T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARIN BAKIMINI ÜSTLENEN BİREYLERİN TABURCULUK DÖNEMİNE İLİŞKİN EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ

CEMİLE GÜLER

PROF. DR. SEHER DENİZ ÖZTEKİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2019

Bu çalışma 11.07.2019 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Seher Deniz Öztekin
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

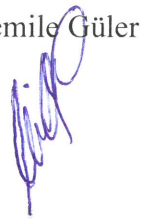
Prof. Dr. Ayfer Özbaş
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üyesi Hülya Üstündağ
Bilgi Üniversitesi- Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Cemile Güler



İTHAF

Kızıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, bilimsel katkıları ve yol gösterici yaklaşımı ile desteğini ve anlayışını her zaman hissettiğim danışmanım Prof.Dr. Seher Deniz Öztekin'e, başta Prof. Dr. Nevin Kanan ve Prof. Dr. Neriman Akyolcu olmak üzere Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bölümü'ndeki tüm hocalarıma,

Veri toplama sürecindeki katkılarından dolayı Amerikan Hastanesi yönetimine,

Sabır, özveri ve yardımını esirgemeyen anneme, ablama, babama ve eşime,

Hayatıma girerek hayatımı renklendiren kızım Defne'ye,

Yardıma ihtiyacım olduğunda yardımıma koşan arkadaşım Uzm.Hemş.Hanife Ebru Dönmez'e

Saygılarımı ve sevgilerimi sunar, teşekkür ederim.

Cemile Güler
İstanbul / 2019

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....II
BEYAN.....III
İTHAF.....IV
TEŞEKKÜR.....V
İÇİNDEKİLER.....VI
TABLOLAR LİSTESİ.....VII
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....VIII
ÖZET.....IX
ABSTRACT.....XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....1
2. GENEL BİLGİLER.....5
2.1.Perkütan Koroner Girişim Uygulamalarında Taburculuk Eğitimi.....8
2.2.Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastanın Bakımını Üstlenen Bireyin Taburculuk Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Bakımı.....13
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....19
3.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli.....19
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı…….....19
3.3.Evren ve Örneklem Büyüklüğü……...20
3.4.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....20
3.5.Etik Konular.....21
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları……..…….22
4. BULGULAR.....23
5. TARTIŞMA.....53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....61
KAYNAKLAR.....68
VERİ TOPLAMA FORMU.....77
ETİK KURUL ONAYI.....81
KURUM ONAYI.....84
ÖZGEÇMİŞ.....85

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1 Bakımı Üstlenen Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2 Bakımı Üstlenen Bireylere Verilen Taburculuk Eğitiminin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.3 Bakımı Üstlenen Bireylerin Bakım Konusunda Endişeli Olma ve İstekli Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 4.4 Bakımı Üstlenen Bireylerin Komplikasyonlara İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerine Göre Dağılımı

Tablo 4.5 Bakımı Üstlenen Bireylerin Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimlere Yönelik Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri

Tablo 4.6 Bakımı Üstlenen Bireylerin Hareket Kısıtlığına İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri

Tablo 4.7 Bakımı Üstlenen Bireylerin İşlem Bölgesi Bakımına İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri

Tablo 4.8 Bakımı Üstlenen Bireylerin Tıbbi İzleme İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri

Tablo 4.9 Bakımı Üstlenen Bireylerin Yaşam Tarzı Değişikliklerine İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri

Tablo 4.10 Bakımı Üstlenen Bireylerin Taburculuk Eğitimi Verilen Konu Gruplarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Dağılımı

Tablo 4.11 Bakımı Üstlenen Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.12 Bakımı Üstlenen Bireylerin Cinsiyete Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.13 Bakımı Üstlenen Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.14 Bakımı Üstlenen Bireylerin Medeni Durumuna Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.15 Bakımı Üstlenen Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.16 Bakımı Üstlenen Bireylerin Mesleki Aktivite Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.17 Bakımı Üstlenen Bireylerin Yakınlık Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.18 Bakımı Üstlenen Bireylerin Aynı Evde Yaşama Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.19 Bakımı Üstlenen Bireylerin Eğitimi Yeterli Bulma Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.20 Bakımı Üstlenen Bireylerin Bakım Konusunda İstekli Olma Durumuna Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.21 Bakımı Üstlenen Bireylerin Bakım Konusunda Endişeli Olma Durumuna Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AKS: Akut Koroner Sendrom

AMİ: Akut Miyokart İnfarktüsü

AP: Anjina Pektoris

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HT: Hipertansiyon

İKH: İskemik Kalp Hastalığı

KABG: Koroner Arter Bypass Grefti

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KDH: Kalp Damar Hastalığı

KKH: Koroner Kalp Hastalığı

Mİ: Miyokart İnfarktüsü

PKG: Perkütan Koroner Girişim

PTKA: Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti

TKD: Türk Kardiyoloji Derneği

ÖZET

Güler, C. (2018). Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Taburculuk Dönemine İlişkin Eğitim Gereksinimleri, İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu çalışma, perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin taburculuk dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve sonuçların klinik alanlara yansıtılarak gelecekteki hemşirelik çalışmalarına ışık tutmak amacıyla planlandı.

Araştırmanın örneklemini İstanbul'da özel bir hastanede PKG sonrası taburculuğu planlanan hastaların bakımını üstlenen 101 birey oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplandı. Bulgular, tanımlayıcı istatistiksel analizlerle, nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları ise Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin karşılaştırmalarında Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve Bonferroni-Dunn Testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi ortalaması 61,88±25,42'dir. Bakımı üstlenen bireylerin gelişebilecek komplikasyonlara yönelik taburculuk eğitimi gereksiniminin 41-50 yaş grubunda ($p<0,05$); bakımı üstlenen bireyin hareket kısıtlılığı konusundaki gereksiniminin, eş olduğu durumda ($p<0,05$) ve hasta ile aynı evde yaşama durumunda ($p<0,05$) anlamlı olduğu; komplikasyon varlığında uygulanması gereken girişimler ($p<0,01$) ve tıbbi izlem ($p<0,01$) konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünen/yeterliliği konusunda kararsız kalan bireylerde; yaşam tarzı değişiklikleri konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünen bireylerde ($p<0,05$) ve genel olarak taburculuk eğitimi gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünen/yeterliliği konusunda kararsız kalan bireylerde ($p<0.01$) ise daha yüksek olduğu belirlendi.

