlayan; sternumun arkasında göğsün ortasında ve sıklıkla sol kol veya sol boyuna yayılan ağrının şiddeti yaklaşık bir saat içinde en yüksek seviyeye ulaşır. Daha az sıklıkla olmakla birlikte; sağ kol, epigastriyum, alt-çene dişler veya sırta da yayılım olabilir. USAP'dan farklı olarak, NSTEMI ve STEMI'de ağrı daha şiddetli ve daha uzun sürelidir. Dispne, anksiyete, soğuk ve nemli cilt, terleme, bulantı, baş dönmesi, taşikardi, taşipne, hipotansiyon veya hipertansiyon, ölüm korkusu, senkop, azalmış arteriyel oksijen satürasyonu hastalığa özgü gelişen diğer belirti ve bulgular arasında yer almaktadır. Yaşlılarda, diyabet hastalarında ve cerrahi sonrası hastalarda belirti ve bulgular atipik olarak görülebilmektedir. AKS; çarpıntı, kardiyak arrest ve asemptomatik klinik belirtiler ile seyredebilmektedir (31,34,52-55). Tablo 2 de Anjina pektoris tipleri ve göğüs ağrısı değerlendirilmesi sunulmaktadır (31,52,54).

Tablo 2. Anjina Pektoris Tipleri ve Göğüs Ağrısı Değerlendirilmesi (31,52,54)

Göğüs ağrısı özelliği	Kararlı anjina pektoris	Variant anjina pektoris	Kararsız anjina pektoris
Yeri ve yayılımı	Ağrı; sırt, göğüs, epigastrium ve kollarda oluşur. Sıklıkla sol omuza, sol kolun iç kısmına ya da her iki kolada yayılan substernal ağrı vardır. Ağrı daha az sıklıkla boyun, çene ve skapulaya yayılım gösterebilir.	Stabil anjina pektorise benzer.	Stabil anjina pektorise benzer.
Niteliği/şiddeti	Batıcı, yanma ya da baskı, ağırlık hissi vardır.	Kararlı anjina pektorise benzer.	Kararlı anjina pektorise benzer fakat daha şiddetli olabilir.
Başlangıç süresi ve sıklığı	3- 15 dk dinlenme; dilaltı nitrogliserin alımı, ağrı oluşturan aktiviteye ara verilmesi ile ağrı geçer.	Ağrı şiddeti hızla artar.	Ağrı süresi uzamıştır.
Hızlandıran/kötüleştiren faktörler	Miyokartın oksijen gereksinimini arttıran aktiviteler (duygusal stres, ağır aktivite, soğuğa maruz kalma v.b.) ile başlar.	Periyodik olarak ağrı dinlenme sırasında başlar. Sıklıkla uyku sırasında ortaya çıkar.	Hastanın her zaman zaman yaptığından daha düşük efor ile başlar, dinlenme anında da meydana gelebilir.
Hafifleten faktörler	Dinlenme, pozisyon değişikliği ve nitrogliserin alımı ağrıyı hafifletir.	Stabil anjina pektorise benzer.	Nitrogliserin alımı ve dinlenme ile ağrı azalmaz.
Eşlik eden belirti ve bulgular	Yorgunluk, bulantı-kusma, taşikardi, dispne, anksiyete, korku, terleme anjinal atak sırasında eşlik eden belirti ve bulgulardır.	Kararlı anjina pektorise benzer.	Kararlı anjina pektorise benzer fakat belirti ve bulgular daha belirgin olabilir ve devam edebilir.

AKUT KORONER SENDROMLARDA TANI VE TEDAVİ

AKS' lerde tedavinin temel amacı mortalite ve morbiliteyi azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktır. Tanıda; Elektrokardiyografi (EKG), laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. EKG tanı konulmasında en hızlı ve kolay olarak uygulanan bir yöntemdir. ST yükselmesiz AKS'li hastalarda EKG' de geçici ST yükselmesi, ST çökmesi, yeni T dalga

negatifliği gözlenirken, hastalığa özgü semptomların varlığı ile birlikte devamlı ST segment yükselmeleri STEMI olarak ele alınmalıdır. Kardiyak belirteçler; Troponin I (TnI) ve Troponin T (TnT) değerleri göğüs ağrısının başlamasından itibaren üç saat içinde yükselmeye başlar. Salınım süresi TnI için 7-10, TnT için 10-14 gündür. Amerikan Kalp Koleji (ACC)/Amerikan Kalp Derneği (AHA) AKS yönetimi 2014 kılavuzunda; miyokardiyal hasarın tespitinde ve infarktüs tanısında en özgül enzimler olarak kabul edilen kardiyak troponinlerin hasta başvurduğu anda bakılması ve 3-6 saat sonra tekrar edilmesi önerilmektedir. Ekokardiyografi (EKO) ile miyokardiyal iskemi ve aort diseksiyonu saptanabilir. Gerekli durumlarda tanı koyma ve ayırıcı tanıda; bilgisayarlı tomografi (BT), akciğer grafisi, transözefajial ekokardiyografi (TEE) ve nükleer görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Koroner anatominin görüntülenmesi amacıyla kullanılan girişimsel koroner anjiografi, tanıda altın standarttır (31,52,53,56,57).

Tedavide Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kılavuzunda, kararsız anjina pektoris ve NSTEMI'nın akut tedavisi için 4 sınıf belirtilmektedir (31,53).

1. Anti iskemik ilaçlar: Beta blokerler, nitratlar, kalsiyum kanal blokerleri.
2. Antikoagülanlar: Standart heparin, düşük molekül ağırlıklı heparin.
3. Anti trombosit ilaçlar: asetilsalisik asit, tienopiridinler, Glikoprotein IIb/IIIa reseptör inhibitörleri.
4. Koroner revaskülarizasyon: koroner anjiyografi, perkütan koroner girişim, koroner arter bypass greft.

ST segment yükselmesi olan miyokart infarktüsünün akut fazındaki hastalar için; antitrombotik ilaçlar, antiaritmik ilaçlar, betablokerler, nitratlar, kalsiyum antagonistleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri önerilen ilaç tedavileridir (31).

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Sağlık ekibinin etkin bir üyesi olan hemşireler AKS'den korunma, risk altındaki bireylerin saptanması, tanı, tedavi, girişimsel uygulamalar, bakım ve taburculuk süreçlerinin yönetiminde önemli rollere sahiptirler. Başarılı bir hemşirelik bakım planı hasta/ ailenin katılımı ve tedavi sürecindeki uyumuna bağlıdır. AKS tanısıyla hastaneye gelen hastaya hemşirelik yaklaşımı, hastanın gereksinimlerini saptayıp ve bu gereksinimlerin öncelik sırasını belirlemekle başlamaktadır. Hastadan alınan öykü, fizik muayene ve semptom değerlendirmesi yapılarak hemşirelik tanıları doğrultusunda hemşirelik bakım planı

oluşturulmaktadır. Hemşirelik bakımının amaçları; sürekli hasta değerlendirilmesi, anjinal ağrının kontrolü, optimal kalp debisinin sağlanması, miyokardın oksijen gereksinimin karşılanması, komplikasyonların (tekrarlayan anjina, iskemi ve tekrarlayan infarktüs – infarktüs alanın genişlemesi ve anevrizma oluşması – trombüs ve embolik komplikasyonlar – kardiyak rüptür – sol ventrikül yetersizliği ve kardiyojenik şok – ileti bozuklukları – ritim bozuklukları – perikardit) erken belirlenip önlenmesi, hasta/aile eğitimini kapsamaktadır (31,58-61).

Hasta/ailenin eğitimi uygun ortam sağlandıktan sonra; öğrenmeye hazır olma durumu, eğitim düzeyi ve önceki deneyimlerine göre planlanmalıdır. Eğitimin içeriği AKS hakkında bilgi (kalbin yapısı, işlevi), risk faktörleri azaltmak veya korunmak için yapılması gerekenler (sigaranın bırakılması, fiziksel aktivite, beslenmenin önemi, kilo kontrolü, stresin azaltılması, kan basıncı kontrolü v.b), kontrol ve ilaçların düzenli kullanımının önemi, hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvuracağı, yaşam sekli değişikliklerini (beslenme, egzersiz, sigara kullanımının bırakılması) kapsamaktadır (31,52,55).

Kurçer ve Özbay (61) yaptığı araştırmada KAH hastalarına verilen eğitim ve danışmanlığın; diyete uyum düzeyini arttırdığı, fiziksel aktivite artışı sağladığı ve diyastolik kan basıncında anlamlı düzeyde azalmaya neden olduğu bulunmuştur. Alfakih ve ark. (62) AKS hastalarının hemşire rehberliğinde tanılanması ve takibi strajesinin yeniden başvuruları azaltacağını belirtmektedir. Deniz (63) tez çalışmasında hemşire tarafından verilen eğitim ile AKS hastalarının deneyimlediği kısıtlık ve semptomlarda azalma, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artma olduğunu belirtmiştir. Kozan Akgül (64) tez çalışmasında KAH hastalarının hastalık teşhis süresi, sigara kullanım süresi ve günlük aldıkları ilaç sayısı arttıkça depresyon düzeyinin arttığı yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur.

AKS'de görülen başlıca hemşirelik tanıları şunlardır; (Tablo 3) (31,52,62,65-68).

- Akut Ağrı
- Kalp debidinde azalma
- Tromboemboli riski
- Kanama riski
- Aktivite intoleransı
- Anksiyete/korku
- Konstipasyon

Tablo 3. AKS'da Hemşirelik Bakım Planı (31,52,62,65-68)

Hemşirelik Tanısı	Neden	Girişimler	Beklenen sonuç
Akut ağrı	Miyokarda sağlanan oksijen miktarı ile miyokardın oksijen gereksinimi arasındaki dengesizliğe bağlı iskemi	*Yatak istirahati sağlanır ve hastaya semi-fawler pozisyonu verilir. *Yaşam bulgularının kontrolü açısından monitörizasyonu sağlanır. *Hekim istemine göre oksijen tedavisi uygulanır. *Kardiyak belirteçler (kreatinin kinaz, miyoglobin, kardiyak özgün troponinler) ve laboratuvar bulguları takip edilir. *Göğüs ağrısının başlangıcı, niteliği, süresi, yayılımı, eşlik eden belirti ve bulgular ile birlikte ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler değerlendirilir ve izlenir. Ağrı derecesini belirlemek için 0 (ağrı yok)'dan 10'a (en kötü düzey) kadar hastanın ağrısını derecelendirmesi istenir ve ağrı şiddeti kaydedilir. *Yatış sırasında ve göğüs ağrısı olduğunda 12 derivasyonlu EKG çekilerek miyokart hasarı değerlendirilmeli ve hekime bilgi verilmelidir. *Hekim istemi doğrultusunda, kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri değerlendirilmelidir. *Hemodinamik açıdan stabil olmayan hastaların hekim istemi ve ünite protokolüne uygun olarak kardiyak kateterizasyon girişimi hazırlığı yapılmalıdır.	Hastanın ağrısının geçtiğini/azaldığını sözlü veya sözsüz olarak ifade etmesi.
Kalp debisinde azalma	Miyokart iskemisi nedeniyle kalbin mekanik ya da elektriksel disfonksiyonu	*Kalp debisinde azalma belirti ve bulguları yönünden hasta değerlendirilir. Belirti ve bulgular: *Kalp hızında artma *Yorgunluk, halsizlik *Çarpıntı * Huzursuzluk *Soğuk, soluk ve nemli deri *Paroksismal nokturnal dispne *Periferal nabız dolgunluğunda azalma * Gallop ritmi * Mental değişklikler *2-4 saatte bir yaşam bulguları değerlendirilir ve kayıt edilir. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır. Kardiyak enzimler ve laboratuvar bulguları takip edilir.	Kalp hızının normal sınırlarda olması. Periferal veya merkezi siyanozun olmaması. Periferik nabızların alınması.

Tablo 3 (devamı). AKS'da Hemşirelik Bakım Planı (31,52,62,65-68)

Kalp debisinde azalma -devam		*Disritmi gelişme ihtimali nedeniyle hasta moniterize edilir ve 12 derivasyonlu EKG takipi yapılır. *Miyokardın oksijen gereksinimini azaltmak için yatak istirahati sağlanır, iskeminin önlenmesi için hekim istemine göre oksijen tedavisi uygulanır. *Serebral hipoksemi takibi için hastanın bilinç düzeyi sık aralıklarla değerlendirilir. *Hekim istemine göre kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri yönünden hasta takip edilir. *Hemodinamik açıdan stabil olmayan hastaların Perkütan Koroner Girişim (PKG), cerrahi girişimlere hazırlığı yapılır. *Diyetisyen eşliğinde beslenmesi düzenlenir.	.
Tromboemboli riski	MI sonrası uzun süreli yatak istirahati	*Yatak içi aktif-pasif hareketler uygulanır ve erken mobilizasyon sağlanır. *Yaşam bulguları ve labaratuvar değerleri takip edilir. *Bilinç durumu takip edilir. *Hasta tromboemboli belirti ve bulguları yönünden izlenir. * Hemşire tarafından lokal reaksiyonları önlemek için paranteral uygulama ilkelerine dikkat edilir.	Tromboemboli gelişmemesi.
Kanama riski	Antitrombolitik ve antikoagülan tedavi uygulanması	*Yaşam bulguları kontrol edilmeli ve hasta monitörizasyonu sağlanır. *Hastada kanama belirti ve bulguları yönünden (peteşi, hematom, hematemez, hematüri, melena, mental durumda değişiklik) izlenir. *Kan sayımı değerleri (trombosit sayımı, hemotokrit, hemoglobin, protrombin zamanı) takip edilir. *Kanama ve ekimoza neden olacak aktivitelerden kaçınılmalı ya da sınırlandırılmalıdır.	Kanama gözlenmemesi.
Aktivite intoleransı	Kardiyak iskemi, uzun süre hareketsiz kalma.	*Hasta aktivite intoleransı belirti ve bulguları (hareket sırasında kalp hızında değişiklik, baş dönmesi, ritim değişiklikleri v.b) yönünden değerlendirilir. *Hastanın aktivite ve dinlenme dengesi ayarlanır. Enerji korunumu teknikleri (sık kullanılan eşyaları bel hizasına koymak, giyimi kolay kıyafetler, yardımcı alet kullanımı v.b.) konusunda bilgilendirilir. *Aktivitelere hastanın cevabı değerlendirilir. Aktivite sırasında yorgunluk hissi, göğüs ağrısı, baş dönmesi hissettiğinde aktivite sonlandırılır. *Aktivite öncesi, sırasında ve sonrasında bir anormallik olup olmadığını belirlemek için vital bulgular (Kalp atımı aktivite sonrası 3 dakika içerisinde daha önceki seviyesine döner) ve oksijen saturasyonu izlenir.	Hareket sırasında aktivite intoleransı gelişmemesi ve/ veya en alt düzeye inmesi.

Tablo 3 (devamı). AKS'da Hemşirelik Bakım Planı (31,52,62,65-68)

Anksiyete /Korku	Göğüs ağrısı, yeni anjinal atak yaşama korkusu, ölüm korkusu, Tanı ve tedaviye yönelik bilgi eksikliği, aile ve sosyal destek sistemlerinin yetersizliği.	*Anksiyete ve korkuya neden olan faktörler belirlenir. *Anksiyete belirti ve bulguları (kalp atım hızında artış, solunum ve kan basıncında artış, huzursuzluk, dikkat dağınıklığı v.b) değerlendirilir. *Hastanın baş etme yöntemleri sorgulanır. *Hasta anksiyete ve korku nedenlerini açıklaması için cesaretlendirilir. Gerekli ise psikolog ya da psikiyatriste yönlendirilir. *Ağrı yaşayan hasta yalnız bırakılmaz ve ağrıyı giderecek bakım uygulanır. *Anksiyete ve korkuya neden olan dış faktörler (gürültü, tedavi araç- gereçleri, ışı v.b) değerlendirilerek sınırlandırılır. *Yapılan işlemler, ihtiyacı olduğunda kimden bilgi alacağı ve çevre (tedavi ekipmanları, sağlık çalışanları v.b) hakkında hasta ve ailesine anlaşılır bir şekilde bilgi verilir. *Hasta bakımında yakınlarının da katılımı sağlanır ve sosyal destek sistemleri hakkında aile bilgilendirilir.	Hastanın Anksiyete/ korkusunun azaldığını sözel olarak ifade etmesi. Vital bulgularının stabil olması. Yüz ifadesi ve vücut hareketlerinin rahatlaması.
Konstipasyon	Akut dönmede yatak istirahati, beslenme alışkanlığında değişiklik, Kullanılan ilaçların yan etkisi.	*Normal barsak alışkanlığı değerlendirilir. *Gaita çıkışı (… gün) takip edilir Barsak sesleri dinlenir. Hekim istemine göre laksatif uygulanır. *Gastrointestinal sisteme yan etkileri açısından kullandığı ilaçlar değerlendirilir. *Diyetisyen ile işbirliği içerinde posalı ve yumuşak gıdalar kullanımı önerilir. Sakıncası yoksa sıvı alımı için teşvik edilir. *Barsak boşaltımı için düzenli bir zaman ayırması önerilir. * Valsalva manevrasını kullanmaması nedenleri ile birlikte anlatılır. * Sürgü yerine komot önerilir. *Barsak motilitesi ve peristaltizmini arttırmak için hastanın toleransına göre aktivite planlaması yapılır.	Normal barsak alışkanlığının sürdürülmesi.

AKUT KORONER SENDROMLU HASTALARDA SİGARA KULLANIMI VE SİGARA BIRAKMA YÖNTEMLERİ

Sigara kardiyovasküler hastalıklar için majör bir risk faktörüdür. DSÖ yeryüzünde 1990' da gerçekleşen ölümlerin 960 bininin, 2002'deki ölümlerin 4.9 milyonunun tütünden kaynaklandığını tahmin etmiş ve 2020 yılına kadar bu sayının 9 milyonu aşacağını öngörmüştür (8). Son yıllarda risk faktörlerinin azaltılması ile birlikte kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranında dikkate değer bir azalma olmasına rağmen, sigara içimi nedeniyle kardiyovasküler hastalıklar ile yaşayan bireylerin sayısında artış görülmektedir. 2008 yılında kalp, akciğer ve kan enstitüsü sonuçlarına göre tahmini olarak ABD sigara içme ile ilişkili olarak 7,9 milyon miyokart infarktüsü, 9 milyon anjina pektoris, 5,7 milyon kalp yetersizliği hastası bulunmaktadır (46). Ülkemizde TEKHARF çalışması 1990 yılı verilerine göre erişkin erkeklerin %5,4'ü, kadınların %18,9'u; 2004 yılında erişkin kadınların %17,6'sı, erkeklerin %45,8'i sigara içmektedir (7). TÜİK Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Bülteni 2012 verilerine göre kadınların %10,7'si, erkeklerin %37,3'ü sigara kullanmaktadır. TÜİK 2016 verilerine göre ülkemizde 15 yaş üstü nüfusun %26,5'i her gün tütün ürünü kullanmaktadır (69).

Bağımlılık bireyin fizyolojik ve psikolojik sağlığına, sosyal yaşamına olumsuz yansımasına rağmen belirli bir eylemi tekrarlamaya yönelik olarak önüne geçilmez istek duyma halidir (70). Diğer bir ifade ile kişinin madde kullanımı üzerindeki kontrolünü yitirmesini ifade etmektedir. DSÖ değerlendirmelerine göre günde düzenli olarak bir sigara içmek sigara tiryakisi sayılmak için yeterlidir. Sigara kullanımı veya maruziyet kişide kuvvetli psişik ve zayıf fiziksel bağımlılık oluşturur. Farmakolojik kanıtlar sigarada esas bağımlılık yapan maddenin nikotin olduğunu göstermiştir. İnsanların neden sigara içtikleri ile ilgili olarak; alışkanlık, çocuklukta bilinçaltında yatan ve rasyonel bir seçenek haline dönüştürülemeyen isteklere bağlı, düşük benlik kontrollü kişilik yapısına sahip bireylerin yenilik ve heyecan arayışı içinde ortaya koydukları davranış ve son olarak bir seçim olduğu ifade edilmektedir. Bir seçim olarak sigara içenlerin sigaranın yarar ve zararlarını tarttıkları belirtilmektedir. Günlük tüketilen sigara miktarı arttıkça fizyolojik bağımlığın psikolojik bağımlılığın önüne geçtiği ileri sürülmektedir (70). Nikotin içeren ürünlerin uzun süre her gün kullanımından sonra birden bırakılması veya azaltılması sonrasında gelişen yoksunluk belirtileri ''nikotin yoksunluğu'' olarak tanımlanmaktadır. DSM –IV nikotin yoksunluğu için tanı ölçütleri; en az bir hafta boyunca her gün nikotin kullanımı, sigarının bırakılması veya azaltılmasından 24 saat içinde; disforik ya da depresif duygu durum, imsonmia, irritabitite

veya öfke, huzursuzluk, anksiyete, kalp hızında artma, iştah artması ya da kilo alımı, düşünceleri yoğunlaştıramama bulgularından dört ya da daha fazlasının görülmesi ve ortaya çıkan semptomların klinik açıdan sıkıntıya veya toplumsal, mesleki alanlarda yada diğer önemli işlevsellikte azalmaya yol açması ve yoksunluk belirtilerin genel tıbbi bir duruma bağlı olmaması nikotin yoksunluğu tanı ölçütlerini oluşturmaktadır (70,71,72).

Sigara bağımlılığının tedavisi kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde ve AKS'den sonra ikincil atağın önlenmesinde en önemli unsurdur. 2004 cerrahi genel raporunda sigara bırakmanın faydaları detaylandırılarak sunulmaktadır.

1. Sigarayı bıraktıktan sonra 20 dk içinde kan basıncı ve kalp atım hızı düşmektedir.
2. 12 saat sonra karbon monoksit seviyesi kanda normal değerlerine döner.
3. Bıraktıktan 2 hafta -3 ay sonra kalp krizi riski azalmaya başlar.
4. Bıraktıktan 1 sene sonra KAH riski yarıya iner.
5. 5-15 yıl sonra inme ve kap hastalığı riski sigara içmeyen kişilerinkine inmektedir (46).

ABD de erişkinlerin %70'i sigarayı bırakmak istemekle birlikte yarısından daha azı geçmişinde sigarayı bırakmayı denemiştir. Fakat bırakmaya çalışanların başarı oranı % 6' dır (46). Zorluğun nedeni nikotin yoksunluğu semptomları ve sigarayı içmeyi tetikleyen istektir. Sigarayı bırakmada farmakoterapi, sigarayı bırakma ve başa çıkma becerileri konusunda motivasyonel destek önerilmektedir. Her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasıyla en iyi sonuç elde edilmektedir. Sigara bağımlılığında ilaç tedavisi; kombine nikotin replasman tedavisi (bant + draje ya da bant + sakız), varenicline, nikotin bantı, nikotin pastili, nikotin sakızı, inhaler nikotin, nikotin nazal sprey ve bupropiondur. Sigarayı bırakmayı deneyen ve başarısızlık yaşayan kişi demoralize olarak tekrar sigarayı bırakma konusunda kararsızlık yaşayabilir. Ambivalansın nedenini anlamak sigarayı bırakmak isteyen kişinin motivasyonu için ana noktadır. Motivasyonel görüşme tekniği hastanın ambivalansının çözülmesinde sağlık çalışanları tarafından kullanılmaktadır (46). Sigarayı bırakmayı istemeyen kişilere sigarayı azaltma hedefi sunan tedavi yaklaşımının uzun süreli bakımı teşvik ettiği ve sigara bırakma başarısını arttırdığı belirtmektedir (73). Klemperer ve ark.'larının (74) klasik tedaviye kıyasla, kısa süreli motivasyon ve azaltma müdahalelerinin, sigara bırakma girişimine etkisini değerlendirmek amacıyla planladıkları çalışmada ilaç tedavisi uygulanmadan katılımcılar 3 gruba ayrılmıştır. Katılımcılara; dört hafta kısa motivasyonel görüşme, sigarayı azaltma tedavisi ve telefon aracılığıyla klasik tedavi uygulanmıştır. Çalışmanın altı aylık izlem sonuçlarına göre, motivasyonel görüşme uygulanan grubun klasik bakım uygulanan gruba

göre sigaradan daha fazla uzak kaldıkları ve 12 ay sonunda uzak kalma davranışının diğer iki gruba göre anlanmalı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Karadağ ve ark.'larının (75) sigara bırakma isteği ile müracat eden 1564 sigara bağımlısı hasta ile yaptıkları çalışmada ortalama 45 dk lık biyorezonans uygulaması sırasında hekim tarafından hastalara motivasyon görüşmesi uygulanmıştır. Uygulamadan sonra 3. gün, 1 hafta ve 1. ayın sonunda telefon görüşmesi yapılmıştır. Farmakolojik ajan kullanılmadan, biyorezonans ve motivasyon uygulaması yapılan hastalarda 1. ayın sonunda sigara bırakma oranı %69,13 olarak bulunmuştur.

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

Motivasyon, zamana ve duruma göre değişiklik gösteren, değişme hazır ya da istekli olmaktır. İçsel bir durum olup dış faktörlerden etkilenmektedir (76,77). İlk kez 1983 yılında William Miller tarafından tanımlanan motivasyonel görüşme (MG), daha sonra Miller ve Rollnick tarafından genişletilmiştir. Başlangıçta madde ve alkol tedavisinde kullanılırken, günümüzde kronik hastalıklarda davranış değişikliği sağlamada, HIV/AIDS ten korunma gibi farklı alanlarda kullanılmaktadır. Kanıta dayalı, uygulaması ve öğrenilmesi kolay bir terapi yöntemi olması, yapılan meta analizlerde kısa süreli görüşmelerde etkinliğinin belirtilmesi MG' nin güvenilirliğini arttırmaktadır (77,78,79).

Motivasyonel görüşme; danışanların sorunlarını keşfetme ve çözmelerini destekleyici olarak davranış değişikliğini sağlamak amacıyla kullanılan direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır (77,80,81). Özellikle ambivalans (değişim ikilemi) yaşayan ve değişim için istekli olmayan kişilerde kullanışlı bir yöntem olan MG tekniği odağını ambivalansın çözülmesine dayandırmaktadır (78,82). 30 dakikalık görüşmeler temelinde geliştirilen motivasyonel görüşmenin, yapılan meta analizlerde 15 dakikalık kısa görüşmelerden daha etkin olduğu belirtilmektedir (21,77). Rubak ve ark.'larının (21) çalışmasında motivasyonel görüşmelerin 15 dakika yapıldığında, %64, 60 dakika yapıldığında ise %81 etkili olduğu belirtilmektedir. Motivasyonel görüşmenin süresi değişmek ile birlikte hastaların birkaç aydan yıla kadar takip edildiği çalışmalar olmakla birlikte, izlem süresinin 2 hafta ile 24 ay arasında değiştiği ve 3 aydan kısa süren izlemlerde ise danışmanlık hata riskinin arttığı belirtilmektedir (21,22). MG tekniğinin başarısı danışan ve danışman arasındaki iletişimin kalitesi ve danışmanın MG tekniğindeki yeterliliği ile ilişkilidir (22). MG' de danışman, danışanın değişmek veya değişmemek için nedenleri anlamasına yardımcı olurken, kişi değişim yönünde karar vermediği sürece çözüm önerileri sunmaz ve kendi düşüncelerini

empoze etmez. Bilen rolüne soyunmaz. Danışman danışanın enerjisi kullanmalı ve değişime yönelik isteği açığa çıkarmalıdır. Danışman danışanın davranışları ile ilgi seçimlerine ve sonuçlarına katlanma özgürlüğüne saygı duyar. İlişki uzman/ alıcı rolünden çok ortaklık/arkadaşlık ilişkisidir ve değişime hazır olmak kişilerarası iletişimin bir ürünüdür. İnkar ve direnç danışanın özelliği değil, danışman davranışına ilişkin geribildirimlerdir. Ambivalansı çözmek danışanın görevidir (82-84). MG'nin 4 genel ilkesi bulunmaktadır ve Tablo 4' te sunulmuştur (22,78,82).

Tablo 4. Motivasyonel Görüşmede Dört Genel İlke (22,78,82)

Motivasyonel görüşmede dört genel ilke	
İlke 1: Empatiyi ifade etme	MG'nin temelidir. Empatinin sağladığı yakınlığın yanı sıra yansıtmalı dinleme (kişinin ne söylediğini anlama ve onun söylediğini ona yansıtma) iletişim sürecin en başından başlayarak süreç boyunca kullanılmaktadır. Empatiyi ifade etme; *Kabul etme değişimini kolaylaştırır. *Yansıtmalı dinleme esastır. *Ambivalans normaldir.
İlke 2: Çelişki geliştirme	Motivasyonel görüşmenin hedefi çelişkiyi ortaya çıkarmak ve kullanılabilir yapmaktır. Kişiler başkalarının söylediklerinden çok kendi söylediklerini işittikleri zaman ikna olmaktadırlar. Çelişki geliştirme; * Değişim için tartışmaları danışan sunmalıdır. *Değişim var olan davranış ve önemli kişisel amaç veya değerler arasında algılanan bir çelişki tarafından motive edilir.
İlke 3: Dirençle yuvarlanma	Değişim sürecinde beklenen bir durum olan direnç, danışanın değişime karşı olduğu anlamına gelmemektedir. Dirençle yuvarlanma da; *Değişim için tartışmadan kaçınılır. *Dirence doğrudan karşı çıkılmaz. *Yeni bakış açılarına davet edilir, fakat dayatılmaz. *Danışan cevapları ve çözümleri bulmada ilk kaynaktır. *Direnç farklı şekilde yanıt vermek için sinyaldir.
İlke 4: Öz yeterliliği destekleme	Öz yeterlilik kişinin bir işi yapabilme yeteneğidir ve motivasyonel görüşmenin önemli bir hedefi de danışanın değişimde başarılı olması için kendine olan inancını ve güvenini arttırmaktır. Danışman ''Eğer istersen değişmene yardımcı olabilirim'' mesajını verir. Öz yeterliliği destekleme de; *Kişinin değişim olasılığına inancı önemlidir. *Danışan değişimi seçme ve gerçekleştirmeden sorumludur. *Kişinin değişim yeteneğine danışman inancı önemlidir.

MG'de danışman tarafından ilk adım danışanda değişim için motivasyon oluşturulmasıdır. İlk adımda açık uçlu sorular sorulur. Danışman yansıtmalı dinleme ve özetleme yapar. Kabullenme ve değişim konuşulur. Değişimi konuşabilmek için; açıklayıcı sorular sormak, karar dengesini açığa çıkarmak, geleceğe bakmak, hedefleri ortaya çıkarmak kullanılan yöntemlerdir. İkinci adım değişim istediğini güçlendirmektir. Bu nedenle görüşmelere değerlendirme, sorun ve değişim konusunda gelinen noktayı özetleme ile başlanır ve anahtar sorularla devam edilmektedir. Danışman; gerektiğinde tavsiye ve bilgi verebilir (77).

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME VE HEMŞİRELİK

Kardiyovasküler hastalıklar büyük ölçüde sigara kullanımı, hareketsiz yaşam, aşırı yeme alışkanlığı gibi olumsuz sağlık davranışlarına bağlanabilir (13). MG, bireylerin var olan sorunlarını anlamaları ve değişim için eyleme geçmeleri amacıyla yapılan yardımın özel bir şeklidir (78,82).

Sağlık hizmetlerinin her aşamasında bireylerle etkileşim halinde olan hemşireler onların sağlık davranışlarını etkilemede etkin rol üstlenmektedirler (22). KAH'ya sahip bireylerle çalışırken hemşirelerin karşılaştığı en büyük sorun sağlığa zararlı davranışları değiştirmektir. Bu davranışlar kişinin yaşamında derin yer tutmaktadır ve bu değişimleri yapma girişimleri çoğu zaman zordur. Çünkü birçok kişi bu davranıştan zevk almaktadır ve değiştirme konusunda kararsızdır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve risk faktörlerinin (sigara kullanımı, aşırı yemek yeme, hareketsizlik v.b) azaltılması için hemşireler motivasyonel görüşme konusundaki bilgi ve deneyimlerini arttırarak bireylerde davranış değişikliği sağlamak amacıyla MG uygulayabilirler (13,85,86).

Dobber ve ark.'larının (87) '' KAH' da sağlıklı yaşam biçimini sürdürmeye yönelik motivasyonel görüşme becerilerini geliştirmek'' adlı çalışmalarında ortalama dört aylık aralarla; KAH'a sahip hastaların yaşam değişikliği üzerine kaydedilmiş ses kaydı ile birlikte motivasyonel görüşme becerileri kullanımı üzerine telefon ve e-mail ile koçluk ve geri bildirim verilmiştir. Çalışmanın sonunda hemşirelerin motivasyonel görüşme becerilerinin arttığı belirtilmiştir. Erol (88) tez çalışmasında, kronik hastalığa sahip sigara içen bireylerde sigara kullanım davranışını değiştirmek için sağlık çalışanları tarafından motivasyonel görüşme uygulanmasını önermektedir. Heckman ve ark. (89) metaanaliz çalışmalarında adelösan ve yetişkinlerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkili olabileceğini

belirtirken, Soria ve ark.'larının (23) çalışmalarında sigarayı bırakmada motivasyonel görüşmenin tavsiyeden daha etkili olduğu belirtilmektedir.

ÖZ - ETKİLİLİK - YETERLİLİK VE ANKSİYETE

Dünya çapında önemli bir sağlık problemi olan KAH' da Amerikan Kalp Birliği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından hastalık yönetiminde yaşam tarzı değişikliğinin önemi vurgulanmaktadır. Hedefe ulaşmak için hastalık yönetiminde hastaların sürece katılımı önemlidir (56,90,91,92). KAH'da ölümlerinin %13,7'sinin değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer alan sigaradan kaynaklandığı belirtilmektedir (93). Yapılan çalışmalar sigara kullanımının bırakılmasının yeni infarktüs riskini ve bıraktıktan bir sene sonraki ölüm oranını %50 azalttığını, bireylerin yaşam tazı değişikliklerine uyumda öz yeterliklerine inanmalarının olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (94,95,96,97).

Sağlığının korunması, devam ettirilmesi ve geliştirilmesinde önemli bir belirleyici olan Öz-Etkililik-Yeterlilik (ÖEY) kavramı ilk defa 1977 yılında Albert Bandura tarafından tanımlanmıştır. ÖEY kavramı, bireyin belli bir performansı sergilemek için gerekli etkinlikleri organize edip başarılı olarak yapma kapasitesine olan kendi inancı ya da öz yargısı olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, kişinin gelecekte karşılaşabileceği zorlukların üstesinden gelmede ne kadar başarılı olabileceğine dair kendi hakkındaki inancı, yargısıdır (98,99,100). Motivasyon artıkça ÖEY düzeyi artmakta ve ÖEY algısı yüksek olan bireyler düşük olan bireylere göre, bir eyleme başladıklarında hedefe ulaşmada daha fazla mücadeleci ve kararlı davranmaktadırlar (28,101,102).

Chen ve ark.'larının (103) Tip 2 diyabetli hastalarda yaptığı randomize kontrollü çalışmada, deney grubunda yer alan bireylere uygulanan motivasyonel görüşmenin; öz yönetim, öz-yeterlik, yaşam kalitesi ve HbA1c seviyesinin iyileştirilmesi üzerinde olumlu etkisi olduğu ortaya konmuştur. Bennett ve ark. (104) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, kanser hastalarının fiziksel aktivite düzeylerini arttırmak amacıyla MG uygulanan grupta başlangıçta öz etkililiği yüksek olan bireylerin düşük olan bireylere göre fiziksel etkinliklerinin daha fazla arttığı bulunmuştur. Aynı çalışmada kontrol grubunda öz etkililik ile fiziksel aktivite artışı arasında ilişki saptanmamıştır.

Kardiyovasküler hastalıklar ve anksiyete arasındaki ilişki 1870' li yıllar da yapılan çalışmadan itibaren bilinmektedir (105). Latince ''tıkanma, boğulma'' anlamı taşıyan anksiyete, 1984 yılında Freud tarafından motivasyonel bir durum ve savunmaya dayalı (defansif) bir davranış şekli olarak tanımlanmıştır (106). Birey anksiyeteyi kötü bir olay

olacakmış gibi nedenini tanımlayamadığı bir endişe, sıkıntı duygusu olarak tanımlar. Aynı zamanda kişiye tehlikeyi haber veren ve bu tehlikeye karşı önlem almaya sevk eden bir uyarandır. Anksiyeteyi spesifik olarak korkudan ayıran en önemli fark kaynağının bilinmemesidir. Anksiyeteli durumlar bireyde; fiziksel (kan basıncında yükselme, bulantı-kusma, ağrı, huzursuzluk, baygınlık v.b), emosyonel (endişe ve kaygı, irritabilite, titreme, ağlama v.b), entelektüel (konsantre olamama, hatırlama problemleri, kendine odaklanma, kontrol kaybı v.b), sosyal (geri çekilme, kendine güven duygusunda kayıp v.b) ve ruhsal belirtilere yol açmaktadır (106,107).

Öz etkililiği yüksek olan bireyler, dış tehditlerle daha kolay baş etmekte ve daha az sıklıkta depresyon- anksiyete deneyimlemektedir. Düşük öz etkililik algısı ise anksiyete, depresyon ve öz güvende azalmaya neden olmaktadır (102,108). Öz etkililik ile ilgili yapılan çalışmalarda öz etkililiğin arttığında, depresyon ve anksiyete görülme sıklığının azaldığı belirtilmektedir (109,110).

Özer ve Tokem (111) miyokart infarktüslü hastalar ile yaptıkları çalışmada, tüm hastaların ciddi düzeyde anksiyete yaşadığını belirtmiş ve anksiyete düzeylerini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasını önermişlerdir.

Sumbul ve ark. (112) çalışmalarında kardivasküler risk faktörleri ve anksiyete skorları arasında önemli ilişki olduğunu, Dehdari ve ark. (113) ‘‘Koroner by-pass ve koroner anjiyoplasti sonrası hastaların anksiyete, öz yeterlilik beklentisi ve sosyal destek’’ adlı çalışmalarında hastalarda anksiyete arttığında öz yeterliliğin azaldığını belirtmişlerdir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE ŞEKLİ

Bu araştırmada; sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin, sigarayı bırakma, öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete düzeylerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. İlave olarak bu araştırmada öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete puanları arasındaki ilişki incelendi.

Çalışmada müdahale (n=45) ve kontrol (n=45) olmak üzere iki çalışma grubu randomize kontrollü olarak belirlendi.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ VE HİPOTEZLERİ

Bağımlı Değişkenler

Öz-etkililik-yeterlik ölçeğinden elde edilen puanlar,

Hastane anksiyete ölçeğinden elde edilen puanlar,

Nikotin bağımlılık testinden elde edilen puanlar,

Karar verme dengesi ölçeğinden elde edilen puanlar.

Bağımsız Değişken

Hasta bilgi formundan elde edilen veriler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, algılanan aylık gelir, klinik tanı ilk sigara kullanım yaşı, sigara kullanım süresi, günde içilen sigara sayısı, sigarayı bırakmayı deneme süresi).

Hipotez/Hipotezler

H_0: Sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin sigarayı bırakma üzerine etkisi yoktur.

H_1: Sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin sigarayı bırakma üzerine etkisi vardır.

H_0. Sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin öz-etkililik- yeterlilik ve anksiyete düzeylerine etkisi yoktur.

H_1: Sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete düzeylerine etkisi vardır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Nisan 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında Edirne ilinde bir Üniversite Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Polikliniğinde yürütüldü.

ETİK ONAY

Çalışma öncesinde araştırmanın uygulanması için 15.02.2017 tarihinde Trakya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar etik kurulundan (Etik Kurul No: TÜTF-BAEK 2016/245) etik kurul izni (Ek 1), Üniversitenin Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji AD' dan kurum izni (Ek 2) alındı. Çalışmaya katılan tüm sigara içen akut koroner sendromlu hastalara sözlü açıklama yapılarak "Bilgilendirilmiş Onamları" alındı.

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Edirne ilinde bir Üniversite Hastanesi Kardiyoloji biriminde tedavi gören ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan hastalar oluşturdu. Çalışmaya dahil edilme ve edilmeme kriterleri aşağıda sunuldu.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Edirne ili Üniversite Hastanesi Kardiyoloji biriminde tedavi görmek.
- AKS tanısı almış olmak.
- Sigara kullanmak.
- 18 yaş ve üzeri olmak.
- İletişim güçlüğü olmamak.
- Okur-yazar olmak.
- Hekim tarafından konulan psikiyatrik tanı almamış olmak.

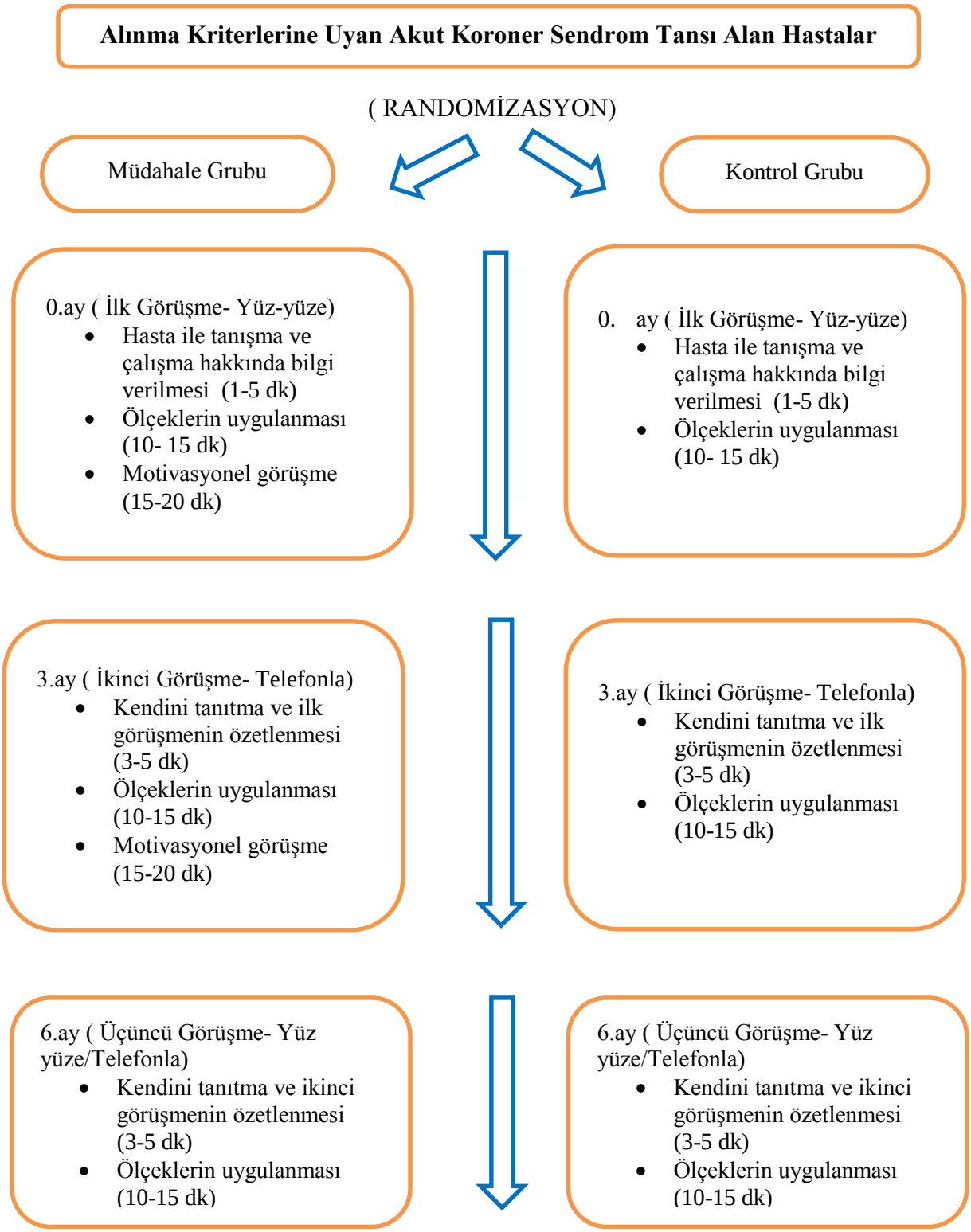
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

- AKS tanısı almamış olmak.
- Sigara kullanmamak.
- 18 yaş ve altı olmak.
- İletişim güçlüğü olmak.
- Okur-yazar olmamak.
- Hekim tarafından konulan psikiyatrik tanı almış olmak.
- Kalp yetersizliği sınıflaması NHYA sınıf III ve IV tanısı almak.

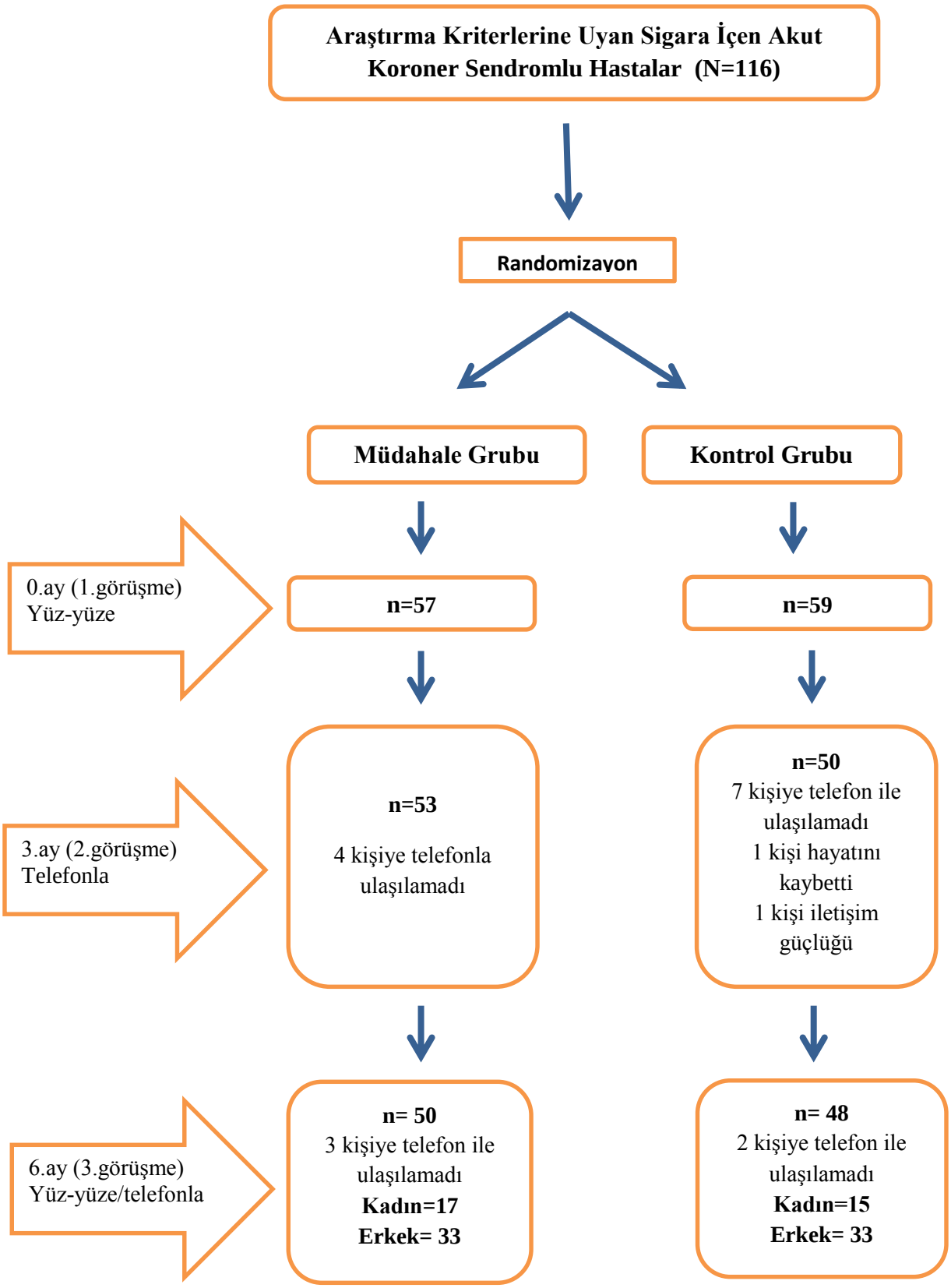
Örneklem büyüklüğü power analizi kullanılarak hesaplandı. Müdahale ve kontrol arasındaki SEE (self-efficacy expectation) puanı etki büyüklüğü 0.6 hesaplanarak 0.05 yanılma payı ve Power %80 olacak şekilde her bir gruptan n=45'er hasta hesaplandı (114). Biası önlemek için tek kör teknik yöntemi kullanıldı (115). Hastalara hangi grupta yer aldıkları konusunda bilgi verilmedi.

Araştırmacı tarafından motivasyonel görüşme tekniği eğitimi (Ek 3) alındı. Hastalar ile 0.ay- 6.ay yüz-yüze görüşmeler uygun olan kardiyoloji birimi poliklinik odasında hafta içi çalışma saatleri içerinde yapıldı. 6. ay görüşmeleri için hastalar telefon ile arandı ve kontrol tarihleri dikkate alınarak görüşme tarihi planlandı. 3. ay telefon görüşmelerinde hasta ile birlikte görüşmenin planlandığı hafta uygun olan gün ve saat belirlendi. Hastalar onlar için uygun olan saatte aranarak telefon görüşmesi yapıldı. Akut Koroner Sendrom sonrası sigara içen kontrol grubuna herhangi bir müdahale uygulanmadan 0-3-6. aylarda belirtilen ölçekler uygulandı. Müdahale grubu ile 0 ve 3. aylarda motivasyonel görüşme yapıldı ve 0-3-6. aylarda ölçekler uygulandı. 0. ay (ilk görüşme); tanışma ve araştırma hakkında bilgi verilmesi yaklaşık olarak 1-5 dk, ölçeklerin doldurulması 10-15 dakika ve müdahale grubunda motivasyonel görüşme ortalama olarak 15-20 dakika sürdü. 3. ay (ikinci görüşme) telefon görüşmelerinde kendini tanıtma ve ilk görüşmenin özetlenmesi 3-5 dk, ölçeklerin doldurulması 10-15 dakika ve ortalama mühahale grubuna 15-20 dakika motivasyonel görüşme uygulandı. 6. ay görüşmelerinde görüşmenin başlatılması ve 3. ay görüşmesinin özetlenmesi 3-5 dakika ve her iki gruba yaklaşık olarak 10-15 dakika ölçekler uygulandı. Her iki grupta da 6. ay yüz-yüze yapılması planlanan görüşmelerde; kontrolleri olmaması nedeniyle poliklikte olmayacaklarını belirten, şehir dışında ikamet etmeleri nedeni ile yüzyüze görüşmeye gelemeyeceklerini ifade eden hastaların görüşmeleri telefon ile yapıldı. Araştırma tasarımı Şekil 1' de sunuldu.



Sekil 1. Araştırma Tasarımı

Araştırmada; müdahale gurubunda 0. ayda (ilk görüşme) 57 kişi ile motivasyonel görüşme yapıldı. 3. ayda (ikinci görüşme) 4 kişi (telefonla ulaşılamadı), 6 ayda (üçüncü görüşme) ise 3 kişi (telefon ile ulaşılamadı) çalışmaya dahil edilmedi. Toplamda 17 kadın 33 erkek olmak üzere toplamda 50 kişi müdahale grubunu oluşturdu. Kontrol gurubunda 0. ayda (ilk görüşme) 59 kişi ile çalışıldı. 3. ayda (ikinci görüşme) 9 kişi (7 kişi telefonla ulaşılmadı, 1 kişi hayatını kaybetti, 1 kişide iletişim güçlüğü gelişti), 6 ayda (3. görüşme) ise 2 kişi (telefonla ulaşılamadı) çalışmaya dahil edilmedi. Toplamda 15 kadın 33 erkek 48 kişi kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma 50 müdahale ve 48 kontrol grubu olmak üzere toplamda 98 kişi ile tamamlandı. Araştırma akış şeması Şekil 2' de sunuldu.



Sekil 2. Araştırma Akış Şeması

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hasta bilgi Formu (Ek 4)

Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği (Ek 5)

Hastane Anksiyete Ölçeği (HAD-A) (Ek 6)

Karar Verme Dengesi Ölçeğ i(Ek 7)

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (Ek 8)

Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan hasta bilgi formunda; kişisel özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, algılanan aylık gelir) sigara kullanımı (ilk sigarayı kaç yaşında kullandınız, kaç yıldan beri sigara kullandığı, günlük sigara kullanım miktarı, daha önce sigara bırakma deneyimi, sigara bırakma nedeni, sigara başlama nedeni, anne –baba sigara kullanma durumu, yaşadığınız evde başka sigara kullanan birey durumu,) ve hastalık ile ilgili (klinik tanı, hastalığı ile ilgili olarak kimden bilgi aldığı, hastalık ile ilgili bilgi düzeyi, takip edilen kronik hastalıklar, yaşantısının hareketli olup olmadığı, kontrollerine düzenli olarak gitme durumu, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, günlük aldığı ilaç miktarı, diyet programına uyma durumu, egzersiz yapma durumu) sorular yer almaktadır.

Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği

Öz-Etkililik-Yeterlik ölçeği; 1982 yılında Sherer ve ark. tarafından geliştirilen 1999 yılında Gözüm ve Aksayan tarafından Türkçe'ye uyarlanan davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere geliştirilen bir ölçektir. 23 maddeden oluşan beşli likert tipi ölçekte her bir madde 1- beni hiç tanımlamıyor, 2- beni biraz tanımlıyor, 3-kararsızım, 4-beni iyi tanımlıyor, 5- beni çok iyi tanımlıyor şeklinde işaretlenmektedir. Her bir madde için verilen puan esas alınmakta fakat ölçeğin 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22. maddeleri ters yönde puanlandırılmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 23, maksimum puan 115 'tir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça bireyin öz yeterlilik algısının attığını belirtmektedir. Dört alt boyutu bulunan ölçekte; 2, 11, 12, 14, 17, 18, 20, 22. madde davranışa başlama, 4, 5, 6, 7, 10, 16,19. Madde davranışı sürdürme, 3, 8, 9, 15, 23. madde davranışı tamamlama ve 1, 13, 21 madde engellerle mücadele alt boyutunu içermektedir. Gözüm ve Aksayan tarafından Öz-etkililik-yeterlik ölçeğinin tüm ifadelerinin dahil edildiği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliği Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81, test-tekrar

test güvenirliliği 0,92 olarak bulunmuştur (116,117). Ölçek kullanımı için izin alındı (Ek 9). Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 bulundu. Çalışmamıza ait ölçeğin tüm Cronbach alfa değerleri Tablo 5'de, müdahale ve kontrol grubunun Cronbach alfa değerleri Tablo 5a'da sunuldu.

Tablo 5. Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri (n=98)

		İlk ölçüm	Cronbach alpha	3.ay ölçüm	Cronbach alpha	6.ay ölçüm	Cronbach alpha
Davranışa başlama	*Min-Mak (Medyan)*	21-40 (34)	0,66	25-39 (35)	0,58	25-39 (35)	0,65
	Ort±Ss	33,54±4,31		34,07±3,45		34,13±3,48	
Davranışı sürdürme	*Min-Mak (Medyan)*	15-34 (29)	0,66	16-35 (29)	0,67	18-34 (29)	0,70
	Ort±Ss	28,15±4,46		28,14±3,88		28,17±3,96	
Davranışa tamamlama	*Min-Mak (Medyan)*	11-25 (20)	0,70	10-25 (20)	0,78	10-25 (20)	0,74
	Ort±Ss	18,94±3,36		19,16±3,55		18,84±3,48	
Engellerle mücadele	*Min-Mak (Medyan)*	4-14 (9,5)	0,46	5-14 (9)	0,38	4-14 (9)	0,42
	Ort±Ss	9,41±2,21		9,38±1,97		9,21±2,07	
Toplam	*Min-Mak (Medyan)*	65-110 (91)	0,84	67-110 (92,5)	0,87	69-109 (91)	0,87
	Ort±Ss	90,04±11,27		90,76±10,35		90,36±10,89	

Tablo 5a. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Öz-Etkililik -Yeterlik İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri (Müdahale grubu=50, Kontrol grubu n=48)

		İlk ölçüm	3.ay ölçüm	6.ay ölçüm
		Cronbach alpha	Cronbach alpha	Cronbach alpha
Davranışa başlama	*Müdahale*	*0,645*	*0,523*	*0,477*
	Kontrol	*0,653*	*0,568*	*0,681*
Davranışı sürdürme	*Müdahale*	*0,636*	*0,541*	*0,643*
	Kontrol	*0,671*	*0,701*	*0,695*
Davranışa tamamlama	*Müdahale*	*0,665*	*0,756*	*0,599*
	Kontrol	*0,718*	*0,776*	*0,807*
Engellerle mücadele	*Müdahale*	*0,361*	*0,238*	*0,289*
	Kontrol	*0,546*	*0,297*	*0,591*
Toplam	*Müdahale*	*0,806*	*0,814*	*0,828*
	Kontrol	*0,860*	*0,855*	*0,887*

Hastane Anksiyete Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ); 1983 yılında Zigmond ve ark. tarafından geliştirilen 1997 yılında Aydemir ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanan tıbbi bir hastalığı olanlarda duygu durum bozukluğunu taramak üzere geliştirilen bir ölçektir. Toplam 14 soru içeren ölçekte yedi soru anksiyeteyi, diğer yedi soru depresyonu ölçmektedir. Çalışmamızda HADÖ' nin sadece anksiyete kısmı kullanıldı. Kişinin geçen hafta nasıl hissettiğine göre işaretlenen her bir maddede dörtlü seçenekler bulunmakta ve her bir madde 0-3 arasında puan almaktadır. 1,2,3,6,7 maddeler giderek azalan şiddet gösterir ve puanlama 3,2,1,0 biçiminde iken 4,5. maddeler ise tam tersi şekilde 0,1,2,3 puan şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 21 'tir. Aydemir ve ark. yaptıkları geçerlik, güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için kesme puanı 10 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınan; 0-7 puan normal aralık, 8-10 puan duygu durum bozukluğunun varlığını düşündürmekte, 11 ve üzeri puan olası duygu durum bozukluğunu belirtmektedir. Aydemir ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin Türkçe formunun güvenilirlik-geçerlilik çalışmasında ölçeğin anksiyete kısmının Cronbach alfa katsayısı 0,85 bulunmuştur (118,119). Ölçek kullanımı için izin alındı (Ek 9). Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 bulundu. Çalışmamıza ait ölçeğin tüm Cronbach alfa değerleri Tablo 6'da, müdahale ve kontrol grubunun Cronbach alfa değerleri Tablo 6a'da sunuldu.

Tablo 6. Hastane Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri (n=98)

		İlk ölçüm	Cronbach alpha	3.ay ölçüm	Cronbach alpha	6.ay ölçüm	Cronbach alpha
Anksiyete puanı	*Min-Mak (Medyan)*	0-18 (6)	0,84	0-11 (3,5)	0,84	0-12 (3)	0,91
	Ort±Ss	6,09±3,86		4,02±3,44		3,85±3,44	
Anksiyete düzeyi; *n (%)*	**Normal (< 8 puan)**	68 (69,4)		80 (81,6)		82 (83,7)	
	Hafif (8-10 puan)	17 (17,3)		16 (16,3)		14 (14,3)	
	Orta (11-15 puan)	10 (10,2)		2 (2,0)		2 (2,0)	
	Şiddetli (≥ 16 puan)	3 (3,1)		0		0	

Tablo 6a. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastane Anksiyete Ölçeği İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri (Müdahale grubu=50, Kontrol grubu n=48)

		İlk ölçüm	3.ay ölçüm	6.ay ölçüm
		Cronbach alpha	Cronbach alpha	Cronbach alpha
Anksiyete puanı	*Müdahale*	*0,859*	*0,898*	*0,909*
	Kontrol	*0,784*	*0,883*	*0,907*

Karar Verme Dengesi Ölçeği

Karar Verme Dengesi Ölçeği; 1985 yılında Velicer ve ark. tarafından geliştirilen 2007 yılında Yalçınkaya ve Karanci tarafından Türkçe' ye uyarlanan sigara konusunda davranış değiştirmenin yarar ve zararlarını ortaya koymak üzere geliştirilen bir ölçektir. Madde sayısı 24 olan ölçek sigara içmenin olumlu yönleri ve sigara içmenin olumsuz yönleri olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi 1-Hiç katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Tamamen katılıyorum şeklinde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Her iki alt boyut için, ölçekten alınabilecek minimum puan 12, maksimum puan ise 60'dır. Ölçeğin; 12 maddesi 1, 2, 5, 6, 7, 10, 11, 13, 19, 20, 21, 24 sigara içmenin olumlu yönlerini, diğer 12 maddesi de sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama durumunu 3, 4, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 23 belirlemektedir. Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama davranış değişiminin engellerini belirtirken sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama ise davranış değişiminin pozitif yönde olacağını göstermektedir. Ölçek toplam puanı; sigara içmenin algılanan yarar toplam puanından, sigara içmenin algılanan zarar toplam puanının çıkarılması ile hesaplanmaktadır. Çıkan sonucun negatif (-) olması, karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan zararlarının baskın olduğunu belirtmektedir. Çıkan sonucun pozitif (+) olması, karar verme dengesinde sigara içmenin algılanan yararlarının baskın olduğunu belirtmektedir. Yalcınkaya ve Karanci tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin sigara içmenin olumlu yönleri alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0,74, olumsuz yönleri alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0,81 bulunmuştur (120,121). Ölçek kullanımı için izin alındı (Ek 9). Çalışmamızda Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,79 bulundu. Çalışmamıza ait ölçeğin tüm Cronbach alfa değerleri Tablo 7'de, müdahale ve kontrol grubunun Cronbach alfa değerleri Tablo 7a'da sunuldu.