Tıbbi izlem ve gelişebilecek komplikasyonlar sıklıkla taburculuk eğitimi içeriğinde verilmesi gereken konulardır.

Anahtar kelimeler: Koroner anjiyoplasti, bakımı üstlenen birey, eğitim gereksinimi, hemşire, taburculuk planı

SUMMARY

Güler, C. (2014). The Learning Needs of Percutaneous Coronary Intervention Patients' Caregivers Regarding The Discharge Process, Istanbul University – Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies, Department of Surgical Nursing, Master's Thesis, Istanbul.

The aim of this study is to identify the learning needs of percutaneous coronary intervention patients' caregivers regarding the discharge process and to shed light on future nursing inventions by reflecting the results of the study on clinical fields.

The sample of this study is composed of 101 caregivers of the PCI patients who will be discharged soon. The data was collected through a questionnaire designed by the researcher. The findings have been presented in statistical analysis, the quantitative data to normal distribution has been identified through Shapiro-Wilk Test and graphical analysis. The quantitative variables compared with Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Bonferroni-Dunn Tests. The statistical significance has been accepted as $p<0,05$.

While the average for discharge learning needs about complications that might develop are $61,88 \pm 25,42$. It was found that the discharge learning needs for the complications in individuals aged 41-50 years ($p <0.05$); the discharge learning needs on the restriction of movement in cases where the person taking care of the patient is the spouse ($p <0.05$) and in the same household with the patient ($p <0.05$); the discharge learning needs in the presence of complications ($p <0.01$) and medical follow-up ($p <0.01$) in individuals who thought that the discharge education was unsufficient/indecisive about their adequacy of the discharge education; the discharge learning needs in the lifestyle changes in individuals who thought that the given discharge education was not sufficient ($p <0.05$) and in general the individuals who thought that the discharge education was unsufficient/indecisive about the adequacy of the discharge education ($p <0.01$) is higher.

As a result, medical follow-up and complications that may develop are frequently subjects for discharge training.

Key Words: Coronary angioplasty, caregiver, learning needs, nursing, discharge.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsan, fiziksel, sosyal, duygusal ve entellektüel gereksinimleri olan bir organizmadır. Bireyin, yaşamını fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı ve mutlu olarak sürdürebilmesi fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel gereksinimlerinin karşılanmasına bağlıdır. Bu gereksinimlerin karşılanmaması durumunda ise sağlıktan sapmalar ortaya çıkar (Kesgin ve Topuzoğlu 2006).

Sağlığın bozulduğu durumlarda, hastalığın getirdiği sınırlamalar, çaresizlik, ölüm korkusu, önceki hastalık deneyimleri, ameliyat olma, sürece ilişkin bilgi eksikliği gibi faktörler, bireylerin anksiyete ve korku hissetmesine neden olur. Çalışmalarda hasta/yakınının verilen taburculuk eğitimleri yoluyla bilgi düzeylerinin arttığı, anksiyetesinin azaldığı, stresle başa çıktığı ve yaşam kalitesinin yükseldiğini belirttiği rapor edilmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Dilek 2008; Higgins ve ark. 2005; Nagle ve Nee 2002; Olgun 2006; Özer ve ark. 2002; Smith ve Liles 2007; Shoulders 2008; Zhao ve Wong 2009). Bu bağlamda, hasta bireyin/yakınının hastalığı süresince bilgilendirilmesi en doğal hakkı ve gereksinimidir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

Eğitim, hasta/bakımı üstlenen birey ve sağlık çalışanları arasındaki öğrenme ve öğretme süreci olarak tanımlanabilir. Hasta eğitimi ile sadece bilgi aktarımı değil, aynı zamanda da bireyin yeni bir davranış kazanması ve bu davranışı alışkanlık haline getirmesi amaçlanmalıdır. Hasta eğitimi, hasta/yakınının sağlıkla ilişkili davranışlarını düzeltmek, hastalıkla başa çıkma düzeyini arttırmak ve kendi sağlıkları ile ilgili karar verebilmelerini sağlamak amacıyla planlanır. Bu açıdan bakıldığında, taburculuk eğitimi verilecek olan bireylerin; aile yapısı, iletişim yöntemleri, kültürel değerleri, dini inanç ve uygulamaları, maddi durumları, iş ortamları, aktivite durumları, psikolojik durumları, fiziksel sınırlılıkları tanılanmalı, verilere dayalı ve gereksinimlere yönelik amaçlı şekilde bir taburculuk eğitimi planına odaklanılmalıdır (Alkan 2016; Avşar ve Kaşıkçı 2009; Dural ve Sarıtaş 2017; Özer ve ark. 2002; Smith ve Liles 2007; Shoulders 2008; Zhao ve Wong 2009).

Hasta/hasta yakını eğitimi sürecinde farklı sağlık disiplinlerinin rolü önemlidir. Ancak hemşirelik, bireyi/bakımı üstlenen bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal boyutları ile birlikte ayrıntılı olarak değerlendirebilen ve sürekli etkileşim içinde olan tek disiplindir. Bu nedenle hemşireler hasta eğitiminde önemli bir role sahiptirler. Ancak Avşar ve

Kaşıkçı'nın (2006) bir çalışmasında, ülkemizdeki hemşirelerin bu görevlerini çeşitli nedenlerle yerine getiremedikleri veya taburculuk eğitiminin hastanın taburcu olduğu gün verildiği, bireye özel planlanmayıp her hastaya standart bir eğitim sunulduğu ve literatüre uygun şekilde bir taburculuk eğitimi verilmediği bildirilmektedir (Tok 2006; Avşar ve Kaşıkçı 2009). Ayrıca Avşar'ın (2006) "Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi" başlıklı çalışmasında da, hemşirelerin %82,4'ünün hasta ailesi/yakınını taburculuk eğitimine dahil etmediği belirlenmiştir (Avşar ve Kaşıkçı 2009).

Hasta/bakımı üstlenen bireyin taburculuk eğitimi sürecinde, öğrenim gereksinimlerinin, öğrenmeye hazır olma durumunun ve eğitim yönteminin belirlenmesi, gerekli desteğin sağlanması, eğitimin uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi yer alır. Yeterli ve doğru bir taburculuk eğitimi ile hastalık sürecindeki gereksinimler karşılanarak, komplikasyonların ortaya çıkma olasılığı azaltılmakta ve hızlı iyileşme sağlanmakta, taburculuk eğitimi alan bireylerin hasta bakımına sağladıkları olumlu tutum ve yaklaşımların, sağlık bakım harcamalarına da olumlu yönde yansıyabileceği bildirilmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Dural ve Sarıtaş 2017; Özer ve ark. 2002; Smith ve Liles 2007; Shoulders 2008; Zhao ve Wong 2009).

Hasta eğitimi süreçlerinden biri olan gerekli desteğin sağlanması, aile üyelerinin eğitime dahil edilmesi ile olasıdır. Kronik hastalıklar arasında yer alan ve yaygın şekilde görülen kalp hastalıkları, yaşam boyu devam eden, sürekli tıbbi tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır. Bu nedenle kalp hastalığına sahip/bakımı üstlenen bireylerin, bakım ve sağlığın yükseltilmesi yönündeki davranışlar konusunda bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir. Bireylerde bu davranışlara uyum sağlama ve kendini koruyabilme güdüsünün yüksek derecede anksiyete oluşturduğu, bu kapsamda hasta bireylerin yaşadıkları bu anksiyeteyi en az düzeye indirmek üzere aile bireylerinden destek arayışına girdikleri bildirilmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Dilek 2008; Higgins ve ark. 2005; Nagle ve Nee 2002; Olgun 2006).

Yapılan çalışmalarda (Aggarwal ve ark 2008; Bahrami ve ark. 2014; Hupcey ve ark. 2011), kalp hastalığına sahip bireylerin bakımını üstlenen bireyler aldıkları bu ciddi sorumluluk ile başetmeye çalışırken yüksek düzeyde endişe yaşamaktadırlar. Bahrami ve ark.nın (2014) bir çalışmasında kalp hastalığına sahip bireylerin bakımını üstlenen bireylerin bilgi eksikliklerinin giderilmediğini, sorularına cevap verecek bir sağlık

çalışanı bulamadıklarını, taburculuk sonrası dönemde hastanede gözlem yaparak öğrendikleri ile bakımı devam ettirdiklerini, bu nedenle de kendilerine bakımı üstlenme konusunda güvenmediklerini ve stres düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir. Bakımı üstlenen bireylerin stres düzeylerinin azaltılması, bu rolle başedebilmeleri ve gereken bakımı sağlayabilmeleri için bilgi ve beceri düzeylerinin arttırılması gerektiği vurgulanmaktadır (Bahrami ve ark 2014). Aggarwal ve ark.nın (2008) bir çalışmasında ise kalp hastalarının bakımını üstlenen bireylerin yaşam tarzı ve psikososyal risk faktörleri nedeniyle kardiyovasküler bir hastalığa sahip olma riskinin arttığı, bakımı üstlenmenin dengesiz beslenmeye, hareketsiz bir yaşama, depresyon ve daha düşük seviyede psikososyal destek alabilmeye neden olduğu bildirilmektedir. Bakımı üstlenen bireylerin, hastalardan daha az endişeli ve daha az depresif olmasının hastalığa uyumu arttırdığı, bu yüzden de bakımı üstlenen bireylerin psikososyal durumlarını pozitif yönde etkileyebilecek her türlü girişimin hastanın sağlığını da olumlu etkileyebileceği bildirilmektedir (Aggarwal ve ark. 2008). Hupcey ve ark. (2011) ise, bakımı üstlenen bireylerin bakım kararlarına katılımlarının, bakımın kalitesini arttıracağına işaret ettiği, ayrıca bu çalışmaya katılan bakımı üstlenen bireylerin, yeterli bilgi ve beceriye sahip oldukları durumlarda bakımın daha da olumlu sonuçlar verdiği vurgulanmaktadır. Aynı çalışmada, aksi durumlarda hastalarının güvenini yitirdikleri ve bu nedenle bakımla ilgili karar ve uygulamalardan uzaklaştırıldıklarını ifade ettikleri rapor edilmektedir (Hupcey ve ark. 2011).

Hasta/ailesinin eğitime gereksinim duyduğu önemli bir kalp hastalığı da Koroner Arter Hastalığı (KAH)'dır. Perkütan koroner girişim (PKG) sırasında anestezi verilmemesi, sternotomi uygulanmaması, işlem sonrası iyileşme sürecinin kısa olması ve komplikasyon riskinin daha az olması gibi nedenlerle daha sık uygulanmakta, ancak işlemden 1 gün sonra taburculuk gerçekleştiğinden taburculuk sonrası döneme ilişkin uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önemi artmakta, bu bağlamda da taburculuk eğitimi önem kazanmaktadır (Heyde ve ark 2007; Odabaşı 2006; TKD 2004).

Hasta/bakımını üstlenen bireye, PKG sonrası hastalık ve bakım ile ilgili yeterli bilgi ve beceriyi kazandırmak amacıyla kardiyak rehabilitasyon programları önem kazanmaktadır. Amerikan Kalp Birliği (AHA) (2007), bu programların çeşitli sağlık disiplinlerince yürütülmesi ve ekip lideri konumunda hemşirelerin yer almasının gereğine işaret etmektedir. Kardiyak rehabilitasyon programlarında hemşirenin rolü, tüm ekip

üyeleri ile iş birliğini sağlamak, program koordinatörlüğünü yürütmek, hasta/aile eğitimi ve taburculuk planını uygulamaktır (Dilek 2008; Fernandez ve ark. 2006; Lauck ve ark. 2009; Leeper 2004; Shoulders 2008; Smith ve Liles 2007; Şekir ve ark. 2004; Thomas ve ark. 2010; Uysal 2012; Zhao ve Wong 2009).