Tablo 7. Karar Verme Dengesi Ölçeği Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri (n=98)

		İlk ölçüm	Cronbach alpha	3.ay ölçüm	Cronbach alpha	6.ay ölçüm	Cronbach alpha
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	*Min-Mak (Medyan)*	18-57 (36)	0,81	12-54 (31,5)	0,93	12-56 (28)	0,94
	Ort±Ss	35,46±7,73		30,35±11,29		28,77±13,48	
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	*Min-Mak (Medyan)*	25-59 (41)	0,73	25-53 (40)	0,51	26-51 (39)	0,41
	Ort±Ss	41,04±6,70		40,13±5,51		38,95±4,82	
Toplam algı	**Yararları algılama**	25 (25,5)	0,79	22 (22,4)	0,85	27 (27,6)	0,86
	Zararları algılama	73 (74,5)		76 (77,6)		71 (72,4)	

Tablo 7a. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Karar Verme Dengesi Ölçeği İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri (Müdahale grubu=50, Kontrol grubu n=48)

		İlk ölçüm	3.ay ölçüm	6.ay ölçüm
		Cronbach alpha	Cronbach alpha	Cronbach alpha
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	*Müdahale*	0,734	0,930	0,958
	Kontrol	0,842	0,925	0,955
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	*Müdahale*	0,731	0,533	0,374
	Kontrol	0,721	0,497	0,444
Toplam algı	*Müdahale*	0,767	0,858	0,869
	Kontrol	0,806	0,814	0,841

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi:

1978 yılında Dr. Karl Fagerström tarafından nikotine olan bağımlılık düzeylerinin değerlendirilmesi için geliştirilen test; 1992 yılında Fagerström, Heatherton ve Kazlowki tarafından yeniden ele alınmış ve Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi ortaya çıkmıştır. 2004 yılında Uysal ve ark. tarafından Türk dilinde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Toplamda 6 sorudan oluşan teste her soruya farklı puan verilmektedir. Test sonucu elde edilen toplam puanlara göre 0-4 puan nikotin bağımlılığı düşük, 5-6 puan orta, 7-10 puan yüksek şeklinde gruplandırılmaktadır (122,123). Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi puanlarının dağılımı Tablo 8'de sunuldu.

Tablo 8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanlarının Dağılımı

		İlk ölçüm (n=98)	**3.ay ölçüm (n=55)***	**6.ay ölçüm (n=54)***
Fagerström nikotin bağımlılık puanı	*Min-Mak (Medyan)*	0-10 (5)	0-10 (4)	0-9 (4)
	Ort±Ss	5,04±3,07	4,22±2,84	4,06±2,92
FNBT düzeyi; *n (%)*	**Düşük bağımlılık (0-4 puan)**	43 (43,9)	33 (60,0)	30 (55,6)
	Orta bağımlılık (5-6 puan)	19 (19,4)	7 (12,7)	10 (18,5)
	Yüksek bağımlılık (7-10 puan)	36 (36,7)	15 (27,3)	14 (25,9)

*Toplamda (müdahale+kontrol grubu) 3. ayda 43 hasta, 6. ayda 44 hasta sigarayı bıraktı. Sigara içmeyi bırakan hastalara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi yapılmadı.

VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) (Lisans No:1675948377483; Seri No:N7H5-J8E5-D4G2-H5L6-W2R7) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen verilerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton Exact testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösterenlerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman's Korelasyon Analizi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin takiplerinin değerlendirilmesinde Repeated Measures test (Tekrarlı ölçümlerde Varyans

Analizi) ve ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Bonferroni testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin takiplerinin değerlendirilmesinde Friedman test ve ikili karşılaştırmaların değerlendirilmesinde Wilcoxon Signed Ranks test kullanıldı. Anlamlılık en az $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi (124,125).

ÇALIŞMANIN SINIRLI YÖNLERİ

Çalışma tek bir merkezde yürütülmüştür. Çalışmanın sonuçları tüm sigara içen AKS'lu hastalar için genelleme yapılamaz ancak konu hakkında bir fikir sağlayabilir. Çalışmanın 6. ayında planlanan yüz-yüze görüşmelerde; kontrolleri olmaması nedeniyle poliklikte olmayacaklarını belirten ve şehir dışında ikamet etmeleri nedeni ile yüzyüze görüşmeye gelemeyeceklerini ifade eden hastaların 6. ay görüşmelerinin telefon ile yapılması çalışmanın sınırlılığı olabilir.

BULGULAR

Araştırma; Nisan 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin, sigarayı bırakma, öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla 98 kişi (50 müdahale 48 kontrol) ile yürütüldü. Araştırmadan elde edilen bulgular asağıdaki başlıklar halinde sunuldu.

- Kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin dağılımı.
- Kontrol ve müdahale grubunun ölçeklerden (Öz -Etkililik- Yeterlik Ölçeği, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Hastane Anksiyete Ölçeği, Karar Verme Dengesi Ölçeği) aldığı puanlara göre değerlendirilmesi.
- AKS'lu sigara içen hastaların ölçek puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN DAĞILIMI

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu ve algılanan aylık düzeyi müdahale ve kontrol grubu olarak Tablo 9'da sunuldu.

Müdahale grubunda yaş ortalaması 52,70±10,51 yıl olarak bulundu. Hastaların %34'ü kadın, % 64'ü ilkokul mezunu, %78'i evli , %42'si iki çocuk sahibi, %44'ü çalışmakta ve %64'ü algılanan aylık düzeyini orta olarak belirtti. Kontrol grubunda yaş ortalaması 50,98±10,96 yıl olarak saptandı. Hastaların %31,3' ü kadın, % 58,3' ü ilkokul mezunu, %85,4'i evli , %45,8'i iki çocuk sahibi, %60,4'ü çalışmakta ve %60,4'ünün algılanan aylık düzeyi orta olarak bulundu. Müdahale ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu,

medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumları ve algıladıkları aylık düzeyleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). **Müdahale ve kontrol grubu hastalar kişisel özellikler bakımından benzer özelliklere sahipti.**

Tablo 9. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Müdahale grubu (n=50)	Kontrol grubu (n=48)	Test değeri; p
		n (%)	n (%)	
Yaş (yıl)	*Min-Mak (Medyan)*	27-71 (54)	32-73 (48,5)	*t: 0,79*
	Ort±Ss	52,70±10,51	50,98±10,96	*[a]p: 0,43*
Cinsiyet	**Kadın**	17 (34,0)	15 (31,3)	*χ^2: 0,08*
	Erkek	33 (66,0)	33 (68,8)	*[b]p: 0,77*
Eğitim durumu	**İlkokul ve altı**	32 (64,0)	28 (58,3)	*χ^2: 1,07*
	Ortaokul	7 (14,0)	6 (12,5)	*[c]p: 0,83*
	Lise	9 (18,0)	10 (20,8)	
	Üniversite	2 (4,0)	4 (8,3)	
Medeni durum	**Evli**	39 (78,0)	41 (85,4)	*χ^2: 0,90*
	Bekar	11 (22,0)	7 (14,6)	*[b]p: 0,34*
Çocuk sayısı	**Yok**	8 (16,0)	3 (6,3)	*χ^2: 3,30*
	1 çocuk	7 (14,0)	11 (22,9)	*[b]p: 0,35*
	2 çocuk	21 (42,0)	22 (45,8)	
	≥ 3 çocuk	14 (28,0)	12 (25,0)	
Çalışma durumu	**Çalışıyor**	22 (44,0)	29 (60,4)	*χ^2: 2,64*
	Çalışmıyor	28 (56,0)	19 (39,6)	*[b]p: 0,10*
Algılanan aylık düzeyi	**Düşük**	18 (36,0)	15 (31,3)	*χ^2: 4,10*
	Orta	32 (64,0)	29 (60,4)	*[c]p: 0,14*
	Yüksek	0 (0)	4 (8,3)	

[a]Student t Test *[b]Pearson Ki-kare Test* *[c]Fisher-Freeman-Halton Exact Test*

Çalışmaya dahil edilen hastaların sigara kullanımı ve hastalık ile ilgili tanımlayıcı özellikleri müdahale ve kontrol grubu olarak Tablo 10'da sunuldu.

Müdahale grubunda ilk sigara kullanım yaş ortalaması 16,62±5,08 yıl sigara kullanım süresi ortalaması 34,92±11.17 yıl günlük içilen sigara sayısı adeti 26,32±18,58 sigara bırakma deneme süresi ortalaması 28,27±5-47,41 ay olarak bulundu. Hastaların babalarının %56'sı sigara kullanmakta idi. %68,0'i hastalıkla ilgili bilgi aldıklarını, %70' i bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtti. %66'sı MI tanısı ile takip edilmekte idi. % 58'i farklı bir kronik hastalığa sahipti.

Kontrol grubunda ilk sigara kullanım yaş ortalaması 15,42±4,20 yıl sigara kullanım süresi ortalaması 33,60±11.95 yıl günlük içilen sigara sayısı adeti 26,35±14,03, sigara bırakma deneme süresi ortalaması 11,9±5-16,60 ay olarak saptandı. Hastaların babalarının %66,7'sı sigara kullanmakta idi. %60,4'ü hastalıkla ilgili bilgi aldıklarını, %7,2'si bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu belirtti. %52,1'i MI tanısı ile takip edilmekte idi. % 45,8'inin farklı bir kronik hastalığı vardı.

Gruplar arasında hastaların ilk sigara kullanım yaşları, sigara kullanma süreleri ve günde içilen sigara sayıları, sigarayı bırakmayı deneme oranları, sigarayı bırakma süreleri, anne ve babalarının sigara kullanma durumu, evde başka sigara kullanan birey sayıları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05).

Gruplar arasında klinik tanı, hastalık ile ilgili bilgi alma, hastalık ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olma, sürekli takip ve tedavi edilmesi gereken hastalık oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0.05). **Müdahale ve kontrol grubu hastaları sigara kullanımı ve hastalıkla ilgili özellikleri açısından benzer bulundu.**

Tablo 10. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Sigara Kullanımı Ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Müdahale grubu (n=50)	**Kontrol grubu (n=48)**	***Test değeri; p***
		n (%)	**n (%)**	
Sigara ve alkol kullanımına ilişkin değerlendirmeler				
İlk sigara kullanım yaşı (yıl)	*Min-Mak (Medyan)*	8-40 (15,5)	8-25 (15)	*Z: -0,97*
	Ort±Ss	16,62±5,08	15,42±4,20	*[d]p: 0,34*
Sigara kullanım süresi (yıl)	*Min-Mak (Medyan)*	10-57 (35)	13-60 (30)	*Z: -0,77*
	Ort±Ss	34,92±11,17	33,60±11,95	*[d]p: 0,44*
Günde içilen sigara sayısı (adet)	*Min-Mak (Medyan)*	2-80 (20)	5-60 (20)	*Z: -0,62*
	Ort±Ss	26,32±18,58	26,35±14,03	*[d]p: 0,54*
Sigarayı bırakmayı deneme durumu	**Evet**	26 (52,0)	27 (56,3)	*χ^2: 0,18*
	Hayır	24 (48,0)	21 (43,8)	*[b]p: 0,67*
Sigarayı bırakmayı deneme süresi (ay) (n=53)	*Min-Mak (Medyan)*	0-192 (9)	0-72 (6)	*Z: 0,81*
	Ort±Ss	28,27±47,41	11,9±16,60	*[d]p: 0,42*
Anne sigara kullanımı	**Evet**	4 (8,0)	5 (10,4)	*χ^2: 0,17*
	Hayır	46 (92,0)	43 (89,6)	*[e]p: 0,74*
Baba sigara kullanımı	**Evet**	28 (56,0)	32 (66,7)	*χ^2: 1,17*
	Hayır	22 (44,0)	16 (33,3)	*[b]p: 0,28*
Evde başka birey sigara kullanımı	**Evet**	27 (54,0)	27 (56,3)	*χ^2: 0,05*
	Hayır	23 (46,0)	21 (43,8)	*[b]p: 0,82*
	Eş	18 (66,7)	16 (59,3)	
	Çocuklar	4 (14,8)	5 (18,5)	
	Kardeş	1 (3,7)	2 (7,4)	
	Eş+ çocuklar	4 (14,8)	4 (14,8)	
Alkol kullanımı	**Evet**	14 (28,0)	14 (29,2)	*χ^2: 0,28*
	Hayır	32 (64,0)	29 (60,4)	*[c]p: 0,96*
	Bırakmış	4 (8,0)	5 (10,4)	
Klinik tanı ve hastalıga ilişkin özellikler				
Klinik tanı	**Anjino pektoris**	17 (34,0)	23 (47,9)	*χ^2: 1,96*
	MI	33 (66,0)	25 (52,1)	*[b]p: 0,16*
Hastalık ile ilgili bilgi alma durumu	**Evet**	34 (68,0)	29 (60,4)	*χ^2: 0,61*
	Hayır	16 (32,0)	19 (39,6)	*[b]p: 0,43*
Hastalık ile ilgili bilgi düzeyiniz yeterlimi	**Evet**	15 (30,0)	10 (20,8)	*χ^2: 1,08*
	Hayır	35 (70,0)	38 (79,2)	*[b]p: 0,29*
Sürekli takip ve tedavi edilmesi gereken hastalık	**Var**	29 (58,0)	22 (45,8)	*χ^2: 1,45*
	Yok	21 (42,0)	26 (54,2)	*[b]p: 0,23*

[b]Pearson Ki-kare Test [c]Fisher-Freeman-Halton Exact Test [d]Mann Whitney U Test [e]Fisher's Exact Test

Çalışmaya dahil edilen hastaların bazı tanımlayıcı özellikleri müdahale ve kontrol grubu olarak Tablo 11'de sunuldu.

Müdahale grubunda hastaların %50'si yaşantılarının hareketsiz olduğunu, %40'ı kontrollerini düzenli yaptırdıklarını, %50'si diyet programına uymadıklarını, %54'ü bazen egzersiz yaptığını belirtti. Hastaların günlük aldığı ilaç miktarı 4,34±2,54 olarak belirlendi.

Kontrol grubunda hastaların %56,3'ü yaşantılarının hareketsiz olduğunu, %20,8'i kontrollerini düzenli yaptırdıklarını, %41,7'si diyet programına uymadıklarını, %56,3'ü bazen egzersiz yaptığını belirtti. Hastaların günlük aldığı ilaç miktarı 4,17±3,16 olarak bulundu.

Guruplar arasında; yaşamlarının hareketsiz olma durumu, kontrollerine düzenli gitme, ilaçlarını düzenli kullanma, günlük aldıkları ilaç miktarları, diyet programlarına uyma ve egzersiz yapma durumları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). **Müdahale ve kontrol grubu hastaları benzer tanımlayıcı özelliklere sahipti.**

Tablo 11. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Müdahale grubu (n=50)	**Kontrol grubu (n=48)**	***Test değeri; p***
		n (%)	**n (%)**	
Yaşamının hareketsiz olma durumu	**Evet**	25 (50,0)	27 (56,3)	*χ^2: 038*
	Hayır	25 (50,0)	21 (43,8)	*[b]p: 0,54*
Kontrollerine düzenli gitme durumu	**Her zaman**	20 (40,0)	10 (20,8)	*χ^2: 4,81*
	Çoğu zaman	12 (24,0)	15 (31,3)	*[b]p: 0,19*
	Bazen	5 (10,0)	9 (18,8)	
	Hiçbir zaman	13 (26,0)	14 (29,2)	
İlaçlarını düzenli kullanma durumu	**Her zaman**	19 (38,0)	19 (39,6)	*χ^2: 3,93*
	Çoğu zaman	18 (36,0)	11 (22,9)	*[b]p: 0,27*
	Bazen	3 (6,0)	8 (16,7)	
	Hiçbir zaman	10 (20,0)	10 (20,8)	
Günlük aldığı ilaç miktarı	*Min-Mak (Medyan)*	1-13 (4)	0-20 (3)	*Z: 0,58*
	Ort±Ss	4,34±2,54	4,17±3,16	*[d]p: 0,56*
Diyet programına uyma durumu	**Her zaman**	4 (8,0)	5 (10,4)	*χ^2: 0,85*
	Çoğu zaman	8 (16,0)	8 (16,7)	*[b]p: 0,86*
	Bazen	13 (26,0)	15 (31,3)	
	Hiçbir zaman	25 (50,0)	20 (41,7)	
Egzersiz yapma durumu	**Her zaman**	3 (6,0)	2 (4,2)	*χ^2: 1,17*
	Çoğu zaman	2 (4,0)	4 (8,3)	*[c]p: 0,81*
	Bazen	27 (54,0)	27 (56,3)	
	Hiçbir zaman	18 (36,0)	15 (31,3)	

[b]Pearson Ki-kare Test *[c]Fisher-Freeman-Halton Exact Test* *[d]Mann Whitney U Test* *[e]Fisher's Exact Test*

KONTROL VE MÜDAHALE GRUBUNUN ÖLÇEKLERDEN ALDIĞI PUANLARA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların gruplara göre karar verme dengesi ölçeği puanları Tablo 12'de sunuldu. Gruplara göre hastaların 0.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanları arasında

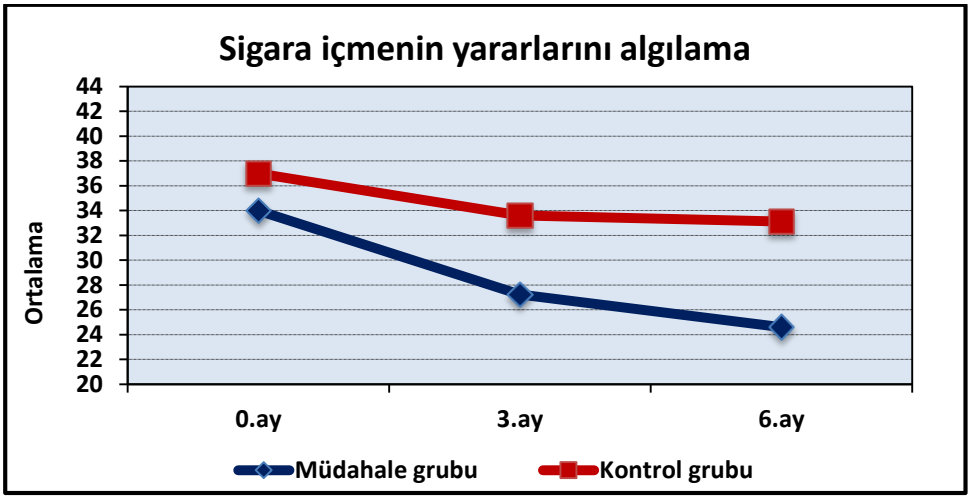
istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,06 p>0.05). Grupların 3.ay ve 6. ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı [3. ay (p=0,005; p<0.01) ve 6. ay (p=0,001; p<0.01)]. Müdahale grubunun 3.ay ve 6.ay sigaranın olumlu yönlerini algılama puanları kontrol grubundan daha düşüktü. Müdahale grubunda 0.aya göre 3.ay (p=0,001; p<0.01), 0.aya göre 6.ay (p=0,001; p<0.01) ve 3.aya göre 6.ay (p=0,023; p<0.05) sigara içmenin olumlu yönlerini algılma puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Kontrol grubunda 0.aya göre 3.ay (p=0,008) ve 0.aya göre 6.ay (p=0,023) sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p<0.05). Müdahale grubunun 0.aya göre 3. ay (p=0,049; p<0.05), 0. aya göre-6.ay (p=0,014; p<0.05) sigaranın olumlu yönlerini algılama puanlarındaki düşüş kontrol grubundan daha yüksek bulundu. **Motivasyonel görüşme uygulanan AKS'lu hastalarda sigaranın zararlarını algılama düzeyi kontrol grubundan daha yüksek bulundu.**

Müdahale grubunda 0.aya göre 6.ay sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama puanlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,002; p<0.01). Kontrol grubunda 0.ay, 3.ay ve 6.ay sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (sırasıyla p=0,59; p=0,59; p=0,76; p>0.05). Gruplara göre hastaların sigara içmenin yararlarını algılama puanlarına ilişkin dağılım Şekil 3'de sunuldu.

Tablo 12. Gruplara Göre Karar Verme Dengesi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

		Müdahale grubu (n=50)		**Kontrol grubu (n=48)**		***p***
		Ort±Ss		**Ort±Ss**		
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay	34,00±6,63		36,98±8,54		[a]*0,06*
	3.ay	27,22±10,77		33,60±11,00		[a]***0,005****
	6.ay	24,60±12,61		33,10±13,10		[a]***0,001****
	[f]***p***	***0,001****		***0,011****		
		Ort±Ss (Medyan)	[g]***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	[g]***p***	
	0.ay-3.ay	-6,78±8,49 (-4,5)	***0,001****	-3,38±7,38 (-2)	***0,008****	[d]***0,049****
	0.ay-6.ay	-9,40±10,99 (-9,5)	***0,001****	-3,88±10,91 (-3)	***0,023****	[d]***0,014****
	3.ay-6.ay	-2,62±6,65 (-3)	***0,023****	-0,50±6,29 (-1)	*1,00*	[d]*0,12*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay	41,40±6,67		40,67±6,78		[a]*0,59*
	3.ay	39,84±5,75		40,44±5,30		[a]*0,59*
	6.ay	38,80±4,64		39,10±5,04		[a]*0,76*
	[f]***p***	***0,003****		*0,110*		
		Ort±Ss (Medyan)	[g]***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	[g]***p***	
	0.ay-3.ay	-1,56±5,64 (-1)	*0,17*	-0,23±4,75 (-0,5)	*1,00*	[d]*0,27*
	0.ay-6.ay	-2,60±5,07 (-3)	***0,002****	-1,56±5,91 (0)	*0,22*	[d]*0,29*
	3.ay-6.ay	-1,04±4,34 (-2)	*0,29*	-1,33±4,50 (-2)	*0,14*	[d]*0,62*

[a]*Student t Test* [f]*Repeated Measures Test (Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi)* ***p<0.01*
[d]*Mann Whitney U Test* [g]*Adjustment for Multiple Comparisons: Bonferroni* **p<0.05*



Şekil 3. Gruplara göre sigara içmenin yararlarını algılama puanlarındaki değişime ilişkin dağılım

Hastaların gruplara göre öz-etkililik-yeterlik ölçeği puanları Tablo 13'de sunuldu. 0.ay, 3.ay ve 6.ay ölçek toplam puanları ile davranışa başlama, davranışı sürdürme, engellerle mücadele alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Grupların 0. ay davranışı tamamlama alt boyutunda istatistik olarak anlamlı farklılık saptanmaz iken, 3. ay ve 6. ay puanları motivasyonel görüşme yapılan grubun kontrol grubundan daha yüksek bulundu [3. ay ($p=0,027$; $p<0.05$) ve 6. ay ($p=0,020$; $p<0.05$)]. Gruplara göre hastaların davranışı tamamlama puanlarındaki değişime ilişkin dağılım şekil 4'te sunuldu.

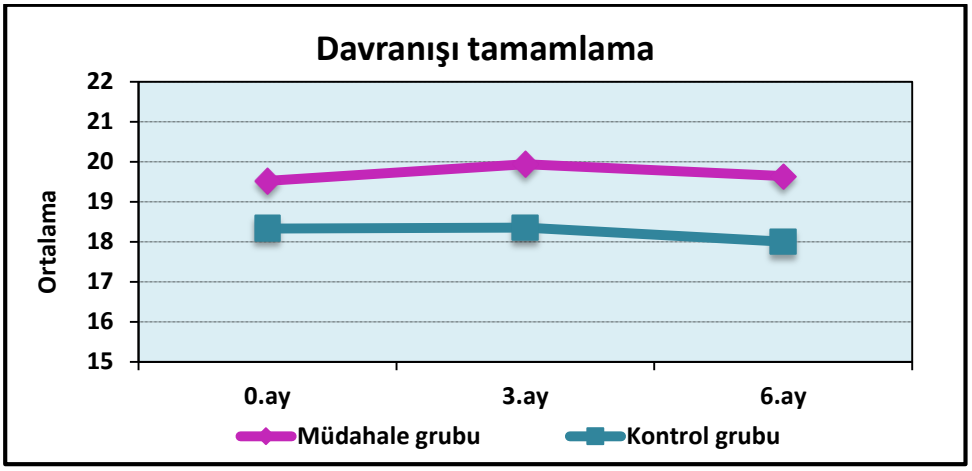
Motivasyonel görüşme uygulanan AKS'lu hastalarda davranışı tamamlama alanı kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu.

Tablo 13. Gruplara Göre Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

		Müdahale grubu (n=50)		Kontrol grubu (n=48)		*p*
		Ort±Ss		**Ort±Ss**		
Davranışa başlama	0.ay	33,64±4,34		33,44±4,32		[a]*0,82*
	3.ay	34,28±3,37		33,85±3,54		[a]*0,54*
	6.ay	34,46±3,11		33,79±3,84		[a]*0,35*
	[f]*p*	*0,086*		*0,327*		
		Ort±Ss (Medyan)	[g]***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	[g]***p***	
	0.ay-3.ay	0,64±2,03 (0)	*0,09*	0,42±1,93 (0)	*0,42*	[d]*0,92*
	0.ay-6.ay	0,82±2,72 (1)	*0,12*	0,35±2,22 (0)	*0,82*	[d]*0,84*
	3.ay-6.ay	0,18±1,59 (0)	*1,00*	-0,06±1,97 (0)	*1,00*	[d]*0,90*
Davranışı sürdürme	0.ay	28,80±4,21		27,48±4,66		[a]*0,14*
	3.ay	28,70±3,49		27,56±4,21		[a]*0,15*
	6.ay	28,92±3,72		27,40±4,09		[a]*0,06*
	[f]*p*	*0,757*		*0,929*		
		Ort±Ss (Medyan)	[g]***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	[g]***p***	
	0.ay-3.ay	-0,10±1,93 (0)	*1,00*	0,08±2,74 (0)	*1,00*	[d]*0,96*
	0.ay-6.ay	0,12±2,23 (0)	*1,00*	-0,08±3,0 (-0,5)	*1,00*	[d]*0,30*
	3.ay-6.ay	0,22±2,07 (0)	*1,00*	-0,17±2,98 (0)	*1,00*	[d]*0,469*
Davranışı tamamlama	0.ay	19,52±3,01		18,33±3,63		[a]*0,08*
	3.ay	19,94±3,08		18,35±3,85		[a]***0,027****
	6.ay	19,64±2,94		18,00±3,81		[a]***0,020****
	[f]***p***	***0,487***		***0,551***		
		Ort±Ss (Medyan)	[g]***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	[g]***p***	
	0.ay-3.ay	0,42±2,10 (0)	*0,49*	0,02±2,75 (0)	*1,00*	[d]*0,88*
	0.ay-6.ay	0,12±3,03 (0)	*1,00*	-0,33±2,59 (0)	*1,00*	[d]*0,52*
	3.ay-6.ay	-0,30±2,39 (0)	*1,00*	-0,35±2,51 (0)	*1,00*	[d]*0,77*
Engellerle mücadele	0.ay	9,60±2,03		9,21±2,39		[a]*0,38*
	3.ay	9,68±1,81		9,06±2,09		[a]*0,12*
	6.ay	9,36±1,82		9,06±2,31		[a]*0,48*
	[f]***p***	*0,245*		*0,156*		
		Ort±Ss (Medyan)	[g]***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	[g]***p***	
	0.ay-3.ay	0,08±1,44 (0)	*1,00*	-0,15±1,81 (0)	*1,00*	[d]*0,32*
	0.ay-6.ay	-0,24±1,70 (0)	*0,97*	-0,15±2,01(-0,5)	*1,00*	[d]*0,91*
	3.ay-6.ay	-0,32±1,32 (0)	*0,28*	0,00±1,57 (0)	*1,00*	[d]*0,30*
Toplam	0.ay	91,56±10,15		88,46±12,23		[a]*0,18*
	3.ay	92,60±9,32		88,83±11,09		[a]*0,07*
	6.ay	92,38±9,61		88,25±11,82		[a]*0,06*
	[f]***p***	***0,288***		***0,783***		
		Ort±Ss (Medyan)	[g]***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	[g]***p***	
	0.ay-3.ay	1,04±4,20 (1)	*0,26*	0,38±6,09 (0)	*1,00*	[d]*0,74*
	0.ay-6.ay	0,82±5,99 (0)	*1,00*	-0,21±6,75 (0)	*1,00*	[d]*0,57*
	3.ay-6.ay	-0,22±4,24 (0)	*1,00*	-0,58±6,08(-0,5)	*1,00*	[d]*0,65*

[a]*Student t Test* [f]*Repeated Measures Test (Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi)*

[d]*Mann Whitney U Test* [g]*Adjustment for Multiple Comparisons: Bonferroni* **p<0.05*



Şekil 4. Gruplara göre hastaların davranışı tamamlama puanlarındaki değişime ilişkin dağılımı

Hastaların gruplara göre hastane anksiyete puanlarının değerlendirilmesi Tablo 14' de sunuldu. Gruplara göre hastaların 0.ay, 3.ay ve 6.ay hastane anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (sırasıyla p=0,79; p=0,61; p=0,28; p>0.05). Motivasyonel görüşme ve kontrol grubunun 0.ay, 3.ay ve 6.ay hastane anksiyete puanlarındaki değişim arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p=0,001; p<0.01). Müdahale grubunun 0.aya göre 3.ay (p=0,001) ve 0.aya göre 6.ay (p=0,001), kontrol grubunun 0.aya göre 3.ay (p=0,002) ve 0.aya göre 6.ay (p=0,004) hastane anksiyete puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yönde azaldığı bulundu (p<0.01). **Her iki gruptaki hastaların anksiyete düzeylerinde azalma saptandı.**

Tablo 14. Gruplara Göre Hastane Anksiyete Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

		Müdahale grubu (n=50)		Kontrol grubu (n=48)		^{d}p
		Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)		
HAD-A	0.ay	6,04±4,19 (6)		6,15±3,53 (6)		*0,79*
	3.ay	3,82±3,43 (3)		4,23±3,48 (4)		*0,61*
	6.ay	3,48±3,30 (2)		4,23±3,59 (3,5)		*0,28*
	p	***0,001*****		***0,001*****		
		Ort±Ss (Medyan)	***p***	**Ort±Ss (Medyan)**	***p***	
	0.ay-3.ay	-2,22±3,78 (-2,5)	***0,001*****	-1,92±3,79 (-1,5)	***0,002*****	*0,45*
	0.ay-6.ay	-2,56±4,22 (-3)	***0,001*****	-1,92±4,34 (-2)	***0,004*****	*0,46*
	3.ay-6.ay	-0,34±3,37 (0)	*0,56*	0,00±3,89 (0)	*0,71*	*0,10*

*^{d}Mann Whitney U Test ^{h}Friedman Test ^{j}Wilcoxon Signed Ranks Test **p<0.01*

Tablo 15' de guruplara göre nikotin bağımlılık ölçeği puan değerlendirmesi sunuldu. 0. ayda gruplar arası istatistiksel bir anlamlılık bulunmadı. **3 ve 6. ay görüşmelerinde**

motivasyonel görüşme yapılan grubun puanları kontrol grubundan daha düşük bulundu (3. ay p= 0,046, p <0.05, 6. ay p= 0,011, p <0.05). Ölçekten alına puan azaldıkça bağımlıkta azalmaktadır. **Motivasyonel görüşme yapılan AKS'lu 50 kişiden 29'unun sigara içmeyi bırakırken, kontrol grubundan 48 kişiden 15'inin sigara içmeyi bıraktığı belirlendi.**

Tablo 15. Gruplara Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanının Değerlendirilmesi

		Müdahale grubu		Kontrol grubu		*p*
		n	**Ort±Ss (Medyan)**	**n**	**Ort±Ss (Medyan)**	
FNBT	**0.ay**	50	4,78±3,20 (4,5)	48	5,31±2,95 (5,5)	*0,41*
	3.ay	23	3,35±2,77 (3)	32	4,84±2,76 (4,5)	***0,046****
	6.ay	21	2,76±2,47 (2)	33	4,88±2,92 (5)	***0,011****

[d]*Mann Whitney U Test* **p<0.05*

Gruplara göre sigara bırakma oranları Tablo 16'de sunuldu. Çalışmamızda; motivasyonel görüşme yapılan hastaların sigarayı bırakma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,008; p<0.01). **Müdahale grubundaki hastaların sigarayı bırakma oranları, kontrol grubundan daha yüksek bulundu.**

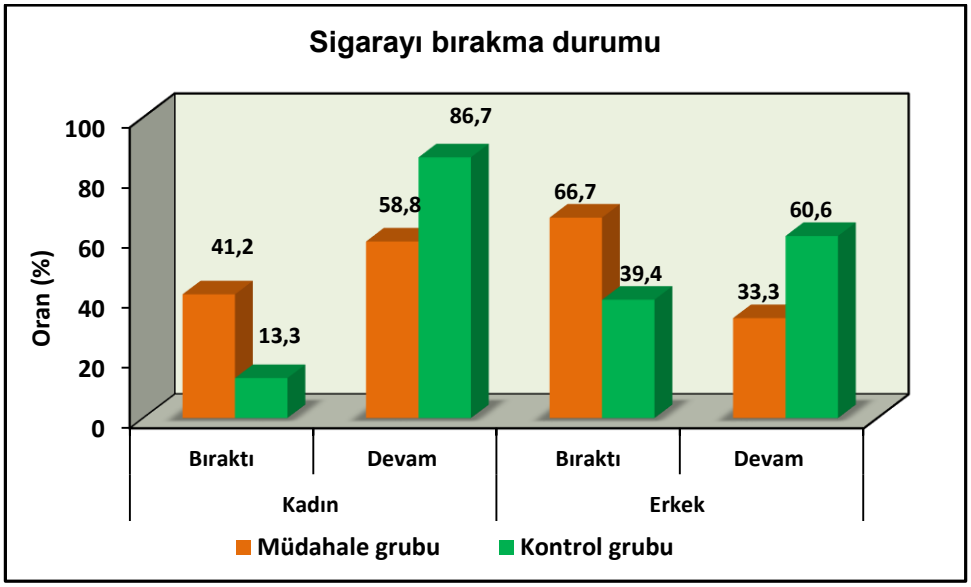
Motivasyonel görüşme yapılan kadın hastaların sigarayı bırakma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Motivasyonel görüşme yapılan erkek hastaların sigarayı bırakma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,026; p<0.05). Müdahale grubundaki erkek hastaların sigarayı bırakma oranları, kontrol grubundan daha yüksek bulundu. **Motivasyonel görüşmenin erkek hastalar üzerinde sigarayı bırakmada etkili olduğu belirlendi.** Gruplara göre hastaların sigara bırakma oranları şekil 5'de sunuldu.

Tablo 16. Gruplara ve Cinsiyete Göre Sigara Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi

	Sigarayı bırakma durumu	Müdahale grubu	Kontrol grubu	*p*
		n (%)	**n (%)**	
Toplam (n=98)	**Bıraktı**	29 (58,0)	15 (31,3)	[b]***0,008****
	Devam	21 (42,0)	33 (68,8)	
Kadın (n=32)	**Bıraktı**	7 (41,2)	2 (13,3)	[b] *0,12*
	Devam	10 (58,8)	13 (86,7)	
Erkek (n=66)	**Bıraktı**	22 (66,7)	13 (39,4)	[b]***0,026****
	Devam	11 (33,3)	20 (60,6)	

[b]*Pearson Ki-kare Test* [e]*Fisher's Exact Test* ***p<0.01* **p<0.05*



Şekil 5. Gruplara göre sigara bırakma oranlarının dağılımı

Cinsiyete göre ölçek puanlarındaki değişim Tablo 17'de değerlendirildi. Müdahale ve kontrol grubu hastalarının 0. aya göre 3. ay karar verme dengesi ölçeği sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,003$; $p<0.01$, $p=0,008$ $p<0.01$). Erkek hastaların puanlarındaki azalma, kadınlardan daha yüksek bulundu. **Erkek hastaların kadınlara göre sigara içmenin algılanan zararlarının daha baskın olduğu belirlendi.**

Müdahale ve kontrol grubu hastalarında 0. ay- 3. ay, 3. ay- 6.ay, 0. ay-6ay öz-etkililik-yeterlik ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında 0. ay- 3. ay, 0. ay-6. ay toplam hastane anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Müdahale grubunda 3. ay-6.ay hastane anksiyete ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken ($p>0.05$), kontrol grubunda 3.aya göre 6.ay toplam hastane anksiyete puanları erkek hastalarda kadınlara göre daha düşük bulundu ($p=0,023$ $p<0.05$). **Kontrol grubunda erkek hastaların anksiyete düzeyinin kadın hastalardan daha düşük olduğu belirlendi.**

Tablo 17. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirilmesi

		CİNSİYET					
		Müdahale grubu (n=50)			Kontrol grubu (n=48)		
		Kadın (n=17)	Erkek (n=33)	[d]p	Kadın (n=15)	Erkek (n=33)	[d]p
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Karar Verme Dengesi Ölçeği							
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-1,94±6,59 (-1)	-9,27±8,36 (-10)	***0,003*****	0,27±3,37 (0)	-5,03±8,12 (-3)	***0,008*****
	0.ay-6.ay	-5,59±10,00 (-7)	-11,36±11,10 (-11)	*0,07*	0,13±6,78 (-2)	-5,70±11,99 (-7)	*0,08*
	3.ay-6.ay	-3,65±7,76 (-1)	-2,09±6,06 (-4)	*0,77*	-0,13±5,14 (-2)	-0,67±6,82 (-1)	*0,97*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-1,82±3,70 (-1)	-1,42±6,46 (-1)	*0,98*	-0,67±4,39 (-1)	-0,03±4,96 (0)	*0,69*
	0.ay-6.ay	-3,41±4,85 (-3)	-2,18±5,20 (-3)	*0,49*	-1,00±5,30 (0)	-1,82±6,22 (-1)	*0,82*
	3.ay-6.ay	-1,59±3,84 (-2)	-0,76±4,61 (-1)	*0,29*	-0,33±5,16 (-2)	-1,79±4,17 (-3)	*0,47*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği							
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	0,35±1,17 (0)	0,79±2,36 (0)	*0,94*	-0,40±1,99 (0)	0,79±1,82 (1)	*0,10*
	0.ay-6.ay	0,71±1,90 (1)	0,88±3,09 (0)	*0,80*	-0,60±2,56 (0)	0,79±1,93 (1)	*0,09*
	3.ay-6.ay	0,35±1,22 (0)	0,09±1,76 (0)	*0,35*	-0,20±2,78 (0)	0,00±1,52 (0)	*0,71*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	0,41±1,62 (0)	-0,36±2,04 (0)	*0,25*	-0,27±3,22 (-1)	0,24±2,53 (0)	*0,13*
	0.ay-6.ay	0,71±1,96 (0)	-0,18±2,32 (0)	*0,24*	-0,73±2,52 (0)	0,21±3,19 (-1)	*0,66*
	3.ay-6.ay	0,29±1,83 (0)	0,18±2,21 (0)	*0,68*	-0,47±3,93 (0)	-0,03±2,51 (0)	*0,96*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	0,00±2,50 (0)	0,64±1,87 (0)	*0,36*	-0,60±3,56 (0)	0,30±2,30 (0)	*0,73*
	0.ay-6.ay	0,24±3,61 (0)	0,06±2,75 (0)	*0,90*	-0,60±2,50 (0)	-0,21±2,65 (0)	*0,80*
	3.ay-6.ay	0,24±2,08 (0)	-0,58±2,53 (-1)	*0,26*	0,00±3,30 (0)	-0,52±2,11 (-1)	*0,30*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	0,06±1,25 (0)	0,09±1,55 (0)	*0,88*	-0,53±1,73 (-1)	0,03±1,85 (0)	*0,38*
	0.ay-6.ay	-0,24±1,56 (0)	-0,24±1,79 (0)	*0,83*	-0,40±1,45 (-1)	-0,03±2,23 (0)	*0,95*
	3.ay-6.ay	-0,29±0,99 (0)	-0,33±1,47 (0)	*0,87*	0,13±1,64 (0)	-0,06±1,56 (0)	*0,65*
Toplam	0.ay-3.ay	0,82±4,91 (2)	1,15±3,87 (1)	*0,93*	-1,8±7,92 (-1)	1,36±4,89 (1)	*0,07*
	0.ay-6.ay	1,41±6,78 (0)	0,52±5,63 (0)	*0,61*	-2,33±6,82 (0)	0,76±6,59 (0)	*0,25*
	3.ay-6.ay	0,59±4,29 (1)	-0,64±4,22 (-1)	*0,37*	-0,53±8,98 (1)	-0,61±4,36 (-1)	*0,77*
Hastane Anksiyete Ölçeği							
Toplam	0.ay-3.ay	-1,94±3,36 (-3)	-2,36±4,02 (-2)	*0,73*	-2,07±3,39 (-1)	-1,85±4,01 (-2)	*0,93*
	0.ay-6.ay	-2,47±3,81 (-2)	-2,61±4,47 (-3)	*0,96*	-0,20±4,00 (-1)	-2,70±4,31 (-2)	*0,08*
	3.ay-6.ay	-0,53±3,73 (1)	-0,24±3,23 (0)	*0,98*	1,87±4,26 (1)	-0,85±3,46 (-1)	***0,023****

[d]Mann Whitney U Test ***p<0.01* **p<0.05*

Tablo 18’ de cinsiyete göre grupların ölçek puanlarındaki değişim değerlendirildi. Kadın hastalarda gruplar arası 0.aya göre 3.ay, 0.aya göre 6.ay ve 3.aya göre 6.ay karar verme dengesi ölçeği, öz-etkililik-yeterlik ölçeği ve hastane anksiyete ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Erkek hastalarda; karar verme dengesi ölçeği, sigara içmenin olumlu yönlerini algılama alt boyutunda 0. aya göre 3 ay ve 0. aya göre 6. ay motivasyonel görüşme yapılan erkek grubun puanlarındaki düşüş, kontrol gurubundan daha yüksek bulundu. ($p=0,042$ $p<0.05$, $p=0,045$ $p<0.05$). **Motivasyonel görüşme uygulanan AKS’ lu erkek hastaların sigaranın zararlarını algılamalarının arttığı belirlendi.** Erkek hastalarda gruplar arası 0. aya göre 3.ay, 0.aya göre 6.ay ve 3.aya göre 6.ay öz-etkililik-yeterlik ölçeği ve hastane anksiyete ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 18. Cinsiyete Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi

		CİNSİYET					
		Kadın (n=32)			Erkek (n=66)		
		Müdahale grubu (n=17)	Kontrol grubu (n=15)	[d]p	Müdahale grubu (n=33)	Kontrol grubu (n=33)	[d]p
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Karar Verme Dengesi Ölçeği							
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-1,94±6,59 (-1)	0,27±3,37 (0)	*0,45*	-9,27±8,36 (-10)	-5,03±8,12 (-3)	***0,042****
	0.ay-6.ay	-5,59±10,00 (-7)	0,13±6,78 (-2)	*0,15*	-11,36±11,10 (-11)	-5,70±11,99 (-7)	***0,045****
	3.ay-6.ay	-3,65±7,76 (-1)	-0,13±5,14 (-2)	*0,34*	-2,09±6,06 (-4)	-0,67±6,82 (-1)	*0,29*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-1,82±3,70 (-1)	-0,67±4,39 (-1)	*0,75*	-1,42±6,46 (-1)	-0,03±4,96 (0)	*0,30*
	0.ay-6.ay	-3,41±4,85 (-3)	-1,00±5,30 (0)	*0,20*	-2,18±5,20 (-3)	-1,82±6,22 (-1)	*0,71*
	3.ay-6.ay	-1,59±3,84 (-2)	-0,33±5,16 (-2)	*0,58*	-0,76±4,61 (-1)	-1,79±4,17 (-3)	*0,27*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği							
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	0,35±1,17 (0)	-0,40±1,99 (0)	*0,23*	0,79±2,36 (0)	0,79±1,82 (1)	*0,64*
	0.ay-6.ay	0,71±1,90 (1)	-0,60±2,56 (0)	*0,15*	0,88±3,09 (0)	0,79±1,93 (1)	*0,56*
	3.ay-6.ay	0,35±1,22 (0)	-0,20±2,78 (0)	*0,45*	0,09±1,76 (0)	0,00±1,52 (0)	*0,65*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	0,41±1,62 (0)	-0,27±3,22 (-1)	*0,12*	-0,36±2,04 (0)	0,24±2,53 (0)	*0,27*
	0.ay-6.ay	0,71±1,96 (0)	-0,73±2,52 (0)	*0,12*	-0,18±2,32 (0)	0,21±3,19 (-1)	*0,92*
	3.ay-6.ay	0,29±1,83 (0)	-0,47±3,93 (0)	*0,55*	0,18±2,21 (0)	-0,03±2,51 (0)	*0,67*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	0,00±2,50 (0)	-0,60±3,56 (0)	*0,91*	0,64±1,87 (0)	0,30±2,30 (0)	*0,74*
	0.ay-6.ay	0,24±3,61 (0)	-0,60±2,50 (0)	*0,58*	0,06±2,75 (0)	-0,21±2,65 (0)	*0,66*
	3.ay-6.ay	0,24±2,08 (0)	0,00±3,30 (0)	*0,65*	-0,58±2,53 (-1)	-0,52±2,11 (-1)	*0,93*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	0,06±1,25 (0)	-0,53±1,73 (-1)	*0,18*	0,09±1,55 (0)	0,03±1,85 (0)	*0,74*
	0.ay-6.ay	-0,24±1,56 (0)	-0,40±1,45 (-1)	*0,75*	-0,24±1,79 (0)	-0,03±2,23 (0)	*0,91*
	3.ay-6.ay	-0,29±0,99 (0)	0,13±1,64 (0)	*0,34*	-0,33±1,47 (0)	-0,06±1,56 (0)	*0,50*
Toplam	0.ay-3.ay	0,82±4,91 (2)	-1,8±7,92 (-1)	*0,27*	1,15±3,87 (1)	1,36±4,89 (1)	*0,65*
	0.ay-6.ay	1,41±6,78 (0)	-2,33±6,82 (0)	*0,20*	0,52±5,63 (0)	0,76±6,59 (0)	*0,80*
	3.ay-6.ay	0,59±4,29 (1)	-0,53±8,98 (1)	*0,61*	-0,64±4,22 (-1)	-0,61±4,36 (-1)	*0,90*
Hastane Anksiyete Ölçeği							
Toplam	0.ay-3.ay	-1,94±3,36 (-3)	-2,07±3,39 (-1)	*0,88*	-2,36±4,02 (-2)	-1,85±4,01 (-2)	*0,46*
	0.ay-6.ay	-2,47±3,81 (-2)	-0,20±4,00 (-1)	*0,20*	-2,61±4,47 (-3)	-2,70±4,31 (-2)	*0,96*
	3.ay-6.ay	-0,53±3,73 (1)	1,87±4,26 (1)	*0,19*	-0,24±3,23 (0)	-0,85±3,46 (-1)	*0,40*

[d]Mann Whitney U Test **p<0.05*

Yaş ile ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 19' da sunuldu. Müdahale grubunda yaş ile 3. aya göre 6. ay karar verme dengesi ölçeği sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama alt boyutu arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (r: 0,42; p=0,003; p<0.01). **Motivasyonel görüşme uygulanan grupta yaş arttıkça sigaranın zararlarını algılama düzeyinin arttığı belirlendi.** Müdahale grubunda yaş ile öz-etkililik-yeterlik ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarında ve hastane anksiyete toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05).

Kontrol grubunda yaş ile karar verme dengesi sigara içmenin olumlu ve olumsuz yönlerini algılama puanları ve öz-etkililik-yeterlik ölçeği toplam puanı ile alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0.05). Hastaların 3.aya göre 6.ay hastane anksiyete puanlarındaki değişim ile yaşları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (r: -0,31; p=0,032; p<0.05). **Kontrol grubu hastalarında yaş arttıkça hastane anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlendi.**

Tablo 19. Yaş İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi

		Yaş (yıl)			
		Müdahale grubu (n=50)		Kontrol grubu (n=48)	
		r	*p*	r	*p*
Karar Verme Dengesi Ölçeği					
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,08	*0,56*	-0,16	*0,26*
	0.ay-6.ay	0,01	*0,94*	-0,13	*0,37*
	3.ay-6.ay	0,02	*0,88*	-0,09	*0,53*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,21	*0,12*	0,10	*0,52*
	0.ay-6.ay	0,19	*0,19*	0,20	*0,16*
	3.ay-6.ay	0,42	***0,003****	0,17	*0,26*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği					
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	0,00	*0,96*	0,06	*0,66*
	0.ay-6.ay	0,09	*0,54*	0,01	*0,95*
	3.ay-6.ay	0,07	*0,63*	-0,10	*0,50*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	-0,07	*0,62*	-0,00	*0,99*
	0.ay-6.ay	-0,01	*0,94*	-0,06	*0,70*
	3.ay-6.ay	0,01	*0,94*	-0,07	*0,64*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	0,06	*0,67*	0,16	*0,29*
	0.ay-6.ay	-0,09	*0,55*	0,14	*0,35*
	3.ay-6.ay	-0,05	*0,71*	-0,03	*0,83*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	-0,10	*0,47*	0,12	*0,42*
	0.ay-6.ay	-0,02	*0,87*	-0,05	*0,75*
	3.ay-6.ay	0,09	*0,54*	-0,16	*0,29*
Toplam	0.ay-3.ay	0,00	*0,99*	0,06	*0,68*
	0.ay-6.ay	0,04	*0,80*	0,00	*0,98*
	3.ay-6.ay	0,01	*0,97*	-0,10	*0,52*
Hastane Anksiyete Ölçeği					
Toplam	0.ay-3.ay	0,11	*0,43*	0,08	*0,58*
	0.ay-6.ay	-0,00	*0,98*	-0,15	*0,31*
	3.ay-6.ay	-0,17	*0,23*	-0,31	***0,032****

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0.05* ***p<0.01*

Tablo 20'de eğitim durumlarına göre grupların ölçek puanlarındaki değişim sunuldu. Müdahale grubunda ortaokul ve altı mezun hastalarda, karar verme dengesi ölçeği sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanlarında 0, aya göre 3. ay, 0. aya göre 6. ay değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,020$; $p<0.05$, $p=0,024$; $p<0.05$). Müdahale grubunda sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanlarındaki düşüş, kontrol grubundan daha yüksekti. **Müdahale grubundaki ortaokul ve altı mezun hastaların kontrol grubuna göre sigaranın zararlarını daha fazla algıladığı bulundu.**

Kontrol grubunda karar verme dengesi ölçeği sigara içmenin olumlu yönlerini ve olumsuz yönlerini algılama alt boyutlarında eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Müdahale ve kontrol grubunda öz-etkililik- yeterlik ve hastane anksiyete ölçeği toplam puan ve alt boyutlarında eğitim durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 20. Eğitim Durumlarına Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi

		Eğitim durumu					
		Ortaokul ve altı (n=63)			Lise ve üzeri (n=25)		
		Müdahale grubu (n=39)	Kontrol grubu (n=34)	[d]p	Müdahale grubu (n=11)	Kontrol grubu (n=14)	[d]p
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Karar Verme Dengesi Ölçeği							
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-6,67±7,93 (-5)	-2,85±7,14 (-2)	***0,020****	-7,18±10,69 (-1)	-4,64±8,06 (-3,5)	*0,70*
	0.ay-6.ay	-9,33±10,18 (-9)	-3,68±11,45 (-2,5)	***0,024****	-9,64±14,04 (-14)	-4,36±9,86 (-6,5)	*0,20*
	3.ay-6.ay	-2,67±6,40 (-3)	-0,82±6,34 (-1)	*0,22*	-2,45±7,80 (-3)	0,29±6,33 (-2)	*0,35*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-1,44±5,87 (-1)	-0,59±4,40 (-0,5)	*0,46*	-2,00±4,92 (-1)	0,64±5,60 (-0,5)	*0,41*
	0.ay-6.ay	-2,36±5,22 (-3)	-1,59±6,22 (0)	*0,48*	-3,45±4,61 (-3)	-1,50±5,29 (-0,5)	*0,30*
	3.ay-6.ay	-0,92±4,27 (-2)	-1,00±4,79 (-2)	*0,84*	-1,45±4,78 (-2)	-2,14±3,76 (-3)	*0,62*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği							
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	0,59±1,96 (0)	0,47±2,05 (1)	*0,86*	0,82±2,36 (0)	0,29±1,68 (0)	*0,59*
	0.ay-6.ay	0,85±2,72 (1)	0,35±2,00 (0)	*0,66*	0,73±2,87 (0)	0,36±2,76 (0,5)	*0,74*
	3.ay-6.ay	0,26±1,73 (0)	-0,12±1,85 (0)	*0,49*	-0,09±0,94 (0)	0,07±2,3 (0,5)	*0,29*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	-0,08±2,09 (0)	-0,15±2,72 (0)	*0,84*	-0,18±1,25 (0)	0,64±2,79 (0)	*0,73*
	0.ay-6.ay	-0,03±2,32 (0)	-0,09±2,45 (0)	*0,71*	0,64±1,86 (0)	-0,07±4,16 (-1)	*0,17*
	3.ay-6.ay	0,05±2,18 (0)	0,06±2,44 (0)	*0,88*	0,82±1,6 (0)	-0,71±4,08 (-0,5)	*0,28*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	0,54±2,10 (0)	-0,15±3,01 (0,5)	*0,70*	,00±2,14 (-1)	0,43±2,03 (0)	*0,49*
	0.ay-6.ay	0,23±3,06 (0)	-0,53±2,33 (0)	*0,29*	-0,27±3,07 (0)	0,14±3,18 (1)	*0,74*
	3.ay-6.ay	-0,31±2,31 (0)	-0,38±2,52 (0)	*0,69*	-0,27±2,80 (-1)	-0,29±2,58 (0)	*0,93*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	0,18±1,54 (0)	-0,15±1,88 (-1)	*0,16*	-0,27±1,01 (0)	-0,14±1,70 (0)	*0,59*
	0.ay-6.ay	-0,23±1,78 (0)	-0,41±1,86 (-1)	*0,54*	-0,27±1,42 (0)	0,50±2,28 (0)	*0,57*
	3.ay-6.ay	-0,41±1,41 (-1)	-0,26±1,40 (0)	*0,49*	0,00±0,89 (0)	0,64±1,82 (0,5)	*0,46*
Toplam	0.ay-3.ay	1,23±4,38 (1)	0,03±6,58 (0,5)	*0,58*	0,36±3,61 (-1)	1,21±4,84 (-0,5)	*0,56*
	0.ay-6.ay	0,82±5,87 (0)	-0,68±5,62 (0)	*0,41*	0,82±6,71 (1)	0,93±9,08 (1)	*0,78*
	3.ay-6.ay	-0,41±4,09 (0)	-0,71±5,71 (-1)	*0,44*	0,45±4,89 (-1)	-0,29±7,12 (0)	*0,78*
Hastane Anksiyete Ölçeği							
Toplam	0.ay-3.ay	-2,0±3,63 (-2)	-1,88±4,17 (-1,5)	*0,57*	-2,64±4,43 (-3)	-2,00±2,8 (-1,5)	*0,60*
	0.ay-6.ay	-2,74±4,37 (-3)	-2,06±4,36 (-2,5)	*0,61*	-1,91±3,75 (-2)	-1,57±4,43 (-1,5)	*0,68*
	3.ay-6.ay	-0,64±3,53 (0)	-0,18±4,10 (0)	*0,69*	0,73±2,61 (1)	0,43±3,44 (0)	*0,21*

[d]Mann Whitney U Test **p<0.05*

Tablo 21'de klinik tanıya göre gurupların ölçek puanlarındaki değişim incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubunda karar verme dengesi ölçeği ve hastane anksiyete ölçeği toplam puan ve alt boyutlarında klinik tanıya göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

MI tanısı alan hastalarda öz-etkililik-yeterlik ölçeği 0. aya göre 6. ay davranışı sürdürme alt boyutunda müdahale grubunun puanlarında artış görülürken, kontrol grubunda ise düşüş gözlendi ($p=0,031$; $p<0.05$). **MI tanısı alan hastaların davranışı sürdürme alanı kontrol grubundaki MI'lı hastalara göre daha yüksek bulundu.**

Tablo 21. Klinik Tanıya Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi

		Klinik tanı					
		Anjino pectoris (n=40)			MI (n=58)		
		Müdahale grubu (n=17)	Kontrol grubu (n=23)	[d]p	Müdahale grubu (n=33)	Kontrol grubu (n=25)	[d]p
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Karar Verme Dengesi Ölçeği							
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-4,06±8,61 (-1)	-1,26±5,93 (-1)	*0,48*	-8,18±8,21 (-6)	-5,32±8,13 (-2)	*0,11*
	0.ay-6.ay	-7,82±11,13 (-8)	-1,74±9,38 (-1)	*0,10*	-10,21±11,00 (-10)	-5,84±12,01 (-4)	*0,14*
	3.ay-6.ay	-3,76±6,38 (-5)	-0,48±5,45 (-2)	*0,08*	-2,03±6,80 (-3)	-0,52±7,09 (-1)	*0,45*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-1,65±4,95 (-1)	-0,26±4,91 (0)	*0,43*	-1,52±6,03 (-1)	-0,20±4,70 (-1)	*0,43*
	0.ay-6.ay	-3,53±4,36 (-3)	-0,83±5,96 (0)	*0,07*	-2,12±5,40 (-3)	-2,24±5,90 (-2)	*0,70*
	3.ay-6.ay	-1,88±4,95 (-2)	-0,57±4,71 (-1)	*0,40*	-0,61±4,01 (-2)	-2,04±4,28 (-3)	*0,13*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği							
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	0,53±0,94 (0)	0,26±2,18 (1)	*0,97*	0,7±2,42 (0)	0,56±1,71 (0)	*0,85*
	0.ay-6.ay	1,18±2,13 (1)	0,13±2,38 (0)	*0,39*	0,64±3,00 (0)	0,56±2,08 (0)	*0,65*
	3.ay-6.ay	0,65±1,66 (1)	-0,13±2,30 (0)	*0,23*	-0,06±1,52 (0)	0,00±1,66 (0)	*0,40*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	-0,18±1,67 (0)	0,43±3,24 (0)	*0,40*	-0,06±2,08 (0)	-0,24±2,18 (0)	*0,44*
	0.ay-6.ay	-0,12±1,83 (0)	0,57±3,30 (1)	*0,33*	0,24±2,42 (0)	-0,68±2,63 (-1)	***0,031****
	3.ay-6.ay	0,06±1,85 (0)	0,13±3,67 (0)	*0,32*	0,30±2,2 (0)	-0,44±2,22 (-1)	*0,06*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	-0,06±2,59 (0)	-0,39±3,10 (0)	*0,99*	0,67±1,8 (0)	0,40±2,38 (1)	*0,93*
	0.ay-6.ay	-0,24±3,67 (0)	-0,39±2,73 (0)	*0,93*	0,30±2,70 (0)	-0,28±2,51 (0)	*0,61*
	3.ay-6.ay	-0,18±2,35 (0)	0,00±3,09 (0)	*0,89*	-0,36±2,45 (-1)	-0,68±1,84 (0)	*0,72*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	0,18±1,70 (0)	-0,35±1,77 (-1)	*0,39*	0,03±1,31 (0)	0,04±1,86 (0)	*0,55*
	0.ay-6.ay	-0,18±1,81 (0)	-0,48±1,75 (-1)	*0,37*	-0,27±1,66 (0)	0,16±2,21 (0)	*0,46*
	3.ay-6.ay	-0,35±0,7 (0)	-0,13±1,60 (0)	*0,60*	-0,30±1,55 (0)	0,12±1,56 (0)	*0,34*
Toplam	0.ay-3.ay	0,47±4,89 (-1)	-0,04±7,13 (0)	*0,74*	1,33±3,85 (1)	0,76±5,08 (0)	*0,43*
	0.ay-6.ay	0,65±6,70 (0)	-0,17±7,52 (0)	*0,85*	0,91±5,70 (0)	-0,24±6,11 (0)	*0,49*
	3.ay-6.ay	0,18±4,33 (0)	-0,13±7,65 (-1)	*0,85*	-0,42±4,24 (0)	-1,00±4,27 (0)	*0,61*
Hastane Anksiyete Ölçeği							
Toplam	0.ay-3.ay	-0,94±3,67 (-1)	-1,70±3,97 (-1)	*0,68*	-2,88±3,72 (-3)	-2,12±3,69 (-2)	*0,26*
	0.ay-6.ay	-2,29±4,00 (-2)	-1,57±4,64 (-2)	*0,77*	-2,70±4,38 (-3)	-2,24±4,11 (-2)	*0,56*
	3.ay-6.ay	-1,35±3,79 (0)	0,13±3,83 (0)	*0,71*	0,18±3,07 (0)	-0,12±4,02 (0)	*0,91*