Hasta/bakımı üstlenen birey tüm riskleri ve PKG sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulguları konusundaki bilgi eksikliği giderilmeli, acil durumların ne olduğu ve acil durumlarda uygulanması gereken eğitsel öneriler, önlemler ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi konularda aydınlatılmalıdırlar. Gelişebilecek komplikasyonlar yaşamsal önem taşıdığından, hastanın bakımını üstlenecek bireyin de taburculuk eğitimine katılımı sağlanmalıdır (Ayers 2002; Chair ve Thompson 2005; Chlan ve ark. 2005; Görgülü ve ark 2010; Hamel 2009; Lyons ve ark. 2002; Mills ve ark. 2012; Odabaşı 2006; Olgun 2006; Tok ve Çelik 2009; Rolley ve ark. 2009; Rolley ve ark 2010 a; Rolley ve ark 2010 b; Shoulders 2008; The Ohio State University Medical Center 2008; TKD 2004; Tok 2006; Vlasic 2004).

Cherlin ve ark.ı (2013) PKG sonrası bakımı üstlenen bireylerin özellikle egzersiz, değiştirilebilen risk faktörleri, diyabetin etkileri, ilaçların doğru kullanımı, sigarayı bırakma ve diyet değişikliklerine uyumunu kolaylaştırmak üzere hastalarına nasıl yardım edecekleri konusunda bilgi istedikleri belirlenmiştir (Cherlin ve ark. 2013). Higgins ve ark.nın (2005) bir çalışmasında da kalp hastalarının eşlerinin hastalık süreci ve yaşam değişiklikleri konusunda eğitim verilmesini istedikleri bildirilmektedir (Higgins ve ark. 2005). Ülkemizde ise Tok'un (2006) çalışmasında, taburculuk sonrası işlemlere ilişkin hasta yakınlarının %3,3'ünün bilgilendirildiği, bu bilgilendirmenin de hekim tarafından yapıldığı rapor edilmiştir (Tok 2006).

Literatürde (Cherlin ve ark. 2013; Görgülü ve ark 2010; Higgins ve ark. 2005; Rolley ve ark 2010 a; Rolley ve ark 2010 b; Stewart ve ark 2004; The Ohio State University Medical Center 2008; TKD 2004), erken dönem taburcu edilen ve evdeki bakımlarına ilişkin bilgilendirilen PKG uygulanmış hastaların/ bakımını üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi üzerinde durulmakta, ancak ülkemizde konuya ilişkin hemşirelik çalışmalarına az rastlanmakta ve çoğunluğunun hastaları kapsadığı izlenmektedir (Olgun 2006; Süt 2009; Tok 2006; Tok ve Çelik 2009; Yıldız ve Pınar 2004).

Bu çalışma, PKG uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin taburculuk dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve sonuçların klinik alanlara yansıtılarak gelecekteki hemşirelik çalışmalarına ışık tutmasını sağlamak amacıyla kesitsel olarak planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Kalp ve damar hastalıkları (KDH) arasında en sık KAH'na rastlanmaktadır. KAH, koroner arterlerin en içte yer alan intima tabakasının lipit, fibroz doku, kalsiyum gibi çeşitli etmenlere bağlı olarak kalınlaşması/sertleşmesi sonucu elastikiyetini yitirmesidir. KAH, anjina pektorise (AP) ve miyokart infarktüsüne (Mİ) neden olan ciddi bir KDH'dır (Dilek 2008; Dressler 2010; Odabaşı 2006; Tok 2006).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de KAH'nın erişkinlerde başta gelen mortalite ve morbidite nedeni olduğu bilinmektedir. KDH nedeniyle ortaya çıkan ölümlerin %50'nin üzerinde olduğu, 40 yaş ve sonrası ölüm nedenlerinin başında KAH'nın geldiği, DSÖ (2012)'ne göre dünya üzerindeki 7,4 milyon insanın iskemik kalp hastalığı (İKH) nedeniyle yaşamını yitirdiği bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı (2016) verilerine göre, 2016 yılında gerçekleşen ölümlerin %39,84'ünü dolaşım sistemi hastalıklarının oluşturduğu, bu oranın %58,31'ini İKH, %41,92'sini Mİ'nin oluşturduğu rapor edilmektedir (Dilek 2008; DSÖ 2014; Odabaşı 2006; Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016; Süt 2009).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)'nin 1990-2008 yılları arasındaki TEKHARF çalışmasının verilerine göre, Türkiye'deki ölüm nedenlerinin başında %42 ile KAH gelmekte, yetişkinlerde kalp hastalığı görülme prevalansının 6,7 olduğu kaydedilmektedir. Literatürde, Türkiye genelindeki kalp hastalıklarının dağılımları incelendiğinde; KAH'nın %3,8, hipertansif kalp hastalıklarının %2,2, romatizmal kalp hastalıklarının %0,5 ve tüm diğer kalp hastalıklarının görülme oranının ise %0,3 olduğu izlenmektedir (Onat 2009). Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılı istatistiklerine göre, KKH' nın, erkeklerde %4, kadınlarda %4,2 ve Türkiye genelinde de %4,1 oranında tanılandığı belirtilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013).

Yüksek mortalite ve morbidite oranlarına dayalı olarak, KAH'ndan korunmada kontrol edilebilen risk faktörleri konusunda önlemler almak gerekmektedir. KAH'na ilişkin kontrol edilebilen risk faktörleri; HT, hiperkolesterolemi, obezite, diyabetes mellitus (DM), sedanter yaşam biçimi, stres, sigara, alkol, oral kontraseptif kullanımı ve düşük sosyoekonomik durum iken, kontrol edilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk ve kalıtsal özelliklerdir (Cobb ve ark. 2005; Dilek 2008; Dressler 2010; Dumond ve ark. 2006; Fernandez ve ark. 2006; Homoud 2008; Horwitz ve ark. 2009; Odabaşı 2006; Onat ve Can 2009; Süt 2009; Tok 2006; Zhao ve Wong 2009).