[d]Mann Whitney U Test **p<0.05*

Tablo 22'da algılan aylık düzeyine göre grupların ölçek puanlarındaki değişim incelendi. Aylık gelir düzeyini orta/ yüksek olan tanımlayan hastalarda 0. aya göre 3. ay ve 0. aya göre 6. ay karar verme dengesi ölçeği sigaranın olumlu yönlerini algılama puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,042$; $p<0.05$, $p=0,037$; $p<0.05$). **Müdahale grubunda sigaranın olumlu yönlerini algılama puanlarındaki düşüş, kontrol grubundan daha yüksekti. Müdahale grubunda sigaranın zararlarını algılamanın kontrol grubundan daha baskın olduğu belirlendi**. Aynı grupta 0.aya göre 6.ay sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,030$; $p<0.05$). Müdahale grubunda 0.aya göre 6.ay sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama puanlarındaki azalmanın kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi. Aylık gelirini orta/yüksek olarak tanımlayan hastaların müdahale ve kontrol grupları arasında öz-etkililik-yeterlik ölçeği, hastane anksiyete ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Aylık gelirini düşük olarak tanımlayan müdahale ve kontrol grubu hastalarının karar verme dengesi ölçeği sigaranın olumlu yönlerini ve olumsuz yönlerini algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0.05$). Öz-etkililik- yeterlik ölçeği 3. aya göre 6.ay davranışı sürdürme alt boyut puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p=0,012$; $p<0.05$). Müdahale grubunun 3.aya göre 6.ay davranışı sürdürme puanlarında artış, kontrol grubunda ise düşüş izlendi. Aylık gelir düzeyini düşük olarak tanımlayan müdahale grubu hastalarında davranışı sürdürme düzeyi kontrol grubundan daha yüksek bulundu. Hastaların 0.aya göre 3.ay toplam hastane anksiyete puanlarındaki değişim, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi ($p=0,015$; $p<0.05$). Müdahale grubundaki hastaların 0.aya göre 3.ay toplam hastane anksiyete puanlarındaki düşüş, kontrol grubundan daha yüksek bulundu. **Aylık gelirini düşük olarak tanımlayan müdahale grubundaki hastaların anksiyete düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlendi.**

Tablo 22. Algılanan Aylık Düzeyine Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi

		Algılanan aylık düzeyi					
		Düşük (n=33)			Orta/ yüksek (n=65)		
		Müdahale grubu (n=18)	Kontrol grubu (n=15)	[d]p	Müdahale grubu (n=32)	Kontrol grubu (n=33)	[d]p
		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)		Ort±Ss (Medyan)	Ort±Ss (Medyan)	
Karar Verme Dengesi Ölçeği							
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-5,17±8,69 (-3)	-2,87±7,55 (-2)	*0,47*	-7,69±8,38 (-5,5)	-3,61±7,41 (-2)	***0,042****
	0.ay-6.ay	-8,17±12,39 (-8)	-1,93±11,73 (-1)	*0,16*	-10,09±10,26 (-11)	-4,76±10,59 (-3)	***0,037****
	3.ay-6.ay	-3,00±6,47 (-4)	0,93±6,22 (2)	*0,11*	-2,41±6,84 (-3)	-1,15±6,31 (-1)	*0,49*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-1,06±5,00 (-1)	-2,8±4,30 (-4)	*0,22*	-1,84±6,02 (-1)	0,94±4,53 (0)	*0,05*
	0.ay-6.ay	-1,83±5,17 (-3)	-4,47±5,19 (-7)	*0,13*	-3,03±5,04 (-3)	-0,24±5,8 (0)	***0,030****
	3.ay-6.ay	-0,78±5,02 (-2)	-1,67±3,52 (-2)	*0,77*	-1,19±3,99 (-1,5)	-1,18±4,93 (-2)	*0,73*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği							
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	0,502,07 (0)	1,20±1,15 (1)	*0,07*	0,72±2,04 (0)	0,06±2,12 (0)	*0,20*
	0.ay-6.ay	0,56±2,38 (1)	1,20±1,32 (2)	*0,25*	0,97±2,92 (0)	-0,03±2,44 (0)	*0,32*
	3.ay-6.ay	0,06±1,11 (0)	0,00±1,07 (0)	*0,81*	0,25±1,81 (0)	-0,09±2,28 (0)	*0,97*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	0,22±1,4 (0)	0,80±2,65 (0)	*0,77*	-0,28±2,17 (0)	-0,24±2,75 (0)	*0,93*
	0.ay-6.ay	0,94±1,89 (0)	0,07±2,12 (0)	*0,22*	-0,34±2,29 (0)	-0,15±3,36 (-1)	*0,76*
	3.ay-6.ay	0,72±1,36 (0,5)	-0,73±1,94 (0)	***0,012****	-0,06±2,35 (0)	0,09±3,35 (0)	*0,52*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	-0,11±1,97 (0)	0,33±2,41 (0)	*0,55*	0,72±2,14 (0,5)	-0,12±2,91 (0)	*0,45*
	0.ay-6.ay	-0,28±3,03 (0)	0,07±1,79 (0)	*0,74*	0,34±3,06 (0,5)	-0,52±2,88 (0)	*0,32*
	3.ay-6.ay	-0,17±1,98 (-0,5)	-0,27±1,49 (0)	*0,77*	-0,38±2,62 (0)	-0,39±2,88 (0)	*0,84*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	-0,06±1,55 (0)	-0,27±1,91 (-1)	*0,46*	0,16±1,39 (0)	-0,09±1,79 (0)	*0,43*
	0.ay-6.ay	-0,56±1,69 (-1)	-0,53±1,92 (-1)	*0,73*	-0,06±1,70 (0)	0,03±2,05 (0)	*0,99*
	3.ay-6.ay	-0,50±1,1 (-1)	-0,27±0,96 (0)	*0,46*	-0,22±1,43 (0)	0,12±1,78 (0)	*0,43*
Toplam	0.ay-3.ay	0,56±4,15 (0,5)	2,07±5,12 (2)	*0,39*	1,31±4,28 (1)	-0,39±6,41 (0)	*0,36*
	0.ay-6.ay	0,67±5,46 (0)	0,80±4,35 (0)	*0,96*	0,91±6,36 (0,5)	-0,67±7,61 (0)	*0,48*
	3.ay-6.ay	0,11±2,49 (-0,5)	-1,27±3,06 (-1)	*0,18*	-0,41±4,99 (0)	-0,27±7,06 (0)	*0,823*
Hastane Anksiyete Ölçeği							
Toplam	0.ay-3.ay	-2,83±3,26 (-3)	-0,47±2,29 (0)	***0,015****	-1,88±4,05 (-2)	-2,58±4,17 (-2)	*0,61*
	0.ay-6.ay	-2,83±3,67 (-3)	-2,27±3,03 (-2)	*0,55*	-2,41±4,55 (-2,5)	-1,76±4,85 (-2)	*0,59*
	3.ay-6.ay	0,00±3,29 (0,5)	-1,80±2,96 (-1)	*0,15*	-0,53±3,45 (0)	0,82±4,03 (0)	*0,32*

[d]Mann Whitney U Test **p<0.05*

Tablo 23'de ilk sigara kullanım yaşı ile ölçek puanları arasındaki ilişki incelendi. Müdahale grubunda karar verme dengesi ölçeği ve hastane anksiyete ölçeği arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05). Öz-etkililik-yeterlik ölçeğinde hastaların 0. aya göre 6. aya toplam puanlarındaki değişim ile ilk sigara kullanım yaşları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (r: 0,29; p=0,041; p<0.05). **Müdahale grubundaki hastaların ilk sigara kullanım yaşı arttıkça öz-etkililik-yeterlik düzeyleri de arttı.**

Kontrol grubunda; hastaların 3.aya göre 6.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanlarındaki değişim ile ilk sigara kullanım yaşları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (r: 0,34; p=0,017; p<0.05). **Kontrol grubunda ilk sigara kullanım yaşı arttıkça, sigara içmenin olumlu yönlerini algılama düzeyinin arttığı belirlendi.** Öz-etkililik-yeterlik ölçeği ve hastane anksiyete ölçeği ile ilk sigara kulanım yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

Tablo 23. İlk Sigara Kullanım Yaşı İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi

		İlk sigara kullanım yaşı (yıl)			
		Müdahale grubu (n=50)		**Kontrol grubu (n=48)**	
		r	***p***	**r**	***p***
Karar Verme Dengesi Ölçeği					
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,15	*0,31*	-0,08	*0,60*
	0.ay-6.ay	-0,25	*0,08*	0,19	*0,19*
	3.ay-6.ay	-0,21	*0,14*	0,34	***0,017****
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	0,04	*0,80*	0,03	*0,85*
	0.ay-6.ay	0,09	*0,52*	0,16	*0,27*
	3.ay-6.ay	0,09	*0,52*	0,25	*0,09*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği					
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	0,17	*0,24*	0,10	*0,51*
	0.ay-6.ay	0,26	*0,07*	-0,02	*0,91*
	3.ay-6.ay	0,26	*0,07*	-0,11	*0,48*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	0,06	*0,66*	0,14	*0,36*
	0.ay-6.ay	0,04	*0,79*	0,15	*0,30*
	3.ay-6.ay	-0,10	*0,97*	0,10	*0,50*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	0,13	*0,38*	0,24	*0,11*
	0.ay-6.ay	0,21	*0,15*	0,13	*0,37*
	3.ay-6.ay	0,15	*0,31*	-0,16	*0,27*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	0,15	*0,30*	0,01	*0,93*
	0.ay-6.ay	0,21	*0,14*	0,13	*0,38*
	3.ay-6.ay	0,11	*0,45*	0,17	*0,26*
Toplam	0.ay-3.ay	0,18	*0,21*	0,16	*0,27*
	0.ay-6.ay	0,29	***0,041****	0,21	*0,16*
	3.ay-6.ay	0,19	*0,19*	-0,01	*0,94*
Hastane Anksiyete Ölçeği					
Toplam	0.ay-3.ay	-0,06	*0,68*	-0,18	*0,23*
	0.ay-6.ay	-0,08	*0,59*	0,14	*0,36*
	3.ay-6.ay	0,04	*0,77*	0,25	*0,09*

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0.05*

Tablo 24'de sigara kullanım süresi ile ölçek puanlarındaki ilişki incelendi. Müdahale gurubunda öz-etkililik-yeterlik ölçeği ve hastane anksiyete ölçeği ile sigara kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05). Müdahale grubunda hastaların 3.aya göre 6.ay karar verme dengesi ölçeği sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama alt boyutu puanlarındaki değişim ile sigara kullanım süresi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (r: 0,39; p=0,005; p<0.01). **Motivasyonel görüşme yapılan hastaların sigara kullanım süresi arttıkça sigaranın zararlarını algılama düzeyi de arttı**.

Kontrol grubunda; öz-etkililik-yeterlik ölçeği ve karar verme dengesi ölçeği sigaranın olumlu yönleri ve olumsuz yönlerini algılama alt boyutlarında sigara kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0.05). 3.aya göre 6.ay hastane anksiyete puanlarındaki değişim ile sigara kullanım süresi arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (r: -0,46; p=0,001; p<0.01). **Kontrol grubundaki hastaların sigara kullanım yılı arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı bulundu.**

Tablo 24. Sigara Kullanım Süresi İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi

		Sigara kullanım süresi (yıl)			
		Müdahale grubu (n=50)		**Kontrol grubu (n=48)**	
		r	***p***	**r**	***p***
Karar Verme Dengesi Ölçeği					
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,10	*0,96*	-0,20	*0,18*
	0.ay-6.ay	0,09	*0,53*	-0,25	*0,09*
	3.ay-6.ay	0,06	*0,66*	-0,23	*0,11*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,17	*0,23*	0,14	*0,34*
	0.ay-6.ay	0,20	*0,17*	0,15	*0,32*
	3.ay-6.ay	0,39	***0,005****	0,10	*0,98*
Öz-Etkililik -Yeterlik Ölçeği					
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	-0,03	*0,86*	-0,06	*0,67*
	0.ay-6.ay	-0,02	*0,87*	-0,05	*0,75*
	3.ay-6.ay	-0,11	*0,46*	-0,00	*0,99*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	-0,16	*0,27*	-0,07	*0,63*
	0.ay-6.ay	-0,07	*0,62*	-0,14	*0,35*
	3.ay-6.ay	0,06	*0,70*	-0,03	*0,83*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	0,020	*0,91*	0,06	*0,70*
	0.ay-6.ay	-0,16	*0,27*	0,04	*0,76*
	3.ay-6.ay	-0,12	*0,40*	0,00	*0,98*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	-0,20	*0,16*	0,18	*0,21*
	0.ay-6.ay	-0,17	*0,25*	-0,034	*0,82*
	3.ay-6.ay	0,00	*0,10*	-0,22	*0,14*
Toplam	0.ay-3.ay	-0,10	*0,50*	-0,04	*0,78*
	0.ay-6.ay	-0,10	*0,48*	-0,09	*0,55*
	3.ay-6.ay	-0,10	*0,502*	-0,02	*0,88*
Hastane Anksiyete Ölçeği					
Toplam	0.ay-3.ay	0,11	*0,43*	0,17	*0,25*
	0.ay-6.ay	-0,10	*0,97*	-0,23	*0,12*
	3.ay-6.ay	-0,21	*0,14*	-0,46	***0,001****

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı ***p<0.01*

Tablo 25' de günde içilen sigara sayısı ile ölçek puanlarındaki değişim sunuldu. Müdahale ve kontrol grubu hastalarında karar verme dengesi ölçeği ile hastane anksiyete ölçeği puanlarındaki değişim ile günde içilen sigara sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

Müdahale grubunda öz-etkililik-yeterlik ölçeği toplam puan ve alt boyut puanlarındaki değişim ile günde içilen sigara sayısı arasında istatistiksel bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

Kontrol grubunda hastaların 3.aya göre 6.ay davranışı sürdürme ve toplam puanlarındaki değişim ile günde içilen sigara sayısı arasında negatif yönlü anlamı ilişki bulundu (r: -0,42; p=0,003; p<0.01, r: -0,37; p=0,009; p<0.01). **Kontrol grubundaki hastaların günde içilen sigara sayısı arttıkça öz-etkililik-yeterlik ve davranışı sürdürme düzeyinin azaldığı belirlendi.**

Tablo 25. Günde İçilen Sigara Sayısı İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi

		Günde içilen sigara sayısı (adet)			
		Müdahale grubu (n=50)		**Kontrol grubu (n=48)**	
		r	***p***	**r**	***p***
Karar Verme Dengesi Ölçeği					
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,19	*0,20*	-0,029	*0,85*
	0.ay-6.ay	-0,06	*0,68*	0,003	*0,99*
	3.ay-6.ay	0,15	*0,31*	0,105	*0,48*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,25	*0,08*	0,001	*0,99*
	0.ay-6.ay	-0,21	*0,14*	-0,153	*0,30*
	3.ay-6.ay	0,03	*0,84*	-0,197	*0,18*
Öz-Etkililik - Yeterlik Ölçeği					
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	-0,02	*0,90*	0,170	*0,25*
	0.ay-6.ay	-0,10	*0,48*	0,123	*0,41*
	3.ay-6.ay	-0,15	*0,30*	-0,056	*0,70*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	-0,09	*0,52*	0,266	*0,07*
	0.ay-6.ay	0,05	*0,75*	-0,024	*0,87*
	3.ay-6.ay	0,12	*0,39*	-0,423	***0,003****
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	0,11	*0,44*	0,138	*0,35*
	0.ay-6.ay	0,06	*0,71*	-0,130	*0,38*
	3.ay-6.ay	-0,05	*0,71*	-0,245	*0,09*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	0,04	*0,78*	0,070	*0,64*
	0.ay-6.ay	0,11	*0,44*	0,032	*0,83*
	3.ay-6.ay	0,08	*0,60*	-0,078	*0,60*
Toplam	0.ay-3.ay	0,00	*0,10*	0,221	*0,13*
	0.ay-6.ay	0,02	*0,88*	-0,036	*0,81*
	3.ay-6.ay	0,03	*0,84*	-0,372	***0,009****
Hastane Anksiyete Ölçeği					
Toplam	0.ay-3.ay	-0,15	*0,30*	0,19	*0,19*
	0.ay-6.ay	-0,11	*0,45*	0,09	*0,53*
	3.ay-6.ay	0,04	*0,80*	-0,16	*0,28*

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı ***p<0.01*

Tablo 26'de sigarayı bırakmayı deneme süresi ile ölçek puanları arasındaki değişim sunuldu. Müdahale grubunda; karar verme dengesi ve hastane anksiyete ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). Hastaların öz-etkililik-yeterlik ölçeği 3 aya göre 6. ay toplam puan, davranışı tamamlama, engellerle mücadele ile 0.aya göre 6. ay engellerle mücadele mücadele puanları ile sigarayı bırakma deneme süresi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0.05$). **Müdahale grubunda sigarayı bırakmayı deneme süresi arttıkça öz etkililik-yeterlik düzeylerinin de arttığı belirlendi.**

Kontrol grubunda; hastaların sigarayı bırakmayı deneme süresi ile karar verme dengesi ölçeği sigara içmenin olumlu yönlerini ve olumsuz yönlerini algılama at boyut puanları, öz-etkililik-yeterlik ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$). 0.aya göre 3.ay ve 0. aya göre 6. ay e hastane anksiyete puanlarındaki değişim ile sigarayı bırakmayı deneme süresi arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu (r: 0,50; p=0,009; $p<0.01$, r:0,44; p=0,021; $p<0.05$). **Kontrol grubundaki hastaların sigara bırakmayı deneme süresi arttıkça anksiyete düzeylerinin arttığı belirlendi.**

Tablo 26. Sigarayı bırakmayı deneme süresi ile ölçek puanlarındaki değişimlerin ilişkisi

		Sigarayı bırakmayı deneme süresi (ay)			
		Müdahale grubu (n=50)		Kontrol grubu (n=48)	
		r	*p*	r	*p*
Karar Verme Dengesi Ölçeği					
Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama	0.ay-3.ay	0,09	*0,66*	-0,01	*0,973*
	0.ay-6.ay	-0,08	*0,70*	0,19	*0,352*
	3.ay-6.ay	-0,35	*0,08*	0,21	*0,291*
Sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama	0.ay-3.ay	-0,07	*0,74*	0,17	*0,396*
	0.ay-6.ay	0,18	*0,37*	0,35	*0,076*
	3.ay-6.ay	0,19	*0,34*	0,32	*0,104*
Öz-Etkililik - Yeterlik Ölçeği					
Davranışa başlama	0.ay-3.ay	-0,37	*0,06*	0,13	*0,530*
	0.ay-6.ay	-0,22	*0,29*	0,20	*0,310*
	3.ay-6.ay	0,04	*0,85*	0,16	*0,440*
Davranışı sürdürme	0.ay-3.ay	-0,31	*0,12*	-0,24	*0,220*
	0.ay-6.ay	-0,03	*0,87*	-0,00	*0,988*
	3.ay-6.ay	0,27	*0,19*	0,26	*0,191*
Davranışı tamamlama	0.ay-3.ay	-0,04	*0,87*	0,19	*0,336*
	0.ay-6.ay	0,30	*0,13*	0,16	*0,435*
	3.ay-6.ay	0,43	***0,028****	-0,02	*0,924*
Engellerle mücadele	0.ay-3.ay	0,12	*0,58*	0,03	*0,892*
	0.ay-6.ay	0,43	***0,027****	0,12	*0,550*
	3.ay-6.ay	0,42	***0,035****	0,19	*0,340*
Toplam	0.ay-3.ay	-0,33	*0,10*	-0,04	*0,828*
	0.ay-6.ay	0,13	*0,53*	0,15	*0,443*
	3.ay-6.ay	0,49	***0,010****	0,11	*0,574*
Hastane Anksiyete Ölçeği					
Toplam	0.ay-3.ay	0,09	*0,67*	0,50	***0,009***
	0.ay-6.ay	0,21	*0,30*	0,44	***0,021****
	3.ay-6.ay	0,15	*0,47*	-0,03	*0,86*

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı **p<0.05* ***p<0.01*

AKS'LU SİGARA İÇEN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ölçek puanları arasındaki ilişki Tablo 27' de sunuldu.

Karar Verme Dengesi Ölçeği, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ilişkisi incelendiğinde; hastaların 0 ay, 3.ay ve 6.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile davranışa başlama puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptandı ($p<0.05$). Hastaların sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanı arttıkça, davranışa başlama puanında düşüş görüldü. 0.ay ve 3.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile davranışı sürdürme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$), fakat 6.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile davranışı sürdürme puanları

arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptandı ($p<0.05$). Hastaların 0.ay, 3.ay ve 6.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile davranışı tamamlama puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.01$). **Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanı arttıkça, davranışı tamamlama puanında düşüş görülmektedir. Yani hastalarda sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanları arttıkça sigarayı bırakma zorlaşmaktadır.** 0.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile engellerle mücadele puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmaz iken ($p>0.05$), 3.ay ve 6.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile engellerle mücadele puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptandı ($p<0.05$). Yani 3.ay ve 6.ayda sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanı arttıkça, engellerle mücadele puanında düşüş görüldü. Hastaların 0.ay, 3.ay ve 6.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile toplam puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). **Sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanı azaldıkça, hastaların toplam öz-etkililik-yeterlik puanları arttı.**

Hastaların 0.ay, 3.ay ve 6.ay sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama ile davranışa başlama, davranışı sürdürme, davranışı tamamlama, engellerle mücadele ve öz-etkilik-yeterlik toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Karar Verme Dengesi Ölçeği - Hastane Anksiyete Ölçeği ilişkisi incelendiğinde; hastaların; 0.ay, 3.ay ve 6.ay sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile hastane anksiyete puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptandı ($p<0.01$). **Hastalar sigara içmenin olumlu yönlerini algıladıkça hastane anksiyete puanı artmaktadır.** 0.ay ve 6.ay sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama ile hastane anksiyete puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki bulundu ($p<0.05$).

Hastane Anksiyete Ölçeği, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ilişkisi incelendiğinde; 0.ay ve 3.ay hastane anksiyete puanı ile davranışa başlama puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$). 6.ay hastane anksiyete puanı ile davranışa başlama puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptandı ($p<0.01$). 0.ay, 3.ay ve 6.ay hastane anksiyete puanı ile davranışı tamamlama puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptandı ($p<0.01$). **Hastalar sigara içme davranışını devam ettirdikçe hastane anksiyete puanları artmaktadır.** 0.ay ve 3.ay hastane anksiyete puanı ile engellerle mücadele puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki bulundu ($p<0.01$). Hastaların 6.ay hastane anksiyete puanı ile engellerle mücadele puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

0.ay, 3.ay ve 6.ay hastane anksiyete puanı ile toplam öz-etkililik-yeterlik puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki saptandı. (p<0.05). **Hastaların öz-etkililik-yeterlik düzeyleri arttıkça anksiyete düzeyleri azalmaktadır.**

Tablo 27. AKS Hastalarının Ölçek Puanlarının İlişkisi (n=98)

		0.ay	3.ay	6.ay
Karar Verme Dengesi Ölçeği – Öz- Etkililik-Yeterlik Ölçeği ilişkisi				
Olumlu yönlerini algılama - Davranışa başlama	**r**	-0,20	-0,26	-0,35
	p	***0,049****	***0,009****	***0,001****
Olumlu yönlerini algılama - Davranışı sürdürme	**r**	-0,13	-0,16	-0,32
	p	*0,19*	*0,13*	***0,001****
Olumlu yönlerini algılama - Davranışı tamamlama	**r**	-0,27	-0,49	-0,57
	p	***0,007****	***0,001****	***0,001****
Olumlu yönlerini algılama - Engellerle mücadele	**r**	-0,14	-0,39	-0,40
	p	*0,17*	***0,001****	***0,001****
Olumlu yönlerini algılama - Toplam	**r**	-0,24	-0,39	-0,49
	p	***0,018****	***0,001****	***0,001****
Olumsuz yönlerini algılama - Davranışa başlama	**r**	-0,16	-0,10	-0,01
	p	*0,12*	*0,95*	*0,89*
Olumsuz yönlerini algılama - Davranışı sürdürme	**r**	-0,13	0,04	0,10
	p	*0,20*	*0,66*	*0,31*
Olumsuz yönlerini algılama - Davranışı tamamlama	**r**	0,02	-0,10	-0,10
	p	*0,88*	*0,94*	*0,93*
Olumsuz yönlerini algılama - Engellerle mücadele	**r**	0,02	-0,08	-0,03
	p	*0,82*	*0,41*	*0,77*
Olumsuz yönlerini algılama - Toplam	**r**	-0,10	-0,00	0,03
	p	*0,31*	*0,97*	*0,81*
Karar Verme Dengesi Ölçeği - Hastane Anksiyete Ölçeği ilişkisi				
Olumlu yönlerini algılama – HAD-A	**r**	0,39	0,40	0,45
	p	***0,001****	***0,001****	***0,001****
Olumsuz yönlerini algılama – HAD-A	**r**	0,26	0,17	0,21
	p	***0,009****	*0,09*	***0,040****
Hastane Anksiyete Ölçeği - Öz- Etkililik- Yeterlik Ölçeği ilişkisi				
HAD-A - Davranışa başlama	**r**	-0,17	-0,19	-0,35
	p	*0,10*	*0,051*	***0,001****
HAD-A - Davranışı sürdürme	**r**	-0,13	-0,12	-0,18
	p	*0,19*	*0,25*	*0,08*
HAD-A - Davranışı tamamlama	**r**	-0,31	-0,36	-0,38
	p	***0,002****	***0,001****	***0,001****
HAD-A - Engellerle mücadele	**r**	-0,20	-0,34	-0,18
	p	***0,045****	***0,001****	*0,08*
HAD-A - Toplam	**r**	-0,25	-0,29	-0,33
	p	***0,014****	***0,003****	***0,001****

r: Pearson Korelasyon Katsayısı **p<0.05* ***p<0.01*

TARTIŞMA

AKS dünyada ve ülkemizde mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir (126,127). Değiştirilebilen risk faktörleri arasında yer alan sigara kullanımı KAH hastalığı riskini iki kat arttırmaktadır (128). AKS' lu hastalarla yapılan çalışmalarda sigara kullanımı önemli bir risk faktörü olarak belirtilmektedir (43,126-130). AKS sonrası sigara kullanmaya devam eden hastalar %35 artmış reinfark veya ölüm riskine sahiptir. Az sayıda hasta farmakoterapi ile sigarayı bırakmakta ve hastaların 2/3'ünden fazlası 1 yıl içerisinde sigara kullanmaya başlamaktadır (131). Motivasyonel görüşme, danışanların ambivalansı fark edip çözümlemelerine destek olarak sağlıklı davranışa doğru değişimlerini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (22,73,132). Sigara içiciliğini bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğini gösteren çalışmalar mevcuttur (30,133-135).

Çalışmamızda; sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin, sigarayı bırakma, öz-etkililik ve anksiyete düzeylerine etkisi ile birlikte öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete skorları arasındaki ilişki incelendi.

Araştırma Nisan 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında sigara içen Akut koroner sendromlu 98 hasta (50 müdahale, 48 kontrol) ile Edirne ili bir Üniversite Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde yürütüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda tartışma aşağıdaki bölümler halinde sunuldu.

- Kişisel ve hastalığa ilişkin bulguların tartışılması.
- Kontrol ve müdahale grubu hastalarının ölçek puanlarına ilişkin bulguların tartışılması.
- AKS'lu sigara içen hastaların ölçek puanları arasındaki ilişkinin tartışılması.

KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

DSÖ'nin 2020 yılı için hazırladığı yaşamı kısıtlayan hastalıklar sıralamasında ilk sırada yer alan KAH içinde AKS önemli bir yer tutmaktadır (4,10,52,136). Yaş ile birlikte artış görülmekle birlikte KAH prevalansı erkeklerde kadınlardan daha yüksektir. KAH' da değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer alan sigara içiciliğinin sonlandırılması hastalığın ve AKS'den sonra ikincil atağın önlenmesinde önemli yer tutmaktadır (12,46,137-139).

Çalışmada; müdahale ve kontrol grubu hastalarının; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, algıladıkları aylık gelir düzeyi, çocuk sayısı, çalışma durumu, ilk sigara kullanım yaşı, sigara kullanım süresi ve günde içilen sigara adeti, sigarayı bırakmayı deneneme süreleri, ailede sigara kullanımı, klinik tanı, kronik hastalık öyküsü, hastalık hakkında bilgi düzeyleri, sedanter yaşam, kontrollere düzenli gitme, ilaçlarını düzenli alma, diyet programına uyma, egzersiz yapma durumları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11).

Çalışmamızda; müdahale grubunda hastaların yaş ortalaması 52,70±10,51, %34' ü kadın, % 64 ' ü ilkokul mezunu, %78'i evli ve %64'ünün algılanan aylık düzeyi orta idi. Kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması 50,98±10,96 , %31,3'ü kadın, % 58.3' ü ilkokul mezunu, %85.4'i evli ve %60,4'ünün algılanan aylık düzeyi orta düzeyde idi (Tablo 9). Çalışmamızın örneklem grubu litaratürde belirtilen KAH risk faktörleri ile benzerlik göstermektedir (12,137-139).

Müdahale ve kontrol grubu hastalarının ilk sigara kullanım yaşının yaklaşık 16 olduğu, 30 yıl ve üzeri sigara kullandıkları, günlük olarak 26 adet sigara tükettikleri, yarısından fazlasının daha önce sigarayı bırakmayı denedikleri, yarıdan fazlasının babasının sigara kullandığı bulundu. Hastaların yarısından fazlası MI tanısı ile takip edildiği ve çoğunluğu hastalık hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu ifade etti. Müdahale grubunun %58'i, kontrol grubunun % 45,8'i farklı bir kronik hastalığa sahipti (Tablo 10).

Çalışmamızda; müdahale grubu hastalarının % 50'sinin hareketsiz bir yaşantısı olduğu, %38'inin ilaçlarını her zaman düzenli kullandığı, %50'sinin diyet programına hiçbir zaman uymadığını ve günlük ortalama 4 ilaç aldıkları bulundu. Kontrol grubu hastalarının ise % 56,3'ünün hareketsiz bir yaşantısı olduğu, %39,6'sının ilaçlarını her zaman düzenli kullandığı, %41,7'sinin diyet programına hiçbir zaman uymadığı ve günlük ortalama 4 ilaç aldıkları saptandı (Tablo 11).

Vargas ve ark.'larının (4) ''Akut koroner sendrom için epidemiyolojik profil: yoğun bakım ünitesinde cinsiyetler arası farklılık'' adlı çalışmalarında 1005 hasta taranmıştır.

Hastaların %67,66'sı erkek, yaş ortalaması 62,20 ± 12,23' tür. Hastaların %34,32' sinin sigara kullandığı ve %50,74'inde dislipidemi, %73,43'ünde hipertansiyon olduğu rapor edilmiştir.

İncirkuş' un (140) '' Esansiyel hipertansiyonlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme temelli öz-yönetim desteğinin değerlendirildiği'' tez çalışması 58 deney ve 58 kontrol olmak üzere toplam 116 esansiyel hipertansiyonlu hasta üzerinde yapılmıştır. Deney grubunun yaş ortalaması 54,86± 9,03, %37,9 erkek, % 50'si ilkokul mezunu, %82,8'i evli, hipertansiyon tanı alma yılı 8,88±9,55 , %37,9'unun sağlık algısı orta düzey, %20,7'si kalp damar hastalığına sahip, %27,6'sının sigara kullandığı ve %70,7'sinin 5'in altında ilaç kullandığı rapor edilmiştir. Kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması 58,57 ± 11,51, %74,1' i kadın, % 41,4'ü ilkokul mezunu, %69,0 evli, hipertansiyon tanı alma yılı 9,49±8,98, %46,6'sının sağlık algısı orta düzey , % 20,7'si kalp damar hastalığına sahip, %34,5'i sigara kullandığı ve %70,7'sinin 5'in altında ilaç kullandığı belirtilmiştir.

Okasha ve ark. (30) ''Kalp hastalığına sahip hastalarda sigara bırakmada motivasyonel görüşme'' adlı çalışmalarında yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzer 120 sigara içen kalp hastalığına sahip hastalar 60 deney ve 60 kontrol olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Çalışmaya katılan hastalar 30 ve 60 yaş aralığındadır. Toplamda sigara kullanan hastaların %91,67'sinin ailesinde (baba, kardeşler) sigara kullanım öyküsü olduğu, %44,17'sinin ailesinin sigara kullanımından zarar gördüğü belirtilmektedir.

Bredie ve ark. (141) polikliniğe başvuran kardiyovasküler hastalık riski yüksek olan bireylerde hemşire tarafından uygulanan motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarında hastalar 42 kontrol ve 46 müdahale olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Müdahale grubunun yaş ortalaması 50,0±11,6, 23 erkek hastadan oluştuğu, %59'unun kardiyovasküler hastalığa sahip olduğu, % 59'unda dislipidemi olduğu, günde ortalama 12,6±7,2 sigara kullandığı rapor edilmiştir. Kontrol grubunun yaş ortalaması 52,2±14,6, 26 erkek hastadan oluştuğu, %52' sinin kardiyovasküler hastalığa sahip olduğu, % 60'ında dislipidemi olduğu, günde ortalama 11,3±6,3 sigara kullandığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmlarda AKS' lu hastaların benzer kişisel ve hastalık ile ilgili özeliklere sahip olduğu söylenebilir.

KONTROL VE MÜDAHALE GRUBU HASTALARININ ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Karar verme dengesi ölçeği sigara içme davranışını değiştirmede sigara içmenin yarar ve zararlarını ortaya koymak üzere geliştirilmiştir**.** Araştırmamızda; karar verme dengesi

sigara içmenin olumlu yönlerini algılama alt boyut puanları arasında gruplararası ilk görüşmede istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken motivasyonel görüşme uygulanan hastaların sigaranın olumlu yönlerini algılama düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük bulundu (0.ay-3ay, 0.ay-6.ay). Gruplararası sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 12).

Erol'un (88) sigara içen kronik hastalığı olan bireylerde motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirildiği tez çalışmasında çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir Abu-Baker ve ark.'larının (142) koroner hastalığa sahip bireyler ile yaptıkları çalışmada, hastalık tanısı almadan önce %48,3' ünün sigara içtiğini ve hastalık sonrası %60,7'sinin sigara içmeye devam ettiği bildirilmiştir. Hastalar sigara içme nedeni olarak %25,6 sigarayı bırakmaya meyilli olmadığını, %25'i ise sigara içmek istediğini belirtmiştir.

Sigara içmenin zararlarını algılama sigarayı bırakmada önemli bir etkendir. Çalışmamızda; motivasyonel görüşmenin bireylerin sigaranın zararlarını fark etmeleri açısından etkin olduğu belirlendi. AKS'lu hastalarda sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkili olduğu ve hastalara uygulanacak kardiyak rehabilitasyon/eğitim programlarında uygulanabileceği düşünülmektedir.

Öz- etkililik-yeterlik ölçeği davranış ve davranışsal değişimleri değerlendirmek üzere geliştirilen bir ölçektir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça bireyin öz-etkililik-yeterlik algısı da artmaktadır. Çalışmamızda motivasyonel görüşme uygulanan hastalarda 3. ay ve 6. ay davranışı tamamlama alanı kontrol grubuna göre yüksek bulundu (Tablo 13).

Kamışlı ve ark.'larının (143) çalışmalarında sigara kullanan hemşirelere farmakolojik ve psikoeğitimsel yaklaşım uygulamış ve sigarayı bırakanların öz yeterlilik puanlarının arttığını bulmuştur. Gwaltney ve ark.'larının (144) metanaliz çalışmalarında sigara kullanımını sonlandıranların öz etkililiklerinin arttığı bulunmuştur. Evcimen (145) Tip 1 diyabet hastası ergenlerde motivasyonel görüşmenin tip 1 diyabet yönetiminde öz etkililiği arttırdığını belirtmiştir. İncirkuş (140) hipertansiyonlu bireyle ile yaptığı tez çalışmasında motivasyonel görüşmenin öz-etkililik algısını olumlu etkilediğini belirtmiştir.

AKS' li hastalarda sigara içme davranışsal bir risk faktörü olarak değerlendirildiğinde motivasyonel görüşmenin davranışı tamamlama/sonlandırma üzerine olumlu etkisi olduğu ve hastaların sigarayı bırakmalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastane anksiyete ölçeği tıbbi bir sağlık sorunu olan kişilerde anksiyete düzeyini belirmek amacıyla geliştirilmiştir. Çalışmamızda müdahale ve kontrol grupları arasında

anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmaz iken her iki grupta da anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlendi (0.ay-3.ay, 3.ay-6.ay) (Tablo 14).

Dale ve ark. (146) çalışmlarında; koroner kalp hastalarında kalp hastalığının yönetimi için müdahale grubuna telefon mesajı ve internet desteği sağlanmış, kontrol grubu normal bakım almıştır. 6. ay değerlendirilmesinde her ki grupta da hastane anksiyete düzeylerinde düşüş gözlenmekle birlikte, müdahale grubunun hastane anksiyete düzeyi kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Okasha ve ark. (30) çalışmalarında motivasyonel görüşme uygulanan grupta stres düzeyi görüşme öncesi % 90 iken müdahale sonrası %50' ye gerilerken kontrol grubunda %86,67' den % 76,67 ye gerilediği belirtilmiştir. Kontrol grubunda azalma daha azdır. Murphy ve ark. (147) koroner arter bypass grefti cerrahisi bekleyen hastalar ile yaptıkları çalışmada ameliyat öncesi anksiyete düzeyleri ameliyattan sonraki 6. aya göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda da her iki gruptada anksiyete düzeylerinin azaldığı bulundu. Bunun nedeni olarak; AKS'li hastaların kurum tarafından düzenli sağlık takiplerinin yapılması, ilaçların düzenli kullanımı sonrası kardiyak şikayetlerinin azalması ve hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasının anksiyete düzeylerinde azalmaya neden olduğu söylenebilir.

Fagerström nikotin bağımlılık testi sigara kullanan bireylerin nikotine olan bağımlılık düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Testten alına puan arttıkça bağımlılık düzeyi artmaktadır. Çalışmamızda ilk görüşmede gruplar arası FNBT puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaz iken motivasyonel görüşme uygulanan AKS'li hastaların nikotin bağımlık düzeyleri daha düşük bulundu (3.ay, 6.ay) (Tablo 15).

Çevikalp (148) sigara içen sağlık çalışanlarında motivasyonel görüşmenin etkinliğini değerlendirdiği tez çalışmasında bir gruba eğitsel diğer gruba motivasyonel görüşme uygulanmıştır. Her iki gurupta da günlük içilen sigara miktarında azalma izlenmekle birlikte gruplar arası anlamlılık bulunmamıştır. Fakat motivasyonel görüşme uygulanan sağlık çalışanlarının motivasyonel görüşme sonrası sigara tüketim miktarı anlamlı derecede azalmıştır. Savcı Bakan (149) tez çalışmasında sigara içen hemşirelere transteoretik model ve sağlık inanç modeli temelli eğitim uygulamış, her iki grupta nikotin bağımlılık düzeylerinde düşüş olmuş, fakat anlamlı bir fark saptanmamıştır. Soria ve ark.'ların (23) Fagerstrom nikotin bağımlılık test sonucuna göre 4 puan alan katılımcıların sigara bırakma durumunun motivasyonel görüşme grubunda kısa tavsiye grubuna oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hekman ve ark. (89) kronik hastalığı olan bireylerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğini metaanaliz yoluyla inceledikleri çalışmada sigara bırakma oranı %13,4 olarak bulunmuştur. Erol (88) kronik hastalığı olan sigara içen hastalarda motivasyonel görüşmenin etkinliğini değerlendirdiği tez çalışmasında, bireylerin %49'unda nikotin bağımlılık düzeyini yüksek olarak bulmuştur. Motivasyonel görüşme sonrası en yüksek sigara bırakma oranına 3. ay ulaşılmıştır. Sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızın 3 ay sonuçlarına göre motivasyonel görüşme yapılan 50 hastadan 27' si sigarayı bırakırken, kontrol grubunda 48 hastadan 16' sı sigara içmeyi bıraktı. 6. ay müdahale gurubundan 2 hasta daha sigara içmeyi bırakırken, kontrol grubunda bir hasta sigara içmeye başladı. Çalışmamızda da en yüksek sigara bırakma oranı 3. ay değerlendirilmelerinde elde edildi.

Çalışmamızından elde ettiğimiz veriye göre bir kez yapılan 15- 20 dakikalık motivasyonel görüşmenin nikotin bağımlılık düzeyi orta/yüksek olan bireylerde sigara bırakmada etkili olduğunu, 3 ay sonra tekrarlanan görüşmenin davranışın sürdürülmesinde önemli bir etken olduğunu söyleyebiliriz.

Gruplara göre sigara bırakma oranlarının değerlendirildiğinde; Çalışmamızda; müdahale grubundaki hastaların sigarayı bırakma oranları kontrol grubundan daha yüksek bulundu. Kadın hastaların sigarayı bırakma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Fakat motivasyonel görüşme yapılan erkek hastaların sigara bırakma oranları kontrol gurubundan daha yüksek bulundu (Tablo 16). Literatürde erkeklerin daha kolay sigarayı bırakabildiği belirten çalışmalar olmakla birlikte fark olmadığını da belirten çalışmalar mevcuttur (150). Çalışmamızla benzer olarak Sağlam ve ark. (151) erkeklerin sigara bırakmadaki başarısını kadınlardan daha yüksek bulmuştur.

Motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmalarda; Bennett ve ark. (152) kronik hastalığa sahip bireyler ile yaptıkları çalışmada motivasyonel görüşmenin sigara bırakmada etkili olduğunu belirtmişlerdir. Rubak ve ark. (21) metaanaliz çalışmalarında ve Cummings ve ark. (153) yaşlı bireylerde davranış değişikliğinde motivasyonel görüşmenin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada da motivasyonel görüşmenin sigara bırakma oranını arttırdığı saptanmıştır.

Soria ve ark.'larının (23) çalışmalarında 20'ser dakikalık motivasyonel görüşme tavsiye müdahalesine göre 5.2 kat daha başarılı bulunmuştur. Okasha ve ark. (30) kardiyak hastalar ile yaptığı çalışmada motivasyonel görüşmenin sigara bırakmada kullanılmasını önermektedir.

Araştırmamızda elde edilen bulgular doğrultusunda motivasyonel görüşme AKS sendromlu hastalarda sigara bırakmada etkin bulundu. Motivasyonel görüşme yönteminin hemşireler tarafından AKS' li sigara içen hastalarda sigara bıraktırma sürecinde kullanılmasını önermekteyiz.

Cinsiyete göre ölçek puanları ve incelendiğinde; kontrol ve müdahale grubu hastalarının öz-etkililik-yeterlik düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Müdahale ve kontrol grubunda kadın hastalarda erkek hastalara göre sigaranın algılanan yararlarının daha baskın olduğu bulundu (0ay-3.ay). Kontrol grubundaki kadın hastaların anksiyete düzeyleri erkeklerden daha yüksekti (0ay-6.ay) (Tablo 17). **Cinsiyete göre grupların (müdahale-kontrol) ölçek puanlarındaki değişim** incelendiğinde; kadın ve erkek hastalarda gruplar arası öz-etkililik-yeterlik düzeyleri ve hastane anksiyete düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Motivasyonel görüşme uygulanan erkek hastaların kontrol grubuna göre sigaranın olumlu yönlerini algılamalarının azaldığı belirlendi (0.ay-3.ay, 0ay-6.ay) (Tablo 18).

Literatürde cinsiyet ile ilgili farklı sonuçlar yer almaktadır. Watkins ve ark. (154) çalışmasında kadın cinsiyette hastane anksiyete düzeyi daha yüksek saptanmıştır. Abu-Baker ve ark.'larının (142), Murphy ve ark.'larının (147), çalışmasında cinsiyet ve anksiyete arasında fark bulunmamıştır. Karadağlı (155) tez çalışmasında sigarayı bırakmada cinsiyet ile kişinin davranış değişim aşamalarından hazıroluşluk durumu açısından anlamlı fark bulmamıştır. Argüder ve ark. (150) çalışmalarında cinsiyetin sigara bırakma başarısı üzerine etkisinin olmadığını belirtirken, Sağlam (151) sigara bırakma polikliniğine başvuran hastalar ile yürüttüğü çalışmada erkek cinsiyette sigara bırakma başarısını daha yüksek bulmuştur.

Kilo alma sigara bırakıldığında görülen yoksunluk döneminin bulguları arasında yer almaktadır (156). Yaşar ve ark. (157) yaptıkları çalışmada sigara bırakan grupta kilo artışı, bırakmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızda kadın hastaların sigaranın olumlu yönlerini algılamaları erkekler hastalardan daha yüksek bulundu. Kadınların sigarayı bırakmasına kilo alımı endişesi etken olabilir.

Yaş ile ölçek puanları incelendiğinde; müdahale grubunda öz-etkililik-yeterlik ve anksiyete düzeyi ile yaş arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmadı. Müdahale grubunda yaş arttıkça sigaranın algılanan zararlarının arttığı bulundu (3.ay-6.ay). Kontrol grubunda öz-etkililik-yeterlik düzeyi ve sigaranın olumlu ve olumsuz yönlerini algılama düzeyi ile yaş arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmadı. Ancak yaş arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı bulundu (3.ay-6.ay) (Tablo 19).

Mannan ve ark. (158) 30-74 yaş arası kardiyovasküler hastalığı olmayan 3751 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, sigara kullanımını bırakanların ortalama yaşı 37 olarak bulunmuştur. Sigarayı bırakma süreleri 5 yıldan kısa olanlar ve 44 yaşına kadar sigara içmeye devam edenlerde hiç sigara kullanmayanlara göre kardiyovasküler hastalık riski 2.5 kat daha fazla bulunmuştur. Watkins ve ark. (154) genç yaş ve yüksek sigara tüketimi olanlarda anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmamızda motivasyonel görüşme yapılan hastalarda yaş arttıkça sigaranın zararlarını algılama arttı. Bunun nedeni olarak bireylerin yaş ile birlikte sorumluluklarının artması, AKS sonrası beklentilerinin değişmesi ve gelecek yılları daha sağlıklı yaşama beklentileri olabilir.

Kontrol grubunda yaş arttıkça anksiyete azalmıştır. Yaşla birlikte bireylerin hayatın içinde aldıkları rolleri yürütürken edindikleri tecrübeler hastalıkla başa çıkma ve hastalığın yönetimine olumlu olarak yansıyabilir.

AKS' lerın önlenmesinde sigara bırakma yaşı önemlidir. Hastalara AKS hakkında bilgi verilirken ve motivasyonel görüşmede yaşın dikkate alınması önerilir.

Çalışmamızda eğitim durumlarına göre ölçekler karşılaştırıldığında; gruplar arasında öz-etkililik-yeterlik ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı. Kontrol grubunda eğitim ile sigaranın olumlu ve olumsuz yönlerini algılama düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı. Fakat müdahale grubu ortaokul ve altı mezun hastalarda sigaranın algılanan zararların kontrol grubundan daha fazla olduğu bulundu (0.ay-3.ay, 0.ay-6.ay) (Tablo 20).

Abu-Baker ve ark.'larının (142) çalışmasında sigara içme davranışı ile eğitim düzeyleri ile arasında fark bulunmamıştır. Solak ve ark. (159), Kıter ve ark. (160) kronik hastalığa sahip bireylerle yaptıkları çalışmalarda eğim seviyesi arttıkça sigara içme oranlarının artığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubu hastalarımızın yarısında çoğunun eğitim düzeyi lise seviyesinin altındadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak, bireylerin sorunlarını çözmelerine yardımcı olmayı hedefleyen danışan merkezli bir yaklaşım olan motivasyonel görüşmenin düşük eğitim düzeyinde etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Klinik tanıya göre ölçekler karşılaştırıldığında; müdahale ve kontrol grubunda anksiyete ve sigaranın olumlu ve olumsuz yönlerini algılama düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı. MI tanısı alan hastaların davranışı sürdürme düzeyi MI tanısı alan kontrol grupundaki hastalardan daha yüksek bulundu (0.ay-6.ay) (Tablo 21).

Çam ve ark. (161) çalışmasında MI geçiren hastaların anksiyete düzeyinin düşük olduğunu belirtmiştir. Murphy ve ark. (147) by-pass greft öncesi hastaların %92'sinde minör depresyon saptamış, 6 ay sonra %8'inde bu oranın devam ettiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda MI tanısı alıp motivasyonel görüşme uygulanan grupta davranışı sürdürme alt boyutu daha yüksek bulunmuştur.

Algılan aylık düzeyine göre grupların ölçek puanlarındaki değişim incelendiğinde; Aylık gelirini orta/yüksek olan hastalarda müdahale grubunda sigaranın olumlu yönlerini (0.ay-3.ay, 0.ay-6.ay) ve olumsuz yönlerini (0.ay-6.ay) algılama düzeyleri kontrol grubundan daha yüksek bulundu. Aylık gelir düzeyini orta/yüksek olarak tanımlayan hastaların öz-etkililik-yeterlik düzeyleri arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmaz iken aylık gelirini düşük olarak tanımlayan müdahale grubu hastalarının davranışı sürdürme düzeyi daha yüksek belirlendi (3.ay-6.ay) (Tablo 22).

Literatürde ekonomik düzey ve öz-etkililik arasında farklı sonuçlar bulunmaktadır. Tekin Yanık ve Erol (162) yaptıkları çalışmada eğitim ve öz etkililik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirtilmemiştir. Callaghan (163), Mollaoğlu ve Bağ (164) çalışmalarında gelir düzeyi arttıkça öz etkililik düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda; gelir düzeyi orta/yüksek olan hastalarda anksiyete düzeyi açısından istatistiksel anlamlılık bulunmadı. Ancak aylık geliri düşük olan müdahale grubundaki hastaların anksiyete düzeyi kontrol grubundan daha düşük bulundu (0.ay-3. ay) (Tablo 22). Bireylerin gelir düzeyi artıkça sağlık hizmetlerinden beklentilerinin de arttığı düşünülmektedir.

İlk sigara kullanım yaşı ile ölçek puanları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubu hastalarının anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı. Müdahale grubunda ilk sigara kullanım yaşı arttıkça öz-etkililik-yeterlik düzeyleri arttı (0.ay-6.ay). Kontrol grubunda ilk sigara kullanım yaşı arttıkça bireylerin sigaranın olumlu yönlerini algılama düzeylerinin arttığı bulundu (3ay-6.ay) (Tablo 23).

2010 Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre ülkemizde sigaraya başlama yaşı kadınlar için 17,8 erkekler için 16,6 olarak bulunmuştur (165). Çalışmamızda ilk sigara kullanım yaşı ortalama 16 yaş ve üzeridir. Çiftçi ve ark. (166), Yiğitalp (167) öğrenciler ile yaptıkları çalışmalar ve literatür ile benzerlik göstermektedir. Sağlam (151) çalışmasında sigara başlama yaşı ile sigara içiciliğini bırakma arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır.

Araştırmamızda; ilk sigara kullanım yaşı arttıkça motivasyonel görüşme uygulanan AKS'li hastaların öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin arttığı, kontrol grubunda ise sigaranın olumlu yönlerini algılama düzeylerinin arttığı belirlendi.

Sigara kullanım süresi ile ölçek puanlarındaki değişim incelendiğinde; müdahale grubunda sigara kullanım yılı ile öz-etkililik-yeterlilik ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Motivasyonel görüşme uygulanan hastaların sigara içmenin zararlarını algılama düzeylerinin attığı belirlendi (3.ay-6.ay). Kontrol grubunda ise; sigara kullanım yılı arttıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı bulundu (3.ay-6.ay) (Tablo 24).

Erol (88) tez çalışmasında bireylerin sigara içme süreleri 32,7±14,28 (min:10-max:65) yıl olarak bulunmuştur. Yazıcı ve Şahin (168) çalışmalarında sigara içme süresi arttıkça öz yeterliliğin azaldığını belirtmektedir. Shiffman ve ark. (169) çalışmasında sigarayı tamamen bırakanların öz-yeterlik inançlarının bırakıp tekrar başlayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Motivasyonel görüşmenin ana amacı bireyin kendi enerjisini kullanarak davranış değişikliği oluşturmaktır. Bireyler sigara kullanım süresi arttıkça daha fazla sağlık sorunu ile karşı-karşıya gelmektedir. **Motivasyonel görüşmenin etkinliği ile birlikte, müdahale grubunda sigaranın zararlarını algılama düzeyinin arttığını söyleyebiliriz.** Kontrol grubunda ise düzenli kontrol ve semptomaların azalması sonucu anksiyete düzeyinin azaldığını düşünmekteyiz.

Günde içilen sigara sayısı ile ölçekler karşılaştırıldığında, müdahale ve kontrol grubu hastalarının sigaranın olumlu ve olumsuz yönlerin algılama ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Müdahale grubunda öz-etkililik-yeterlik düzeyi ile günde içilen sigara sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. Kontrol grubunda günde içilen sigara sayısı arttıkça ile öz-etkililik-yeterlik ve davranışı sürdürme düzeylerinin azaldığı bulundu (3. ay-6.ay) (Tablo 25).

Okasha ve ark. (30) çalışmasında motivasyonel görüşme uygulanan hastaların %75'inin günde 10 ve üzeri sigara içiyorken hastaların günlük sigara kullanımının %0' a indiği, kontrol grubunda ise % 80 hasta 10 ve üzeri sigara kullanıyor iken %38.33' e gerilediği bulunmuştur. Abu-Baker ve ark.'larının (142) çalışmasında koroner arter hastalığı öncesi sigara tüketimi 33,4±17,67 iken hastalık sonrası bu sayının 26,74 ± 19,83' e gerilediği belirtilmiştir. Çevikkalp (148) sigara içen sağlık çalışanları ile yaptığı tez çalışmasında motivasyonel görüşme sonrası bireylerin günlük sigara tüketim miktarının azaldığını belirtmiştir.

Çalışmamızda kontrol grubunda günde içilen sigara miktarı attıkça öz- etkililiğin azaldığı bulundu. Bunun nedeni olarak günlük kullanılan sigara miktarı arttıkça nikotin ihtiyacı artmaktadır. Bireylerin artan nikotin ihtiyacı nedeniyle sigara içme isteğine engel olamamaları, değiştirilebilir risk faktörü olan sigara içme davranışının sonlandırmasına engel olabilir.

Çalışmamızda sigarayı bırakma sürelerine göre ölçekler karşılaştırıldığında; müdahale grubunda sigarayı bırakmayı deneme süresi ile sigaranın olumlu ve olumsuz yönlerini algılama ve anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Müdahale grubunda, sigarayı bırakmayı deneme süresi arttıkça öz- etkililik-yeterlik düzeylerinin arttığı (3.ay-6.ay), kontrol grubunda ise hastaların sigarayı bırakma süreleri attıkça anksiyete düzeylerinin arttığı belirlendi (0.ay-3.ay, 0.ay-6.ay). (Tablo 26).

Yazıcı ve Şahin (168) araştırmasında çalışma grubunun önemli bir bölümünün sigara bırakma girişiminde bulunduğunu, fakat yeniden başladığını belirtmiştir. Yeniden başlayan bireylerin öz-yeterlik inançları düşük bulunmuştur. Shiffman ve ark. (169) sigarayı tamamen bırakanların öz-yeterlik inançlarının bırakıp yeniden başlayanlardan daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır.

Sigarayı daha önce bırakmayı denemiş ve başarılı olamamış birey tekrar başarısız olacağını düşünerek bırakmada kararsızlık yaşayabilir. Araştırmamızın sonuçlarına göre; motivasyonel görüşme uygulanan hastalarda sigarayı bırakma süresi artıkça öz etkililik-yeterlilik düzeyinin arttığı bulundu. Motivasyonel görüşme tekniğinin bireylerde ambivalansın nedenini anlayıp, kişinin motivasyonunu sürdürmede önemli bir etken olduğunu ve sigarayı bıraktırmada sağlık çalışanları tarafından kullanılması gerektiğini düşünmekteyiz.

AKS'LU SİGARA İÇEN HASTALARIN ÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TARTIŞILMASI

Çalışmamızda; öz etkililik-yeterlik ölçeği, karar verme dengesi ölçeği, hastane anksiyete ölçeği kullanıldı. AKS' lu sigara içen hastaların (n=98) ölçek puanları arasındaki ilişki incelendi.

Karar Verme Dengesi Ölçeği, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ilişkisi incelendiğinde; hastaların karar verme dengesi ölçeği sigara içmenin olumlu yönlerini algılama düzeyi arttıkça davranışa başlama (0.ay, 3.ay, 6.ay), davranışı tamamlama (0.ay, 3.ay, 6.ay), engellerle mücadele (3.ay, 6.ay) ve öz-etkililik yeterlilik düzeyleri azaldı (0.ay, 3.ay, 6.ay).

Karar verme dengesi sigara içmenin olumlu yönlerini algılama ile öz-etkililik-yeterlik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı. (Tablo 27).

Keller ve ark. (170) çalışmamızın aksine, 50 sigara içen kadın ile yaptıkları çalışmada karar verme dengesi ve öz –yeterlik düzeyleri arasında anlamlılık bulunmamıştır. De Hoog ve ark. (171) sigara içen kardiyak hastaların sigara bırakmada öz etkililik, başa çıkma planları ve aktivitelerini araştırdıkları çalışmalarında katılımcılar; kendilerine sigara sunulduğunda, üzgün olduklarında ve stres altında sigara içmemek için ne yapacaklarını planladıklarını belirtmişlerdir. Sigara içmemek için başa çıkma planları içinde, %21 kendini ödüllendirme, %35 kül tablolarını evden uzaklaştırma %36 daha fazla egzersiz yapma olduğunu belirtmişlerdir. Atak (172) 19-26 yaş arası 222 birey ile yaptığı çalışmada öz saygısı yüksek olan bireylerin daha az sigara içme davranışı gösterdiğini belirtmiştir. Okasha ve ark. (30); sigara kullanımının avantaj ve dezavantajı sorgulandıkları çalışmalarında çoğunluk olarak her iki grupta avantaj olarak kilo kontrolü, dezavantaj olarak çocuklarının sağlığını etkilemesi olarak belirtmiştir. Motivasyonel görüşme yapılan grupta ana avantaj sigarayı bıraktıktan sonra kalp atağı episodunun daha fazla azaldığı, dezavantaj olarak kilo alımı bulunmuştur.