Sistolik kan basıncının 120 mmHg'nın üzerinde olması, HDL kolesterol düzeyinin düşük olması, günlük alkol ve sigara tüketiminde ve beden kitle indeksinde artış kaydedilmesi, bel çevresinin genişlemesi, özellikle kadınlarda yaş ile birlikte obezitenin de artışı, toplum olarak sedanter yaşam tarzının benimsenmesi, diyabet, stres ve agresif kişilik yapısı, dengesiz beslenme, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, ileri yaş ve soygeçmişte KAH öyküsü bulunması gibi faktörlerin KAH'na yakalanma riskini arttırdığı çeşitli çalışmalarda bildirilmektedir (Cobb ve ark. 2005; Dilek 2008; Dressler 2010; Dumond ve ark. 2006; Fernandez ve ark. 2006; Homoud 2008; Odabaşı 2006; Onat ve Can 2009; Süt 2009; Tok 2006; Zhao ve ark. 2011; Zhao ve Wong 2009).

Günümüzde, KAH gelişme riskinin artış kaydetmesi ile birlikte, tedavisinin temel amacı Mİ'ne bağlı ölümlerin durdurulması ve AP gelişimini azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktır. KAH'nın cerrahi tedavisinde, tıbbi tedavinin yanısıra koroner arter bypass greft (KABG) ve PKG uygulanmaktadır. PKG, 1960'lı yılların sonlarında uygulanmaya başlanan ve dünyada en yaygın olarak kullanılan revaskülarizasyon yöntemlerinden biridir (Dilek 2008; Tok 2006).

Ucu balonlu bir kateterin, brakiyal/femoral/radial arter yoluyla, koroner arterlerdeki lezyon bölgesine ilerletilmesi, belli bir süre plak üzerine basınç yapacak de şişirilmesiyle gerçekleştirilen ve koroner arter stenozunun mekanik olarak açılmasını sağlayan bir cerrahi işlem olan PTKA, dünyada ilk kez 1977'de Andreas Gruentzig tarafından uygulanmıştır. İşlem sonunda aterosklerotik plağın damar çeperine yapışması sağlanarak tıkanıklık açılmakta ve damar lümeni genişletilmektedir. Anjiyoplasti işlemi sonrası damar açıklığının devamlılığını sağlama ya da koruma amacıyla damar içine metal ağ şeklinde tüp yerleştirilmesi işlemi ise stent uygulamasıdır. Kullanılan stentler, paslanmaz çelik, tantalum veya nitinol yapıda olup, trombojenik etkiyi azaltan polimer kaplı protezlerdir. Kalp kateterizasyonu sırasında, kalbin odacıkları, kapaklarının yapısal ve fonksiyonel durumu incelenmekte, bu işlem sırasında kontrast madde kullanılarak koroner arterlerin filmi çekilmektedir. (Bakan 2016; Dilek 2008; Dixon ve Grines 2011; İlkay ve Yavuzkır 2001; Olgun 2006; Odabaşı 2006; Parkosewich 2010 pp. 713; Reynolds ve ark. 2001; Rothberg ve ark. 2010; Shoulders 2008; Tarolli 2007; TKD 2004; Tok 2006).

Koroner anjiyoplasti, kronik stabil/ stabil olmayan AP'li olgularda, tıbbi tedaviye yanıt alınamayan tıkanıklıklarda, akut miyokart infarktüsünde (AMİ), normal veya hafif derecede bozulmuş sol ventrikül fonksiyonunda kullanılan ve KABG cerrahisi sonrası tıkanan greftin onarımı amacıyla uygulanan bir işlemdir. 20 mm'den uzun diffüz lezyonlar, 45º üzerinde açılanma gözlenen koroner damar lezyonları, proksimal yerleşimli lezyonlar ve tıkanıklığın %90'dan fazla olduğu lezyonlarda PKG'nin riskli olduğu kaydedilmektedir (Dixon ve Grines 2011; İlkay ve Yavuzkır 2001; Odabaşı 2006; Shoulders 2008; Tok 2006).

İntra koroner stent işlemi, tıkanma tehdidi gösteren lezyonlarda, koroner anjiyoplastiye karşın başarı sağlanamayan ve 3.0 mm'den büyük çaplı olan damarsal tıkanıklıkların tedavisinde, KABG cerrahisi sonrası safen ven greft lezyonlarının tedavisinde, koroner anjiyoplasti işlemi sonrası yeniden daralan/ tıkanıklık riski olan damarların onarımında ve AMİ olgularında başarıyla uygulanmaktadır (Odabaşı 2006; Reynolds ve ark. 2001; Shoulders 2008; Tok 2006). Öte yandan bu işlem, 2.9 mm'den daha ince koroner arter yapısı ve ciddi sol ana koroner lezyonu olan, çok sayıda stent implantasyonu gerektiren olguların, yanı sıra trombositopeni gibi pıhtılaşma sorunlarına, distal akımı zayıf ve proksimal lezyonu bulunan kıvrımlı koroner damar yapısına sahip hastalarda uygulanmamaktadır (Odabaşı 2006; Shoulders 2008; Tok 2006).

İntra koroner stent işlemi, koroner anjiyoplastinin acil KABG cerrahisi, Mİ, restenoz gibi önemli dezavantajlarının ortaya çıkması olasılığını azaltmakta/ önlemektedir. İşlem sonrası Mİ ve ani kardiyak ölüm görülme oranının, intra koroner stent işlemi uygulanan hastalarda koroner anjiyoplasti işlemi uygulanan hastalara oranla daha düşük olduğu bildirilmektedir (Dixon ve Grines 2011; Odabaşı 2006; Shoulders 2008; Tok 2006). Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent, KABG cerrahisine oranla daha az invazif olan, daha kısa süren, daha az miktarda anestezik ajan uygulanmasını gerektiren, sternotomi gerektirmeyen, hastanede yatış süresinin daha kısa olduğu, hızlı iyileşme sağlayan, daha kısa sürede işe geri dönüşü olası, gerektiğinde tekrarlanabilir özellikte bir cerrahi girişimdir. Ancak iyileşme ve hastanede yatış süresinin kısa oluşu taburculuk sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonların izlenmesini ve dolayısıyla da verilecek taburculuk eğitiminin önemini arttırmaktadır (Furuya ve ark. 2014; Ghisi ve ark. 2014; Heyde ve ark 2007; Odabaşı 2006; Parkosewich 2010 pp. 713; Sadeghzadeh 2014; Shoulders 2008; Tok 2006)