Sigara kullanımı AKS' li hastalarda sorunlu bir davranıştır. Bu davranış değişikliğini sağlamada; karar verme ve öz-etkililik sigara bırakmada iki önemli unsurdur. İki unsur; sorunlu davranışın değiştirilmesinde, bir davranışın artı ve eksilerini tanımlamak için önemli kritere sahiptir (170). Araştırmamızda; AKS'lu hastaların sigara içmenin olumlu yönlerini algılama puanları arttıkça öz- etkililik yeterlik puanlarının azaldığı saptandı. Sigara içmenin zararlı yönlerini algılama ve öz-etkililik-yeterlik düzeyinin artmasının sigarayı bırakmada olumlu bir etkisi olduğu söylenebilir.

Karar Verme Dengesi Ölçeği - Hastane Anksiyete Ölçeği ilişkisi incelendiğinde; hastaların sigara içmenin olumlu (0.ay, 3.ay, 6.ay) ve olumsuz yönlerini algılama (0.ay, 6.ay) düzeyleri arttıkça anksiyete düzeylerinin arttığı bulundu (Tablo 27)**.**

Yaşar ve ark. (157) sigaraya bırakma polikliniğe başvuran hastalar ile yaptıkları çalışmada bir yıllık izlem sonrası sigara içmeyi bırakan ve bırakmayan grupta stres sigara içme isteğini artıran en önemli faktör olarak bulunmuş, gruplararası hastane anksiyete skorları fark göstermemiştir. Watkins ve ark. (154) koroner kalp hastalığına sahip kişilerde anksiyete ve depresyonun ilişkisini değerlendirdiği çalışmalarında yüksek sigara tüketimi olanlarda hastane anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur.

Sigara kardiyovasküler hastalıkların oluşumunda önemli bir risk faktörüdür. AKS sonrası bireylerin sigara içmeyi bırakması mortalite oranını ve ikincil koroner olay riskini

azaltmaktadır (17,70). Anksiyete KAH oluşumunda bağımsız bir risk faktörü olduğu kadar, hastalık sonrası tedavi sürecini de olumsuz yönde etkilemektedir (161). Araştırmamızda hem sigaranın olumlu yönlerini hemde olumsuz yönlerini algılama düzeyi arttıkça hastane anksiyete puanı da arttı. Hastaların sigarayı bırakmaya karar verme, bırakma ve süreci devam ettirme aşamalarında yaşadıkları problemlerin ve aynı zamanda anksiyete ye neden olabilecek faktörlerin (sağlık sorunları, aile içi problemler, maddi problemler v.b) anksiyete düzeyinde artmaya neden olduğu düşünülmektedir.

Hastane Anksiyete Ölçeği, Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği ilişkisi incelendiğinde; hastaların öz- etkililik-yeterlik düzeyi artıkça anksiyete düzelerinin azaldığı bulundu (0.ay, 3.ay, 6.ay). AKS'lu hastaların davranışı tamamlama (0.ay, 3.ay, 6.ay) ve engellerle mücadele (0.ay, 3.ay) düzeyi azaldıkça anksiyete düzeyleri arttı (Tablo 27).

Parada ve ark. (173) Myasthenia Gravis hastaları ile yaptıkları çalışmada öz etkililik düzeyi azaldıkça hastane anksiyete düzeyinin arttığını belirtmişlerdir. Dehdari ve ark. (113) koroner anjioplasti ve koroner bypass geçiren hastalarda anksiyete artıkça öz etkililiğin azaldığını saptamışlardır. Rutten ve ark. (174) çoklu kronik hastalığı olan bireyler ile yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyon tanısı alan hastalarda öz yeterliliğin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Sağlık davranışının başlatılmasında ve sürdürülmesinde öz etkililiğinin arttırılması önemlidir. Öz etkililik arttıkça, anksiyete azalmaktadır (175). Araştırmamızda hastaların öz-etkililik-yeterlik düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığı bulundu. Hastaların kendine güven duygularının artmasının; sigara içmeyi sonlandırma kararı verme, sigara içmeyi bırakma ve bu süreçte ortaya çıkan engellerle mücadele (nikotin yoksunluğu sendromu) etme düzeyini arttırdığını ve anksiyete düzeyini azalttığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda sigara içen AKS'lu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin sigarayı bırakmada etkili olduğu belirlendi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Sigara içen AKS'lu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin, sigarayı bırakma, öz-etkililik ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek ve öz etkililik- yeterlik anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

- Çalışmada motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubu hastalarının yaş ortalaması 52,70±10,51 kontrol grubu yaş ortalaması 50,98±10,96 olarak bulundu. Müdahale grubu hastalarının %34' ü kadın, % 64 ' ü ilkokul mezunu, %78'i evli ve %64'ünün aylık gelirinin orta düzey olduğu belirlendi. Kontrol grubunun %31,3 'ü kadın, % 58,3'ü ilkokul mezunu, %85,4'i evli ve %60,4'ünün aylık geliri orta düzey olarak bulundu (Tablo 9).
- Müdahale grubunda ilk sigara başlama yaş ortalaması 16,62±5,08, sigara kullanım süresi yıl ortalaması 34,92±11.17, günlük içilen sigara sayısı adeti ortalaması 26,32±18,58, sigara bırakma deneme süresi ay ortalaması 28,27±47,41 olarak belirlendi. Kontrol grubunda ilk sigaraya başlama yaş ortalaması 15,42±4,20, sigara kullanım süresi yıl ortalaması 33,60±11.95, günlük içilen sigara sayısı adeti 26,35±14,03, sigara bırakma deneme süresi ay ortalaması 11,9±5-16,60 olarak bulundu (Tablo 10).
- Müdahale ve kontrol grubu hastaları arasında kişisel, hastalığa ilişkin, sigara kullanımı ile ilgili ve bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin özellikleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi (Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11).

- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale gurubunda (3. ay- 6.ay) sigaranın olumlu yönlerini algılama alanında azalmanın kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 12).
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda (3.ay-6.ay) kontrol grubuna kıyasla öz-etkililik-yeterlik ölçeği davranışı tamamlama alanı daha yüksek bulundu (Tablo 13).
- Müdahale ve kontrol grupları arasında hastane anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Müdahale ve Kontrol grupları kendi içerisinde karşılaştırıldığında (0.ay -3.ay ve 0.ay -6ay) anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlendi (Tablo 14).
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda 3. ve 6. ay görüşmelerinde nikotin bağımlılığı kontrol grubuna göre daha düşük bulundu (Tablo 15).
- **Araştırmamızın sonucunda motivasyonel görüşme uygulanan AKS'lu hastaların sigarayı bırakma oranları kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (Tablo 16).**
- **Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubundaki erkek hastaların sigarayı bırakma oranları kontrol grubundaki erkek hastalara göre daha yüksek olarak belirlendi (Tablo 16).**
- Kadın hastalarda sigara içmenin olumlu yönlerini algılama düzeyinin (0.ay-3.ay) müdahale ve kontrol grubundaki erkek hastalardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 17).
- Kontrol grubundaki erkek hastaların anksiyete düzeyi (3.ay-6.ay) kontrol grubundaki kadınlardan daha düşük bulundu (Tablo 17).
- Motivasyonel görüşme yapılan erkek hastaların sigaranın olumlu yönlerini algılama düzeylerinin (0.ay-3.ay, 0.ay-6.ay) kontrol grubundaki erkek hastalara göre azaldığı bulundu (Tablo 18).
- Motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunda yaş arttıkça (3.ay- 6.ay) sigaranın olumsuz yönlerini algılama düzeylerinin arttığı bulundu (Tablo 19).
- Kontrol grubunda yaş arttıkça (3.ya -6.ay) anksiyete düzeylerinin azaldığı belirlendi (Tablo 19).
- Motivasyonel görüşme uygulanan eğitim durumu ortaokul ve altı olan müdahale grubu hastalarda (0ay-3.ay, 0.ay-6.ay) kontrol grubuna göre sigara içmenin olumlu yönlerini algılama düzeyleri daha düşük bulundu (Tablo 20).

- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda MI tanısı alan hastaların kontrol grubuna kıyasla öz etkililik-yeterlik ölçeği (0. ay- 6. ay) davranışı sürdürme alanı daha yüksek bulundu (Tablo 21)
- Aylık gelir düzeyi düşük olan motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunun (0.ay-3.ay) anksiye düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük bulundu (Tablo 22).
- Aylık gelir düzeyi düşük olan motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunun (3.ay-6.ay) öz-etkililik-yeterlik ölçeği davranışı sürdürme alt boyutu kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (Tablo 22).
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda ilk sigara kullanım yaşı arttıkça (0. ay-6. ay) öz-etkililik-yeterliklerinin arttığı bulundu (Tablo 23).
- Kontrol grubunda ilk sigaraya başlama yaşı arttıkça (3.ay-6.ay) sigara içmenin olumlu yönlerini algılama düzeylerinin arttığı bulundu (Tablo 23).
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda (3.ay-6.ay) sigara kullanım süresi arttıkça sigara içmenin olumsuz yönlerini algılama düzeylerinin arttığı belirlendi (Tablo 24).
- Kontrol grubunda sigara kullanım süresi arttıkça (3.ay-6.ay) anksiyete düzeylerinin azaldığı bulundu (Tablo 24).
- Kontrol grubunda günde içilen sigara sayısı arttıkça (3.ay-6.ay) öz-etkililik-yeterlik düzeyinin azaldığı belirlendi (Tablo 25).
- Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda sigarayı bırakmayı deneme süresi arttıkça (3.ay-6.ay) öz-etkililik- yeterliklerinin arttığı bulundu (Tablo 26).
- Kontrol grubunda sigarayı bırakma süreleri attıkça (0ay-3.ay, 0.ay-6.ay) anksiyete düzeylerinin arttığı belirlendi (Tablo 26).

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sigara içmenin AKS'lu hastalarda sigaranın önemli bir risk faktörü olduğuna yönelik farkındalığın kazandırılması,
- Hemşirelerin sigara içen AKS'lu hastalara sigara bırakmaya yönelik motivasyonel görüşme v.b. kanıt temelli girişimleri uygulaması,
- AKS'lu sigara içen kadın hastalar, gelir durumu yüksek hastalar, genç yaştaki hastalar, eğitim durumu lise ve üzeri olan hastalar gözönünde bulundurularak motivasyonel görüşme v.b. etkili sigara bırakma programlarının uygulanması,

- Hemşirelerin AKS'lu hastalarda sigarayı bıraktırma girişiminde/eğitiminde hastaların anksiyete, öz-etkililik-yeterlik düzeylerini geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirmesi,
- AKS'lu hastalarda sigarayı bırakmada daha fazla örneklem gruplarında motivasyonel görüşme yöntemi kullanılarak kanıta dayalı gelecek araştırmalar yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Bu araştırma; sigara içen akut koroner sendromlu hastalara uygulanan motivasyonel görüşme yönteminin, sigarayı bırakma, öz-etkililik-yeterlik ve anksiyete düzeylerine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü olarak planlandı.

Araştırma Nisan 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında bir Üniversite Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalında Akut Koroner sendromlu sigara içen 98 hasta (50 müdahale 48 kontrol grubu) ile yürütüldü. Veriler "Hasta Bilgi Formu", "Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği", "Hastane Anksiyete Ölçeği" "Karar Verme Dengesi Ölçeği" ve "Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi" ile toplandı. Çalışmamızda müdahale grubundaki hastalara 0,3 ve 6. ayda formlar uygulandı, 0.ay ve 3.ayda motivasyonel görüşme yapıldı. Kontrol grubudaki hastalara yalnızca 0, 3, ve 6. ayda formlar uygulandı. Çalışmadan elde edilen veriler NCSS (Number Cruncher Statistical System) programında medyan, frekans, student- t Test, Mann Whitney U testi, Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton Exact testi, Fisher's Exact test, Pearson Korelasyon Analizi, Spearman's Korelasyon Analizi, Friedman test, Wilcoxon Signed Ranks test kullanılarak değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi.

Çalışmada motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda ilk sigara başlama yaş ortalaması 16,62±5,08, sigara kullanım süresi yıl ortalaması 34,92±11.17, günlük içilen sigara sayısı adeti ortalaması 26,32±18,58 idi. Kontrol grubunda ilk sigaraya başlama yaş ortalaması 15,42±4,20 sigara kullanım süresi yıl ortalaması 33,60±11.95, günlük içilen sigara sayısı adeti 26,35±14,03 bulundu. Motivasyonel görüşmenin sigara bırakmada erkek hastalar üzerinde kadın hastalardan daha etkili olduğu belirlendi. Motivasyonel görüşme yapılan müdahale grubunda yaş arttıkça sigaranın olumsuz yönlerini algılama düzeylerinin arttığı, eğitim durumu ortaokul ve altı olan hastalarda sigara içmenin olumlu yönlerini

algılama düzeylerinin azaldığı, aylık geliri düşük olarak tanımlayan hastaların anksiyete düzeylerinin azaldığı bulundu ($p<0.05$). Motivasyonel görüşme uygulanan müdahale grubunda kontrol grubuna göre; nikotin bağımlılığında azalma, sigaranın zararlarını algılamada ve öz-etkililik-yeterlik davranışı tamamlama boyutunda artma olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Sonuç olarak; motivasyonel görüşme uygulanan AKS'li hastaların sigarayı bırakma oranları kontrol grubuna göre daha yüksek belirlendi. Sigara içen AKS' li hastalarda sigarayı bırakmada motivasyonel görüşme yönteminin etkili olduğu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Akut koroner sendrom, sigara, sigara bırakma, motivasyonel görüşme.

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEW METHOD ON SMOKING CESSATION, SELF-EFFICACY AND ANXIETY LEVEL OF SMOKING PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

SUMMARY

The aim of this randomized controlled study was to investigate the effects of motivational interview method applied to smoking patients with acute coronary syndrome on smoking cessation, self-efficacy and anxiety level.

The study was conducted with 98 smoking patients with Acute Coronary Syndrome (50 intervention, 48 control group) between April, 2017 and May, 2018 at Cardiology Department of a University Hospital. Data were collected by means of "Patient Data Form", "Self-Efficacy Scale", "Hospital Anxiety Scale", " Decisional Balance Scale''and "Fagerström Test for Nicotine Dependence". All forms were applied to intervention group in 0, 3 and 6 months, and motivational interviews were held in 0 and 3 months for this group. Patients in control group were only subjected to all forms in 0, 3 and 6 months. Data obtained in the study were assessed on NCSS (Number Cruncher Statistical System) program by using median, frequency, student t-test, Mann Whitney U test, Pearson Chi-square test, Fisher-Freeman-Halton Exact test, Pearson Correlation Analysis, Spearman's Correlation Analysis, Friedman test, Wilcoxon Signed Ranks test. Significance level was accepted $p < 0.05$.

Among patients in intervention groups with whom motivational interviews were held, the average age of starting smoking was 16,62±5,08 years, the average years they smoked was 34,92±11.17 years and average number of cigarettes consumed per day was 26,32±18,58. Among control group, the average age of starting smoking was 15,42±4,20 years, the average years they smoked was 33,60±11.95 years and the average number of cigarettes consumed per day was 26,35±14,03. The effect of motivational interview on cigarette-quitting was found to be stronger on male patients than female patients. In the motivational interview group, this study found that increased as age increases the perception levels of cons of smoking, decreased of perception levels of pros of smoking in secondary school or lower and the anxiety levels of the patients defined as monthly low-income ($p<0.05$). Compared to control group, the study found that nicotine dependence decreased while understanding the harmful effects of smoking and completing self-efficacy behaviors increased among intervention group who were subjected to motivational interview ($p<0.05$).

In conclusion; smoking cessation rate of ACS patients who were subjected to motivational interview was found to be higher than control group. Motivational interview method was found to be effective in smoking cessation of smoking ACS patients.

Keywords: Acute coronary syndrome, smoking, smoking cessation, motivational interview.

.

KAYNAKLAR

1. Balcı A, Enç N. Koroner Anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2013;4(5):41-50.

2. Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. Van Tıp Dergisi 2011;18(3):147-154.

3. Park LG, Beatty A, Staffort Z, Whooley MA. Mobile phone interventions for the secondary prevention of cardiovascular disease. Progress in cardiovascular diseases 2016;58(6):639-650.

4. Vargas LA, Boin AC, Santiago RAB, Correa FG. Epidemiological Profile for Acute Coronary Syndrome: The Difference between Genders in an Intensive Care Unit. J Hypertens 2013;2(3):1-4.

5. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M ve ark. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives ofnine societies and by invited experts). European Journal Of Preventive Cardiology 2012;19(4):585-667.

6. Arat Özkan A. Akut koroner sendromlar: Epidemiyoloji. Türk Kardiyol Dern Arş 2013;41(1):1-3.

7. Türe E, Mert E, Uysal Y. Effect of Unsuccessful Weight Loss Dietary Interventions on Cardiovascular Risk. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2018;12 (3):156-161.

8. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük [electronic resource]. Onat A(Editör). İstanbul: Logos Yayıncılık;2017.s.120-131.

9. Taşdemir Dündar S, Yıldırmak S, Dündar C, Ayabakan H, Cebeci Çerçi H, Yenice N. Akut koroner sendromlu hastalarda aspirin rezistansı. Türk Klinik Biyokimya Derg 2007;5(2):49-56.

10. Özen M, Serinken M, Yılmaz A, Özen Ş. Acil servise başvuran akut koroner sendrom tanılı hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Turkish Journal of Emergency Medicine 2012;12(3):117-122.

11. Abbate R, Cioni G, Ricci İ, Miranda M, Gori AM. Thrombosis and acute coronary syndrome. Thrombosis research 2012;129(3):235-240.

12. Türkmen E, Badır A, Ergün A. Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. ACU Sağlık Bil Derg 2012;3:223-231.

13. Thompson DR, Chair SY, Chan SW, Astin F, Davidson PM, Ski CF. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? Journal of Clinical Nursing 2011; 20(9- 10):1236-44.

14. Sevinç S, Akyol AD. Cardiac risk factors and quality of life in patients with coronary artery disease. Journal of Clinical Nursing 2010;19(9- 10):1315-25.

15. Tokgözoğlu L, Kaya EB, Erol Ç, Ergene O. EUROASPIRE III: Türkiye ile Avrupa'nın karşılaştırılması. Türk Kardiyol Dern Arş 2010; 38(3):164-72.

16. Ayraler A, Akan H, Kaspar EÇ, Karahan Saper SH, Çağlar İM, Oktay Türeli H, Karakaya O. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların kardiyak risk faktörleri ile ilgili önerilere uyumlar. JAREM 2012;2:59-63.

17. Sanaterse M, Scholte op Reimer WJM, Dobber J, Minneboo M, Riet G, Jorstad SM et al. Smoking cessation after an acute coronary syndrome: immediate quitters are successful quitters. Netherlands Heart Journal 2015;23(12):600-607.

18. Durusoy E, Yildirim T, Altun A. Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. Balkan Medical Journal 2010;(1):13-18

19. Saaman Z, Nowacki B, Schulze K, Magloire P, Anand SS. Smoking cessation intervention in a cardiovascular hospital based clinical setting. Cardiovascular Psychiatry and Neurology 2012;1-7.

20. Martins RK, McNeil AW. Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. Clinical Psychology Review 2009;29(4):283-293.

21. Rubak S, Sandbaek A, Lautritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55(513):305-312.

22. Özdemir H, Taşcı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):41-47.

23. Soria R, Legido A, Escolano C, Yeste AL, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. Br J Gen Pract 2006;56(531):768-774.

24. Yaglı NV, İnce Dİ, Sağlam M, Kütükçü EÇ. Akut koroner sendromlu hastalarda anksiyete ve depresyonu belirleyen faktörler. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2015;26(1):40-46.

25. Di Benedetto M, Lindner H, Hare DL, Kent S. The role of coping, anxiety, and stress in depression post-acute coronary syndrome. Psychology, Health & Medicine 2007;12(4): 460-469.

26. Pedersen SS, Smith OR, De Vries J, Appels A, Denollet J. Course of anxiety symptoms over an 18-month period in exhausted patients post percutaneous coronary intervention. Psychosomatic Medicine 2008; 70(3):349-355.

27. Kubzansky LD, Davidson KW, Rozanski A. The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease. Psychosomatic Medicine 2005;67:10-14.

28. Okçin FA. Öğrencilerin öz-etkililik-yeterlilik algıları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(1): 40-51.

29. Kang Y, Yang IS. Cardiac self- efficacy and its predictors in patients with coronary artery diseases. Journal of Clinical Nursing 2013;22(17-18):2465-2473.

30. Okasha TA, Abd El Fatah SR, El Ashry NM, Elhabiby MM, El Wahed SA, Abd El Fatah Abd Elhady WO et al. Motivational interviewing for smoking cessation in patients with cardiac diseases. Middle East Current Psychiatry 2017;24(1):1-7.

31. Enç N, Uysah H. Kardiyovasküler. Enç N (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2014.s.95-103.

32. Pehlivanoğlu S. Akut koroner sendromlarda. Turkiye Klinikleri Journal of Cardiology 2002; 15(4):222-236.

33. Overbaugh KJ. Acute coronary syndrome. AJN The American Journal of Nursing 2009; 109(5):42-52.

34. Sevinç S. Yaşamsal karar: Akut miyokard infarktüsünde semptom algısı. Turk J Card Nur 2014;5(8):56-65.

35. Kumar A, Cannom CP. Cannon. Acute coronary syndromes: diagnosis and management, part I. Mayo Clinic Proceedings 2009;84(10):917-938.

36. Hajar R. Risk factors for coronary artery disease: Historical perspectives. Heart views: the Official Journal of the Gulf Heart Association 2017;18(3):109-114.

37. Buğan B, Çelik T. Koroner arter hastalığı risk faktörleri. J Clin Anal Med 2014; 5(2):159-63.

38. Güleç S. Kalp damar hastalıklarında global risk ve hedefler. Türk Kardiyol Dern. Arş 2009;37:3-5.

39. Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. Association of cardiovascular risk factors with the different presentations of acute coronary syndrome. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2014;22(4):538-546.

40. Mercan R, Demir C, Dilek İ, Asker M, Atmaca M. Mean platelet volume in acute coronary syndrome. Van Tip Dergisi 2010;17(3):89-95.

41. Hubacek JA, Stanek V, Gebauerova M, Adamkova V, Lesauskaite V, Zaliaduonyete-Pekisene D et al. Traditional risk factors of acute coronary syndrome in four different male populations–total cholesterol value does not seem to be relevant risk factor. Physiol Res. 2017; 5(66):121-128.

42. Zorkun C, Akkaya E, Zorlu A, Tandoğan İ. Determinants of coronary collateral circulation in patients with coronary artery disease. Anatolian Journal of Cardiology 2013;13(2):146-151.
43. Özdemir B, Özdemir L, Biçer M, Özdemir H, Aydın Ö, Baran İ ve ark. Smoking and nicotine addiction in patients with acute coronary syndrome and stable coronary artery disease. Turkish Journal of Family Practice 2010;13(4):193-199.

44. Alıcı MH. Kardiyovasküler hastalıklar ve sigara. Turkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics 2017;10(4):228-234.

45. Bazzano LA, He J, Muntner P, Vupputuri S, Whelton PK. Relationship between cigarette smoking and novel risk factors for cardiovascular disease in the United States. Ann Intern Med 2003; 138:891-897.

46. Gorrilla A. The Importance of Smoking Cessation to Reducing Cardiovascular Disease Risk. The Journal 2018;32-38.

47. Sanchis-Gomar F, Perez-Quilis C, Leischik R, Lucia A. Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Annals of Translational Medicine 2016;4(13):256-268

48. Mazoffarian D, Beniamin EJ, Go AS, Amett DK, Blaha MJ, Cushman M et. al. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2016;133(4):38-360.

49. Sağlık Bakanlığı Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı (2015-2020).https://www.tkd.org.tr/TKDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf. Erişim tarihi: 10.12.2018.

50. Aydoğdu S, Özcan Çelebi Ö. Teoriden günlük pratiğe: Akut koroner sendrom tedavisini nasıl şekillendiriyorum? Turk Kardiyol Dern Ars 2015;43(4):7-14.

51. Santos-Gallego CG, Picatoste B, Badimon JJ. Pathophysiology of acute coronary syndrome. Curr Atheroscler Rep 2014;16(4):401.
52. Türen S, Sevda E. Akut koroner sendromlar ve hemşirelik yönetimi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2014;18(2):43-51.

53. Roffi M, Patrono C, Collet JP, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F et al. Roffi, M., et al., 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent st-segment elevation of the european society of cardiology (ESC). European Heart Journal 2016;37(3):267-315.

54. Tee SL, Horowıtz JD. Angina pectoris why differentiating the type is so important. Medicine Today 2016; 17(6):27-34.

55. Canlı Özer Z, Demir Ş. Demir, Akut Koroner Sendromlarda Hemşirelik Bakımı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012; 3(3):19-32

56. Amsterdam EA, Wenger NK, CaseyJr DE, Ganiats TG, HolmesJr DR, Jaffe AS et al. 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. Journal of the American College of Cardiology 2014; 64(24):139-228.

57. O'gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, Casey DE, Chung MK, De Lemos JA et.al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology 2013; 61(4):485-510.

58. Enç N, Öz Alkan H. Kronik kalp yetersizliğinde ilaçların güvenli kullanımı. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012;3(4):101-109.

59. Akbulut E, Tülüce D, Bayrak Kahraman B. Kahraman, Kardiyak Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. Journal of Cardiovascular Nursing, 2016;7(14):140-146.
60. Yeşil P, Altıok M. Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde fiziksel aktivitenin önemi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 2012;3:39-48.

61. Kurçer MA, Özbay A. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011;1:107-13.

62. Alfakih K, Melyille M, Nainby J, Waterall J, Walters K, Walsh J et al. Nurse specialist-led management of acute coronary syndromes. Br J Cardiol 2009;16(3):132-134.

63. Deniz D. Hemşire tarafından verilen eğitim akut koroner sendromlu hastalarda semptom kontrolü ve sağlık davranışlarını etkiler mi? (tez). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

64. Kozan Akgül P. Akut koroner sendromlu hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

65. Demir Ş. Akut koroner sendromlu hastalarda çok boyutlu yaşam kalitesi indeksinin geçerlik ve güvenirlik çalışması (tez). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

66. Smith JN, Negrelli JM, Manek MB, Hawes EM, Viera AJ. Diagnosis and management of acute coronary syndrome: an evidence-based update. The Journal of the American Board of Family Medicine 2015;28(2):283-293.

67. Çilingir D, Gürsoy A. Cerrahi Hastaları İçin Sessiz Tehlike: Derin ven trombozu risk azaltıcı hemşirelik bakımı. ACU Sağlık Bil Derg 2018;9(3):213-219.

68. Enç N, Öz Alkan H. Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastane içi hemşirelik bakımı. Turk J Card Nur 2012;3(4):85-100.

69. Türkiye İstatistik Kurumu. http://www.tuik.gov.tr/Start.do. Erişim tarihi:20.12.2017.

70. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. Toraks Dergisi 2000;1(1):90-95.

71. Çalıyurt O. Nikotin Bağımlılığı ve diğer bağımlılıklarla ilişkisi. Toraks Derneği Okulu . http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/10_kongre_kurs/pdf/477_480_Nikotin_Bagimliligi.pdf . Erişim tarihi:05.11.2018.

72. DiFranzaa JR, Rigottic NA, McNeild AD, Ockeneb JK, Savageaua JA, Cyra D et al. Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. Tobacco Control 2000;9(3):313-319.

73. Korkmaz G, Şimşek Ç. Sigara bağımlılığına yönelik müdahaleler. JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi 2017; 3(1):14-23.

74. Klemperer EM, Hughes JR, Solomon LJ, Fingar JR. Motivational, reduction and usual care interventions for smokers who are not ready to quit: a randomized controlled trial. Addiction 2017;112(1):146-155.

75. Karadağ M, Karadağ S, Ediz B, Işık ES. Nikotin bağımlılığının sigara bırakmadaki etkisi. Yeni Tıp Dergisi 2011;29(1):27-31.

76. DiClemente CC, Velasquez MM. Motivational interviewing: Preparing people for change. Miller WR, Rollnick, S.(Editör). Motivational interviewing and the stages of change. New York: Guilford Press;2002.s.201-216.

77. Ögel K. Motivasyonel görüşme tekniği. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics 2009;2(2):41-44.

78. Dicle AN. Motivasyonel görüşme: öğeler, ilke ve yöntemler. Journal of Social & Humanıtıes Scıences Research 2017;15:2043-2053.

79. Hall K, Gibbie T, Lubman D. Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. Australian Family Physician 2012;41(9):660-667.

80. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? Behavioural and cognitive Psychotherapy 1995;23(4):325-334.

81. Britt E, Hudson SM, Blampied NM. Blampied, Motivational interviewing in health settings: a review. Patient Education and Counseling 2004;53(2):147-155.

82. Miller WR, Rolllnick S. Motivasyonel görüşme: insanları değişime hazırlama. Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE (çeviri). Ankara:HYB Basım Yayın;2009.s.235-400.

83. Allsop S. What is this thing called motivational interviewing? Addiction 2007;102(3):343-345.

84. Miller WR, Moyers TB .Eight stages in learning motivational interviewing. Journal of Teaching in the Addictions 2006;5(1):3-17.

85. Abramowitz SA, Flattery D, Franses K, Berry L. Linking a motivational interviewing curriculum to the chronic care model. Journal of General Internal Medicine 2010;25(4):620-626.

86. Levensky ER, Forcehimes A, O'Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. AJN The American Journal of Nursing 2007;107(10):50-58.

87. Dobber J, Latour C, Snaterse M, Meijel B, Riet G, Reimer S, Peters R. Developing nurses' skills in motivational interviewing to promote a healthy lifestyle in patients with coronary artery disease. European Journal of Cardiovascular Nursing 2018; 0(0):1-10.

88. Erol H.Kronik hastalığı oalan bireylerde sigara bırakmada motivasyonel görüşmenin etkinliğinin değerlendirilmesi (tez). Düzce: Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

89. Heckman CJ, Egleston BL, Hofmann MT. Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Tobacco Control 2010;19(5):410-416.

90. Kamali KN, Davies P, Taylor F, Beswick A, Martin N, Ebrahim S. Promoting patient uptake and adherence in cardiac rehabilitation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014;25(6):1-63.

91. Ahyana A, Kritpracha C, Thaniwattananon P. Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review. Nurse Media Journal of Nursing 2013;3(1): 541-556.