2.1. Perkütan Koroner Girişim Uygulamalarında Taburculuk Eğitimi

Hastaların erken dönemde taburcu edildiği PKG sonrası taburculuk döneminde, ev ortamında hastanın bakımını üstlenen bir yakının olduğu bilinmeli, tüm riskler, gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulguları, alınması gereken önlemler ve yapılacak yaşam tarzı değişiklikleri, acil durumlar ve bu durumlarda yapılması gerekenler konusundaki bilgi eksiklikleri giderilmeli, bu yönde verilen taburculuk eğitimi sonrası eğitimin etkinliği değerlendirilmeli, gerekli ise hastanın bakımını üstlenen bireyin taburculuk eğitimi süreci tekrarlanmalıdır. Literatürde taburculuk sonrası yapılması gereken uygulamaların hasta ve yakını/bakımı üstlenen birey ile hemşire eşliğinde gözden geçirilmesi ve hemşirenin hasta yakını/bakımı üstlenen bireyi muhakkak taburculuk eğitimine dahil etmesi gerektiği yer almaktadır (Ayers 2002; Bakan 2016; Hamel 2009; Odabaşı 2006; Olgun 2006; Tok ve Çelik 2009; Rolley ve ark 2010 a; Shoulders 2008; TKD 2004; Tok 2006; Vlasic 2004).

Hasta/bakımı üstlenen bireye, PKG sonrası sunulan taburculuk eğitimi, kardiyak rehabilitasyon programının bir adımıdır. Kardiyak rehabilitasyon, kalp hastalığı olan bir bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan optimal fonksiyon düzeyine ulaşabilmesi için yapılan rehabilitasyon çalışmalarının tümüdür. Bu çalışmalar egzersiz, tıbbi değerlendirmeler, risk profilinin belirlenmesi, eğitim ve danışmanlık programlarını kapsar. Öncelikli olarak hastanın ayrıntılı değerlendirilmesi yapılır. Sonrasında ise beslenme danışmanlığı, lipid tedavisi, HT tedavisi, sigara kullanımının bırakılması, gerekli ise kilo verilmesinin sağlanması, varsa diyabet tedavisinin düzenlenmesi, psikososyal tedavi, fiziksel aktivite konusunda danışmanlık, egzersiz eğitimleri gibi hizmetler verilerek program uygulanır. Kardiyak rehabilitasyondaki sağlık eğitiminde temel amaç, hedeflenen yaşam şekli modifikasyonlarının gerçekleşmesini ve hedeflenen sağlık davranışının kazanılmasını sağlamaktır. Ayrıca taburculuk sonrası dönemde hastaların ve hastanın bakımını üstlenen bireylerin birbirlerine gereken desteği vermesini sağlamak amaçlanmaktadır. Amerikan Kalp Birliği (AHA), bu programların çeşitli sağlık disiplinlerindeki profesyonellerden oluşması gerektiğine değinmiştir. Bu disiplinler arasında, ekip lideri konumunda hemşirelik yer almaktadır. Kardiyak rehabilitasyon programlarında hemşirenin görevi, tüm ekip üyeleri ile iş birliğini sağlamak, program koordinatörlüğünü yürütmek, hasta/aile eğitimi ve taburculuk planını yapmaktır (Dilek

2008; Dressler 2010; Fernandez ve ark. 2006; Lauck ve ark. 2009; Leeper 2004; Shoulders 2008; Smith ve Liles 2007; Şekir ve ark. 2004; Thomas ve ark. 2010; Uysal 2012; Zhao ve Wong 2009).

Taburculuk eğitiminde, hastanın kısa ve uzun dönem sağlık sorunları dikkatle incelenmeli, invazif girişim bölgesine ilişkin kompliksyonların (kanama, hematom, ekimoz, infeksiyon, psödoanevrizma, arteriyovenöz fistül vb.) önlenmesine yönelik taburculuk eğitimi önerileri verilmelidir. Bu öneriler kapsamında, hastanın ağır yük kaldırmaması, kalp krizi nedeniyle işlem uygulanmışsa ilk 1 ay, değilse işlem sonrası ilk iki gün araba kullanmaması, zorlayıcı ev işi yapmaması, 1 saatten uzun aynı pozisyonda oturmaması, uzun yolculuk yapacaksa yolculuğu uzanarak ve sıksık ayağa kalkıp yürüyebilecek şekilde yapması, işlem bölgesini aşırı sıcak ya da soğuk ortamdan/uygulamadan koruması, pansuman bakımını gerçekleştirmesi, yüzmemesi, işlemden 1 gün sonra duş şeklinde banyo yapması, duş sonrası ıslanan pansumanı değiştirmesi, kasık bölgesine herhangi bir krem, losyon uygulamaması gerektiği, ağrı hissi, kızarıklık ve sıcaklık artışı gibi belirtiler ortaya çıktığında bir sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği yönünde bilgilendirme konuları yer almalıdır (Gateway Cardiology 2003; Olgun 2006; Tok 2006; Dilek 2008; Hamel 2009; John Radcliffe Hospital 2011; Northwestern Memorial Hospital 2005; The Pennie Acute Hospital 2011; Vancouver Coastal Health 2010). Kateter giriş bölgesinde hafif bir şişlik oluşumunun normal olduğu ancak aktif kanama olduğunda, şişlik aniden ortaya çıktığında ya da büyüdüğünde hastanın uzanıp bakımı üstlenen bireyden yardım isteyerek 15 dakika aralıksız o bölgeye şiddetli bası uygulanması gerektiği, 15 dakika bası uygulamasının sonunda şişlik arttığında ya da kanama devam ettiğinde acil ambulans çağrısı ile en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği vurgulanmalıdır (Dumond 2007; Frank ve ark. 2010; Gateway Cardiology 2003; Goldshtein ve ark. 2006; Hamel 2009; Hamner ve ark. 2005; John Radcliffe Hospital 2011; Mills ve ark. 2012; Northwestern Memorial Hospital 2005; Olgun 2006; Tok ve Çelik 2009; Shoulders 2008; The Pennie Acute Hospital 2011; Vancouver Coastal Health 2010).