92. Kavradım ST, Özer Z. Koroner kalp hastalıklarının yönetiminde uyum ve öz yeterlik. Current Approaches in Psychiatry 2018;10(3):324-335.

93. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Beniamin EJ, Berry JD, Blaha MJ et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics—2014 update: a report from the American Heart Association. Circulation 2014; 129(3):399-410.

94. Katch H, Mead H. The role of self-efficacy in cardiovascular disease self-management: a review of effective programs. Patient Intelligence 2010;(1):33-44.

95. Phillips P. Telephone follow-up for patients eligible for cardiac rehab: A systematic review. British Journal of Cardiac Nursing 2014;9(4):186-197.

96. Fors A, Ulin K, Cliffordson C, Ekman I, Brink E. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. European Journal of Cardiovascular Nursing 2015;14(6):536-543.

97. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Simoons ML, Chaitman BR, Whit HD. Third universal definition of myocardial infarction. Circulation 2012;126(16):2020-2035.

98. Doğan R, Ayaz S. Hemşirelerin egzersiz davranışları, öz yeterlilik düzeyleri ve ilişkili faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;18(4):287-295.

99. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 1982;37(2):122-147.

100. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz etkililik algısının önemi. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi 1998;2:35-42.

101. Gözüm S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeğinin türkçe formunun yapi geçerliliği: öz-etkililik-yeterlik ile stresle başa çikma algisi arasindaki ilişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 1999;2(1):35-43.

102. Karadağ E, Aksoy Derya Y, Ucuzal M. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz etkililik-yeterlik düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):13-20.

103. Chen SM, Creedy D, Lin HS, Wollin J. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies 2012;49(6):637-644.

104. Bennett JA, Lyons KS, Winters-Stone K, Nail LM, Scherer J. Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: a randomized controlled trial. Nursing Research 2007;56(1):18-27.

105. Hocaoğlu Ç, Yeloğlu ÇH, Polat S. Cardiac Diseases and Anxiety Disorders. Szirm A (Edited). Anxiety and Related Disorders. InTech Europe: www.intechopen.com; 2011.s.139-150.

106. Pıçakçıefe M. Çalışma Yaşamı ve Anksiyete. TAF Prev Med Bull 2010;9(4):367-374.

107. Uzbay T. Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004;4(3):1-11.

108. Chemers MM, Hu L.-t, Garcia BF. Academic self-efficacy and first year college student performance and adjustment. Journal of Educational Psychology 2001;93(1):55-64.

109. Tahmassian K, Moghadam NJ.Relationship between self-efficacy and symptoms of anxiety, depression, worry and social avoidance in a normal sample of students. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2011;5(2):91.

110. Ahmad Z, Yasien S, Ahmad R. Relationship between perceived social self-efficacy and depression in adolescents. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2014;8(3):65-74.

111. Özer ZC, Tokem Y. Miyokart enfarktüslü hastalarda anksiyete ve depresyonun incelenmesi. Türk Kardiyol Dern Arş 2009;37(8):557-562.

112. Sunbul M, Bozkurt Zincir S, Durmuş E, Aydın Sunbul E, Cengiz FF, Kivrak T ve ark. Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2013;23(4):345-352.

113. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, Sadeghian S, Ghofranipour F. Anxiety, self efficacy expectation and social support in patients after coronary angioplasty and coronary bypass. Iranian Journal of Public Health 2008;37(4):119-125.

114. Houle J, Doyon O, Vadeboncoeur N, Turbide G, Diaz A, Poirier P. Innovative program to increase physical activity following an acute coronary syndrome: randomized controlled trial. Patient Education and Counseling 2011;85(3):237-244.

115. Nahcivan N. Nicel araştırma tasarımları. Erdoğan S, Nahcian N, Nihal Esin M. Hemşirelikte araştırma süreç, uygulama ve kritik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2014.s.93.

116. Gözüm S, Aksayan S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences 1999;2(1):21-34.

117. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological Reports 1982;51(2):663-671.

118. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983;67(6):361-370.

119. Aydemir O. Hastane anksiyete ve depresyon olcegi Turkce formunun gecerlilik ve guvenilirligi. Turk Psikiyatri Derg 1997;8:187-280.

120. Velicer WF, Diclemente CC, Prıchaska JO, Brandenburg N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. Journal of Personality and Social Psychology 1985;48(5):1279-1289.

121. Yalçınkaya Alkar O, Karanci AN,. What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change? Addictive Behaviors 2007;32(4):836-849.

122. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. British Journal of Addiction 1991; 86(9):1119-1127.

123. Çapık Ç, Cingil D. Hemşirelik öğrencilerinde sigara kullanımı, nikotin bağımlılık düzeyi ve ilişkili etmenler. Kafkas J Med Sci 2013; 3(2):55–61.

124. Karagöz Y. SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2014.s.1-740.

125. Akgüz A, Çevik O. İstatistiksel Analiz Teknikleri - SPSS'te İşletme Yönetimi Uygulamaları. İstanbul: Emek Ofset;2003.s.1-400.

126. Baltacı D, Öztürk S, Durmuş İ, Kandiş H, Çelik Ş. Akut Koroner Sendrom Hastalarında Klinik Özelliklerin ve Transport Zamanının Akut Koroner Sendrom Sınıflamasına Göre Karşılaştırılması. Duzce Medical Journal 2011;13(2):23-29.

127. Bugan B, Çelik T. Causes of acute coronary syndrome in young adults. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2014;5(91):80-84.

128. Özdemir B, Özdemir L, Biçer M, Özdemir H, Aydın Ö, Baran İ ve ark. Akut koroner sendrom ve stabil koroner arter hastalarında sigara içiciliği ve nikotin bağımlılığı. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2009;13(4):193-199.

129. Robertson JO, Ebrahimi R, Lansky AJ, Mehran R, Stone GW, Lincoff AM. Impact of cigarette smoking on extent of coronary artery disease and prognosis of patients with non–ST-segment elevation acute coronary syndromes: an analysis from the ACUITY trial (Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage Strategy). JACC: Cardiovascular Interventions 2014;7(4):372-379.

130. Himbert D, Klutman M, Steg G, White K, Gulba DC. Cigarette smoking and acute coronary syndromes: a multinational observational study. International Journal of Cardiology 2005;100(1):109-117.

131. Franck C, Filion KB, Eisenberg MJ. Smoking cessation in patients with acute coronary syndrome. The American Journal of Cardiology 2018;121(9):1105-1111.

132. Walters JA, Courtney-Pratt H, Cameron-Tucker H, Nelson M, Robinson A, Scott J et al. Engaging general practice nurses in chronic disease self-management support in Australia: insights from a controlled trial in chronic obstructive pulmonary disease. Australian Journal of Primary Health 2012;18(1):74-79.

133. Lindson- Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015;3:1-76.

134. Selçuk E, Kayhan T, Karakaş M. Evaluation of the Motivational Interviewing Made with smokers Results of the Periodic Health Examination. Turkish Journal of Familiy Medicine and Primary Care 2015;9(4):137-42.

135. Butler CC, Rollnick S, Cohen D, Bachmann M, Russell L, Stott N. Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. The British Journal of General Practice 1999;49(445):611-616.

136. Tok Yıldız F, Kaşıkçı M. Koroner arter hastaliği tanisi ile izlenen bireyin orem'in öz bakim yetersizlik kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu). Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(3):114-120.

137. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M et al. Heart disease and stroke statistics-2016 update a report from the American Heart Association. Circulation 2016;133(4):38-48.

138. Bağçivan G,Tanrıver E, Kılıç B. Kronik kalp damar hastaliği olan bireylerin hastalik algısının incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;21(2):89-96.

139. Folsom AR, Yatsuya H, Nettleton JA, Lutsey PL, Cushman M, Rosamond WD. Community prevalence of ideal cardiovascular health, by the American Heart Association definition, and relationship with cardiovascular disease incidence. Journal of the American College of Cardiology 2011;57(16): 1690-1696.

140. İncirkuş K. Esansiyel hipertansiyonlu bireylere uygulanan motivasyonel görüşme temelli öz-yönetim desteği programinin bakim sonuçlarina etkisi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2016.

141. Bredie SJ, Fouwels AJ, Wollersheim H, Schippers GM. Effectiveness of Nurse Based Motivational Interviewing for smoking cessation in high risk cardiovascular outpatients: a randomized trial. European Journal of Cardiovascular Nursing 2011;10(3):174-179.

142. Abu-Baker N, Haddad L, Mayyas O. Smoking behavior among coronary heart disease patients in Jordan: a model from a developing country. International Journal of Environmental Research and Public Health 2010;7(3):751-764.

143. Kamışlı S, Yüce D, Küçükçoban Ş, Hayran M, Kılıçkap S, Çelik İ, Erman M. Bir sigara birakma polikliniğinde uygulanan psikoeğitimsel sigara birakma porograminin etkinliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 20(4):235-243.

144. Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: a meta-analysis. Psychology of Addictive Behaviors 2009;23(1):56-66.

145. Evcimen H. Tip 1 diabetes mellituslu ergenlerde motivasyonel görüşmenin öz etkililik düzeylerine olan etkisinin incelenmesi (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2018.

146. Dale LP, Whittaker R, Jiang Y, Stewart R, Rolleston A, Maddison R. Text message and internet support for coronary heart disease self-management: results from the Text4Heart randomized controlled trial. Journal of Medical Internet Research 2015;17(10):237-248.

147. Murphy BM, Elliott PC, Higgins RO, Le Grande MR, Worcester MU, Goble AJ, Tatoulis J. Anxiety and depression after coronary artery bypass graft surgery: most

get better, some get worse. European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, 2008. 15(4): p. 434-440.

148. Çevikalp E. Sağlık çalışanlarında sigara içme prevelansı ve sigara içenlerde motivasyonel görüşmenin etkinliği (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2013.

149. Savcı Bakan AB. Sağlık inanç ve transteoretik modellere temelli verilen iki ayrı eğitimin hemşirelerde sigara biraktırmaya etkisinin karşılaştırılması (tez).Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2013.

150. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, Demir P. Sigara bırakma başarısını etkileyen faktörler. Tur Toraks Derg 2013;14:81-87.

151. Sağlam L. Investigation of the results of a smoking cessation clinic and the factors associated with success. Turkish Journal of Medical Sciences 2012;42(3):515-522.

152. Bennett JA, Perrin NA, Hanson G, Bennett D, Gaynor W, Flaherty-Robb M et al. Nurse coaching for behavior change in older adults. Research in Nursing & Health 2005;28(3):187-197.

153. Cummings SM, Cooper RL Cassie KM. Motivational interviewing to affect behavioral change in older adults. Research on Social Work Practice 2009;19(2):195-204.

154. Watkins LL, Koch GG, Sherwood A, Blumenthal JA, Davidson JR, O'Connor C, Sketch MH. Association of anxiety and depression with all- cause mortality in individuals with coronary heart disease. Journal of the American Heart Association 2013;2(2):1-10.

155. Karadağlı F. Sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazıroluşluk durumu ve ilişkili faktörler (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlik Bilimleri Enstitüsü; 2009.

156. Boztaş MH, Abatan E. Sigara bırakmada ilaç tedavisi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2013:16(2).110-119

157. Yaşar Z, Kar Kurt Ö, Talay F, Kargı A. Bir yıllık sigara bırakma poliklinik sonuçlarımız: sigara bırakmada etkili olan faktörler. Eurasian J Pulmonol 2014;16:99-104.

158. Mannan HR, Stevenson CE, Peeters A, Walls HL, McNeil JJ. Age at quitting smoking as a predictor of risk of cardiovascular disease incidence independent of smoking status, time since quitting and pack-years. BMC Research Notes 2011;4(1):39-48.

159. Solak ZA, Başoğlu ÖK, Erdinç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. Tüberküloz ve Toraks dergisi 2006;54(1):43-50.

160. Kıter G, Başer S, Akdağ B, Ekinci A, Ünal N, Öztürk E. Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran olguların sigara içme özellikleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2008;56(1):30-36.

161. Çam O, Nehir S. Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastaların psikososyal uyumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2011;27(2):47-59.

162. Tekin Yanık Y, Erol Ö. Tip 2 diyabetli bireylerin öz-yeterlilik düzeylerinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;19:3.

163. Callaghan D. The influence of basic conditioning factors on healthy behaviors, self-efficacy, and self-care in adults. J Holist Nurs. 2006;24(3):178-85.

164. Mollaoğlu M, Bağ E. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz yeterlilik ve etkileyen faktörler. İst Tıp Fak Derg 2009;72:37-42.

165. Sağlık Bakanlılığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu-2010. Ankara: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti; 2010.s.37-39.

166. Çifçi S, Bayram Değer V, Saka G, Ceylan A. Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörler. Van Tıp Dergisi 2018;25(2):89-99.

167. Yiğitalp G. Factors affecting smoking status of nursing students and their addiction levels. Turkish Thoracic Journal 2015;16(3):121-127.

168. Yazıcı H, Şahin M. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Tutumları İle Sigara İçme Statüleri Arasındaki İlişki. Kastamonu Eğitim Dergisi 2005; 13(2): 455-466.

169. Shiffman S, Balabanis MH, Paty JA, Engberg J, Gwaltney CJ, Liu KS et al. Dynamic effects of self-efficacy on smoking lapse and relapse. Health Psychology 2000;19(4):315-23.

170. Keller CS, McGowan N. Examination of the processes of change, decisional balance, selfefficacy for smoking and the stages of change in mexican american women. Southern Online Journal of Nursing Research 2011;4(2):1-11.

171. De Hoog N, Bolman C, Berndt N, Kers E, Mudde A, De Vries H, Lechner L. Smoking cessation in cardiac patients: the influence of action plans, coping plans and self-efficacy on quitting smoking. Health Education Research 2016;31(3):350-362.

172. Atak H. Yetişkinliğe geçiş yıllarında sigara içme davranışının psikososyal belirleyicileri ve sigara içmenin yaşam doyumu ve öznel iyi oluşla ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2011;14(1):29-43.

173. Parada P, Oliva M, Lazaro E, Amayra I, Lopez Paz JF, Martnez O et al. Anxiety, Depression and Self-Efficacy in Patients with Myasthenia Gravis. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2014;14(1):105-113.

174. Rutten LJF, Hesse BW, St Sauver JL, Wilson P, Chawla N, Hartigan DB et al. Health self-efficacy among populations with multiple chronic conditions: the value of patient-centered communication. Advances in Therapy 2016;33(8):1440-1451.

175. Akay B, Oguz S., Self-Efficacy and Shock Anxiety State of Patients with Implantable Cardioverter Defibrillator. Clinical and Experimental Health Sciences 2018;8(2):146-150.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1: Araştırma tasarımı 24
Şekil 2: Araştırma Akış Şeması 26
Şekil 3: Gruplara Göre Sigara İçmenin Yararlarını Algılama Puanlarındaki Değişime İlişkin Dağılım 43
Şekil 4: Gruplara Göre Hastaların Davranışı Tamamlama Puanlarındaki Değişime İlişkin Dağılımı 45
Şekil 5: Gruplara Göre Sigara Bırakma Oranlarının Dağılımı 47

TABLOLAR

Tablo 1: Akut Koroner Sendromlarda Risk Faktörleri 5
Tablo 2: Anjina Pectoris Tipleri ve Göğüs Ağrısı Değerlendirilmesi 8
Tablo 3: AKS'da Hemşirelik Bakım Planı 11
Tablo 4: Motivasyonel Görüşmede Dört Genel İlke 17
Tablo 5: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach's Alfa değerleri) 29
Tablo 5a: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Öz-Etkililik -Yeterlik İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri 30
Tablo 6: Hastane Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach's Alfa değerleri) 32

Tablo 6a. Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Hastane Anksiyete Ölçeği İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri. 32
Tablo 7. Karar Verme Dengesi Ölçeği Puan Ortalaması ve İç Tutarlılık (Cronbach's Alfa değerleri)..... 34
Tablo 7a: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Karar Verme Dengesi Ölçeği İç Tutarlılık (Cronbach' s Alpha) Değerleri)..... 35
Tablo 8: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanlarının Dağılımı..... 36
Tablo 9: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması . 39
Tablo 10: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Sigara Kullanımı Ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması..... 40
Tablo 11: Müdahale ve Kontrol Grubu Hastalarının Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması..... 41
Tablo 12: Gruplara Göre Karar Verme Dengesi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 42
Tablo 13: Gruplara Göre Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi 44
Tablo 14: Gruplara Göre Hastane Anksiyete Ölçeği Puanının Değerlendirilmesi..... 45
Tablo 15: Gruplara Göre Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Puanının Değerlendirilmesi . 46
Tablo 16: Gruplara ve Cinsiyete Göre Sigara Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi 46
Tablo 17: Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin Değerlendirilmesi 48
Tablo 18: Cinsiyete Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi50
Tablo 19: Yaş İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi..... 51
Tablo 20: Eğitim Durumlarına Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi 53
Tablo 21: Klinik Tanıya Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi 55
Tablo 22: Algılanan Aylık Düzeyine Göre Grupların Ölçek Puanlarındaki Değişimlerinin Değerlendirilmesi 57
Tablo 23: İlk Sigara Kullanım Yaşı İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi..... 58
Tablo 24: Sigara Kullanım Süresi İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi..... 59
Tablo 25: Günde İçilen Sigara Sayısı İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi 60
Tablo 26: Sigarayı Bırakmayı Deneme Süresi İle Ölçek Puanlarındaki Değişimlerin İlişkisi 62
Tablo 27: AKS Hastaların Ölçek Puanlarının İlişkisi..... 64

ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında Çorlu'da doğan Filiz Dilek ilk ve orta öğrenimini Büyükkarıştıran ilköğretim okulunda ve lise öğrenimini Lüleburgaz'da tamamladı. 2004 yılında Trakya Üniversitesi Tekirdağ Sağlık Yüksek Okunda lisans eğitimini, 2008 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Bölümünde yüksek lisans eğitimini tamamladı. 2014 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programına başladı. 2004-2007 Trakya Üniversitesi çocuk solunum ve enfeksiyon servisinde hemşire olarak çalıştı. 2008-2011 Balıkesir Üniversitesi İvrindi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak çalıştı. 2011 yılında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım Hizmetleri Bölümünde çalışmaya başlamış olup, halen aynı birimde öğretim görevlisi olarak görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Etik kurul izni

Ek 2. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Kardiyoloji ABD dan kurum izini

Ek 3. Motivasyonel Görüşme Eğitimi Katılım Belgesi

Ek 4. Hasta Bilgi Formu

Ek 5. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği

Ek 6. Hastane Anksiyete Ölçeği

Ek 7. Karar Verme Dengesi Ölçeği

Ek 8. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Ek 9. Araşatırma ölçek izinleri

.

Ek 1.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/245	
	PROTOKOL ADI	Sigara İçen Akut Koroner Sendromlu Hastalara Uygulanan Motivasyonel Görüşme Yönteminin Sigarayı Bırakma, Öz-Etkililik-Yeterlilik ve Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Serap ÜNSAR	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 03/12**	**Tarih:15.02.2017**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serap ÜNSAR'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Doktora Öğrencisi Filiz DİLEK'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi	

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	Hakan Gürkan
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Öğretim. Gör. Uzm. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	Mazeretli
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	Mazeretli

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TÜZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 2.

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : 96638255-600 -E.109515 01/03/2017
Konu : Çalışma hk.

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 28/02/2017 tarihli ve 109317 sayılı yazı,

Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi Filiz DİLEK'e " Sigara İçen Akut Koroner Sendromlu Hastalara Uygulanan Motivasyonel Görüşme Yönteminin Sigarayı Bırakma, Öz-Etkililik- Yeterlilik ve Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasının bölümümüzde yapılması uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hanefi Yekta GÜRLERTOP
Anabilim Dalı Başkanı

Adres:Trakya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne
Telefon:2842357853 Faks2842357852
E-Posta:dekanlik@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://tipfak.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Bahar PALA
Unvanı: Sekreter

Ek 3.

Motivasyonel Görüşme Tekniği Eğitimi Katılım Belgesi

10 Haziran 2016

Sayın Filiz DİLEK,

10 Haziran 2016 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği Birinci Aşama Eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi

Ek 4.

Başvuru Tarihi:……..

Telefon No: ……..

Adınız Soyadınız: ……

1. Yaşınız:……..

2. Cinsiyetiniz

1. Kadın ( ) 2. Erkek ( )

3. En son hangi okulu bitirdiniz?

1. İlkokul ve altı ( ) 2. Ortaokul ( ) 3. Lise ( ) 4. Üniversite ( )

4. Medeni durumunuz:

1. Evli ( ) 2. Bekâr ( ) 3Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor ( )

5. Çocuk sayısı:……..

6.Çalışma durumunuz:

1. Tam Gün Çalışıyorum (8-12 saat) ( )

2. Yarım Gün Yada Belli Saatlerde Çalışıyorum ( )

3. Çalışmıyorum ( )

7. Algılanan aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Düşük ( ) 2. Orta ( ) 3. Yüksek( )

8. İlk Sigaranınızı kaç yaşında kullandınız?.....

9. Kaç yıldan beri sigara kullanıyorsunuz? …….

10. Günde kaç adet sigara içiyor sunuz?.....

11. Daha önce sigarayı bırakmayı denediniz mi?

1. Evet (Ne kadar süre kullanmadınız? Gün/ay/yıl)……..… 2. Hayır

12. 11. soru evet ise; sigarayı bırakma nedeninizi belirtiniz? ……..

13. Sigara Başlama nedeniniz belirtiniz? (arkadaş ortamı, maddi sorunlar v.b)……

14. Anne yada babanız sigara kullanıyor muydu/ mu?

Anne 1. Evet ( ) 2. Hayır ( ) Baba 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

15. Yaşadığınız evde sizden başka sigara kullanan var mı?

1. Evet ( ) Belirtiniz……. 2. Hayır ( )

16. Alkol Kullanıyor musunuz ?

1. Evet ( ) Kaç Yıldır, Ne Kadar; Belirtiniz)….:

2.Hayır ( )

3.Bıraktım (Ne Kadar Süredir Kullanmıyorsunuz? Belirtiniz):……

17. Klinik Tanınız Nedir?

1. Anjina Pektoris ( )

2. MI (Miyokart İnfarktüsü) ( )

18. Hastalığınız ile ilgili kimden bilgi aldınız?

1. Hekim ( ) 2. Hemşire ( ) 3. Sağlık Personeli Dışında (Arkadaş,Gazete V.B.) ( )

4. Bilgi Almadım ( )

19. Hastalığınız ile ilgili bilgi düzeyinizi nasıl buluyor sunuz?

1. Yeterli ( ) 2.Yetersiz ( )

20. Sürekli takip ve tedavi edilmeniz gereken diğer hastalıklarınız nelerdir?

1. Diyabet ( ) 2. Böbrek yetmezliği ( ) 3. Koroner Arter hastalığı ( )
4.KOAH ( ) 5. Hipertansiyon ( ) 6.Diğer (belirtiniz)…….

21. Yaşamınız Hareketsiz mi ? 1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

22. Kontrollerinize Düzenli Olarak Gider misiniz?

1. Her zaman ( ) 2. Çoğu zaman ( ) 3. Hiçbir zaman ( ) 4. Bazen ( )

23. İlaçlarınızı Düzenli Kullanıyor musunuz ?

1. Her zaman ( ) 2. Çoğu zaman ( ) 3. Hiçbir zaman ( ) 4. Bazen ( )

24.**Günlük aldığınız ilaç miktarı …….**

25. Diyet Programınıza Uyuyor musunuz ?

1. Her zaman ( ) 2. Çoğu zaman ( ) 3. Hiçbir zaman ( ) 4. Bazen ( )

26. Egzersiz yapıyor musunuz?

1. Her zaman ( ) 2. Çoğu zaman ( ) 3. Hiçbir zaman ( ) 4. Bazen ( )

Ek 5.

Yönerge: Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davrandıklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak yandaki rakamlardan uygun olanı yuvarlak içine alınız. 1. Beni hiç tanımlamıyor. 2. Beni biraz tanımlıyor. 3. Kararsızım 4. Beni iyi tanımlıyor. 5. Beni çok iyi tanımlıyor.

1. Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminin.	1	2	3	4	5
2. Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3. Bir işi bir seferde yapamıyorsam yapıncaya kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
4. Kendim için önemli hedefler koyduğumda nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5. İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6. Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7. Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8. Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9. Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10. Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımda başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11. Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12. Benim için çok zor göründüklerinde yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13. Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	1	2	3	4	5
14. Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15. Ben kendine güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16. Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17. Hayatta ortaya çıkan problerin üstesinden gelem yeteneğini kendimde bulamam.	1	2	3	4	5
18. Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19. Tanışmak istediğim birisini görürsem onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20. Arkadaşlık kurması güç ilginç biriyle tanışırsam o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21. Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığımda kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5
22. Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23. Arkadaşlarımı arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5

Ek 6.

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. **Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.** □

( ) Çoğu zaman □( ) Birçok zaman □ ( ) Zaman zaman bazen □( ) Hiçbir zaman

2. **Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.** □

( ) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli □( ) Evet, ama çok da şiddetli değil □

( ) Biraz, ama beni endişelendirmiyor. □ ( ) Hayır, hiç öyle değil

3. **Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.** □

( ) Çoğu zaman □ ( ) Birçok zaman □

( ) Zaman zaman, ama çok sık değil □ ( ) Yalnızca bazen

4. **Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.** □

( ) Kesinlikle □( ) Genellikle □( ) Sık değil □( ) Hiçbir zaman

5. **Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.** □

( ) Hiçbir zaman □( ) Bazen ( ) Oldukça sık □ ( ) Çok sık

6. **Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**□

( ) Gerçekten de çok fazla ( ) Oldukça fazla ( ) Çok fazla değil □( ) Hiç değil

7. **Aniden panik duygusuna kapılıyorum.** □

( ) Gerçekten de çok sık □( ) Oldukça sık □( ) Çok sık değil □( ) Hiçbir zaman

Ek 7.

Aşağıda sigara içmenin bazı olumlu ve olumsuz yönleri sıralanmıştır. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyup belirtilen cümleye ne derece katıldığınızı belirtmek için uygun ifadeyi seçip işaretleyiniz ve lütfen hiçbir soruyu boş bırakmayınız.

	Hiç katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Tamamen katılıyorum**
1. Sigara içmek keyiflidir.					
2. Bir süre sigara içmedikten sonra içtiğim sigara kendimi çok iyi hissettiriyor.					
3. Bazen sigara içmek veya bulmaya çalışmak zahmetlidir.					
4. Sigara içme alışkanlığımın tutsağı olduğumu hissediyorum.					
5. Sigara içtiğim zaman kendimi daha rahat ve daha keyifli hissediyorum.					
6. Sigarayı bırakırsam eğer tiryakiler bunu kıskanacaktır.					
7. Sigara içen kişi imajından hoşlanıyorum.					
8. Sigara içmem diğer insanlarında sağlığını etkiler.					
9. Sigara içmeseydim şimdi daha enerjik olurdum.					
10. Sigara içtiğim zaman sigara kullanan arkadaşlarım ve ailem tarafından daha fazla kabul gördüğümü hissediyorum.					
11. Sigarayı bıramaya çalışırsam büyük olasılıkla çabuk sinirlenen ve çevresine zarar veren biri olurum.					
12. Sigara yüzünden hastalanırsam yakınlarım acı çekecektir.					
13. Ailem ve arkadaşlarım mutlu bir şekilde sigara içmemi, mutsuz bir şekilde sigarayı bırakmaya çalışmama tercih ederler.					
14. Sigara içmeye devam edersem bazı insanlar sigarayı bırakacak iradem olmadığını düşünecek.					
15. Sigara sağlığıma zararlıdır.					
16. Sigara alışkanlığından vazgeçemediğim için kendimde utanıyorum.					
17. İçtiğim sigaranın dumanı ve kokusu insanları rahatsız eder.					
18. Sigara ile ilgili uyarıları göz ardı ettiğim için insanlar benim akılsız olduğumu düşünüyorlar.					
19. Sigara içtiğim zaman kendimi daha çok seviyorum.					
20. Sigara dikkatimi toplamama ve daha iyi çalışmama yardım ediyor.					
21. Sigara gerginliği azaltır.					
22. Yakınlarım sigara içmemi onaylamıyorlar.					
23. Sigara ile ilgili uyarıları dikkate almadığım için pişmanım.					
24. Sigara içmeye devam ederek kendi kararlarımı kendimin verdiğini hissediyorum.					

Ek 8.

(Lütfen, aşağıdaki soruları sigarayı kullandığınız döneme göre cevaplayınız)

1.İlk sigarayı sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

a. İlk 5 dakika

b. 6–30 dakika

c. 31–60 dakika

d. Bir saatten fazla

2. Sigara içmenin yasak olduğu örneğin; otobüs, hastane, sinema gibi yerlerde bu yasağa uymakta zorlanıyor musunuz?

a. Evet b. Hayır

3. İçmeden duramayacağınız, diğer bir deyişle vazgeçemeyeceğiniz sigara hangisidir?

a. Sabah içtiğim ilk sigara

b. Diğer herhangi biri

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

a. 10 yada daha az

b. 11–20 adet

c. 21–30 adet

d. 31 veya daha fazlası

5. Sabah uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık içer misiniz?

a. Evet b. Hayır

6. Günün büyük bölümünü yatakta geçirmenize neden olacak kadar hasta olsanız bile sigara içer misiniz?

a. Evet b. Hayır

Ek 9.

Alıcı: bana

Sayın Öğr. Gör. Filiz DILEK,
Trakya üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik programında Prof. Dr. Serap ÜNSAR danışmanlığında yapacağınız doktora tezinizde Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ve 1997 yılında ben ve ekibimin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğu " **Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini**" kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
Çalışmanızda başarılar diliyorum.
Prof. Dr. Ömer AYDEMİR
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Manisa

ölçeği kullanmanıza izin veriyorum.
İyi çalışmalar dilerim.

Assoc. Prof. Özden YALÇINKAYA ALKAR, PhD
Yıldırım Beyazıt University
Department of Psychology
Ankara, 06810, Turkey

Doç. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR, PhD
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Psikoloji Bölümü
Ankara, 06810, Türkiye

Sebahat GOZUM
Alıcı: bana

Sayın Dilek Filiz

İstemiş olduğunuz ölçek çalışmasını ekte bulabilirsiniz. Amacınıza hizmet etmesi durumunda tez çalışmanızda "Öz etkililik-yeterlilik ölçeğini" kullanabilirsiniz.

Prof.Dr.Sebahat Gözüm