Hasta ve bakımını üstlenen bireylere verilecek taburculuk eğitimi sürecinde, AP'in nedenleri, işlemin tipi ve süresi, işlem sonrası eğitsel öneriler ayrıntılı şekilde açıklanmalı, göğüs ağrısı olduğunda hekimin önerisi ile dilaltı nitrogliserin kullanmasının ve dinlenmesinin önemi açıklanmalıdır. Ağrının 15 dakikada kaybolduğu durumlarda

izlem randevularının önemi ve hekime başvurulmasının gereği, ağrının geçmediği durumlarda ise, acil ambulans çağrısı ile en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmasının önemi üzerinde durulmalıdır (Conway ve Fuat 2007; Dressler 2010; John Radcliffe Hospital 2011; Mills ve ark. 2012; Northwestern Memorial Hospital 2005; Vancouver Coastal Health 2010).

Kısa dönemde ortaya çıkabilecek olan kontrast madde alerjileri ve böbrek fonksiyonlarındaki azalma benzeri komplikasyonlar, taburculuk sonrası dönemde de görülebilmektedir. Bu durumda olan hastaya ve bakımı üstlenen bireylere, bol sıvı alınması, idrar miktarında ve renginde bir değişiklik olduğunda ise bir hekime başvurulması gerektiği açıklanmalıdır (John Radcliffe Hospital 2011; Mills ve ark. 2012; Northwestern Memorial Hospital 2005; Olgun 2006; Tok ve Çelik 2009; Shoulders 2008; The Pennie Acute Hospital 2011; Vancouver Coastal Health 2010).

Tromboemboli, PKG sonrası gelişebilecek önemli komplikasyonlardan biridir. Tromboemboli, çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. Koroner arter içerisinde aterosklerotik plağın yerinden oynaması, işlem sırasında stentin balon üzerinden ayrılıp kan akımı ile başka organ damarlarına ilerleyerek tıkanıklık oluşturması, ileri yaş, DM ve HT gibi nedenler emboli gelişimi açısından risk faktörleri arasındadır. Embolinin belirti ve bulguları kısa sürede ortaya çıkabildiği gibi, uzun dönemde de ortaya çıkabilmektedir. Hastaya ve bakımını üstlenen bireye emboli gelişim riski açıklanarak, riskin azaltılması yönündeki taburculuk eğitimi önerileri kapsamında, periferik nabız kontrolünün ve dolaşım bozukluğu belirti ve bulgularının (renk, sıcaklık değişikliği, uyuşukluk, karıncalanma vb.) gözleminin önemi açıklanmalıdır (Dumond 2007; John Radcliffe Hospital 2011; Mills ve ark. 2012; Northwestern Memorial Hospital 2005; Tok ve Çelik 2009; Shoulders 2008; The Pennie Acute Hospital 2011; Vancouver Coastal Health 2010).

Hastalar ve bakımı üstlenen bireyler, işlem sonrası ilk altı ay içerisinde koroner arterlerde ortaya çıkabilecek daralma riski konusunda bilgilendirilmeli, miyokart iskemisi nedeniyle oluşan göğüs ağrısını diğer göğüs ağrılarından ayırt edebilmeleri için eğitilmeli, kalp ritim bozuklukları deneyimleyebilecekleri açıklanmalıdır. Hastaya ve bakımı üstlenen bireye kalp atımlarını izleme yöntemi öğretilmeli, çarpıntı hissi, nefes darlığı gibi yakınmalar durumunda en kısa sürede hastaneye başvurmaları gerektiği bildirilmelidir. Kalp ritim bozukluğunun önlenmesine yönelik düzenli ilaç kullanımının

önemi vurgulanmalıdır. Hastalara ve bakımı üstlenen bireye, ilk bir hafta süresince sınırlanacak olan aktiviteler konusunda, hastanın ev işi yapmaması ve güç gerektiren işlerden kaçınması yönünde taburculuk eğitimi verilmelidir. Genellikle işlemden iki gün sonra işe geri dönülebilir, ancak bu süre, bireyin yaptığı işe, yaşına, yapılan işleme, miyokartta oluşan hasara, işlem sonrası dönemde gelişen komplikasyonlara göre değişebilir. Bu nedenle hekim tarafından süre kesinlikle kaydedilmelidir (John Radcliffe Hospital 2011; Mills ve ark. 2012; Northwestern Memorial Hospital 2005; Olgun 2006; Tok ve Çelik 2009; Shoulders 2008; The Pennie Acute Hospital 2011; Vancouver Coastal Health 2010).

Taburculuk eğitimi kapsamında diyet ve kullanılan ilaçlara ilişkin düzenlemeler de yer almaktadır. Obezite, DM, metabolik sendrom ve dislipidemi gibi beslenme bozukluklarından kaynaklanabilecek hastalıklarda beslenmenin düzenlenmesi gerekmektedir. Hasta ve bakımı üstlenen bireylere kalori, tuz, yağ ve kolesterolden fakir diyet uygulanması, tahıllı ürünlere ağırlık verilmesi, sebze ve meyve tüketiminin arttırılması, az yağlı sütlerin tercih edilmesi, küçük ve ince porsiyon etlerin tüketilmesi; özellikle kırmızı et yerine balık tercih edilmesi, diyabet varlığında şeker kısıtlılığına gidilmesi ve şekerin damarsal yapıya verdiği zararların açıklanması büyük önem taşımaktadır. Sigara ve aşırı alkol kullanımının damar yapısını bozarak Mİ riskini arttırdığı ve erkeklerin günde 2 kadehten, kadınların ise günde 1 kadehten fazla alkol almaması gerektiği açıklanmalıdır. Eğer kullanılıyorsa, sigara ve alkolün bırakılması yönünde destek mekanizmlara ve kuruluşlara başvurulmasının önemi konusunda bilgi verilmelidir. Haftada en az 5 gün 30'ar dakika tempolu bir şekilde yürümenin ya da yüzme gibi geniş kas gruplarını çalıştıran spor aktivitelerini yapmanın kalp sağlığı açısından önemi açıklanmalıdır. Yemeklerden en az 1 saat sonra spor yapılması önerilmeli, hastaların yaşına ve sağlık durumuna uygun egzersiz programları belirlenerek, gerekli egzersiz sıklığı ve yoğunluğu açıklanarak ve egzersiz sırasında kalp hızının hangi aralıkta olması gerektiği belirtilerek taburculuk eğitimi sürecine devam edilmelidir (John Radcliffe Hospital 2011; Kurçer ve Özbay 2011; Mills ve ark. 2012; Nagle ve Nee 2002; Northwestern Memorial Hospital 2005; Süt 2009; Şekir ve ark. 2004; Vancouver Coastal Health 2010).

Tedaviye ilişkin ilaçların düzenli kullanımına, özellikle asetilsalisilik asit ve clopidogrel kullanımına ilişkin ayrıntılı açıklama yapılması önemlidir. Kullanılan bazı ilaçların cinsel güçsüzlüklere neden olabileceği hatırlatılarak hekime danışmadan ilaçların asla bırakılmaması gerektiği anlatılmalıdır. İlaçların isimleri, endikasyonları, yan etkileri ve kullanım şekli açıklanmalı, tüm bu bilgiler ayrıntılı bir liste şeklinde hasta ve bakımı üstlenen bireye yazılı olarak verilmelidir. Alternatif tedavi yöntemlerini uygulamadan önce hekime danışılması gerektiği, özellikle beslenme, sigara/ alkol tüketimi, egzersiz, doğru ilaç kullanımı yanısıra, kolesterol düzeylerinin kontrol sıklığı ve düzenlenmesine yönelik tıbbi tedavinin önemi açıklanmalıdır (Furuya ve ark. 2014; Gateway Cardiology 2003; Ghisi ve ark. 2014; John Radcliffe Hospital 2011; Kurçer ve Özbay 2011; Mills ve ark. 2012; Nagle ve Nee 2002; Northwestern Memorial Hospital 2005; Paez ve Allen 2006; Odabaşı 2006; Sadeghzadeh 2014; Şekir ve ark. 2004; The Pennie Acute Hospital 2011; Vancouver Coastal Health 2010).

Hasta bireyin bakımını üstlenen bireyin eş olduğu durumlarda, cinsellik eğitimi, toplumsal kültürümüzde varolduğu bilinen utanma, toplumsal tabu, önemsememe, cinsellik hakkında yeterli bilgiye sahip olmama gibi nedenlerle kesintiye uğramaktadır. Cinsellik eğirtimi, gizlilik sınırlarını aşmaksızın verilmeli ve hassasiyet gösterilmelidir. Cinsel aktivite çoğu hasta ve partneri için önemli olmasına karşın gözardı edilebilmektedir. Cinsel aktivite sırasında harcanan enerjinin iki kat merdiven çıkmakla eşdeğer olduğu belirtilmektedir. Cinsel aktivite sırasında nabzın artması iskemiye neden olabilmekte ve Mİ'nü tetikleyebilmektedir. Mİ gelişme olasılığının düşük olduğu kabul edilse de gözardı edilmemelidir. Hastaların PKG sonrası cinsel aktiviteden en az iki hafta uzak durması gerektiği vurgulanmaktadır. Mİ ve yaş gibi değişkenlere bağlı olarak cinsel aktif sürecin uzaması, cinsel aktiviteye ilişkin zaman diliminin belirlenmesi gereğini gündeme getirmektedir. Sağlık çalışanları, cinselliğin fizyolojik bir yaşam aktivitesi olması nedeniyle, hasta ve partnerlerine bilgi vermeleri önemlidir. Sağlığı korumak ve yükseltmek, sağlıktan sapmaları belirlemek ve gerekli girişimde bulunmak gibi temel hemşirelik işlevlerinden hareketle, cinsellik eğitiminin de taburculuk eğitimi konuları arasında yer alması gerektiği vurgulanmaktadır (Olgun 2006; Mills ve ark. 2012; Yıldız ve Pınar 2004; Vancouver Coastal Health 2010)

2.2. Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastanın Bakımını Üstlenen Bireyin Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı: Bilgi Eksikliği

Tanı ölçütleri (Belirti ve Bulgular): Daha fazla bilgi için istekli olma, soru sormada artma/azalma, anksiyete/korku.

Neden= Taburculuk sonrası dönemde bakıma ilişkin yeterli ve doğru bilgi sahibi olmama.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin bilgi düzeyini arttırmak.

Girişimler: Olası komplikasyonlar ve komplikasyonların izlemine ilişkin eğitim verilir. Hastasının bacaklarında oluşabilecek damar tıkanıklığının belirtilerinin gözlenmesi, pansumanın tipi ve uygulanması, ağır yük kaldırılmaması, 48 saat boyunca motorlu taşıt kullanılmaması, zorlayıcı ev işi yapılmaması, işlem yerinin aşırı sıcak/ soğuktan korunması, 24-48 saat boyunca yüzülmemesi, duş şeklinde banyo yapılması, kasık bölgesine krem/losyon uygulanmaması, kontrast maddenin yan etkileri nedeniyle bol sıvı alınması, böylece kontrast maddenin vücuttan uzaklaştırılması ve böbrek fonksiyonlarının korunması, idrar renk ve miktarında değişiklik olduğunda hekime başvurulması, sigara ve aşırı alkol tüketiminin zararlarının ve spor yapmanın, tuzsuz, yağsız ve kolesterolden fakir beslenmenin önemi konusunda hatılatıcı bilgiler yazılı olarak verilmelidir. Kullanılacak ilaçların etkileri, yan etkileri, kullanım şekli ve nedeni konusunda ayrıntılı bilgi verilmelidir. Ayrıca, izlem randevuları, işe geri dönüş süresi, sağlık kontrollerinin (tansiyon, kolesterol, şeker, vb.) zamanı ve cinsel aktivitede bulunma ile ilişkili zaman dilimi konusunda hekimle birlikte açıklama yapılmalıdır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin açıklanan bilgileri anladığını ifade etmesi (Ayers 2002; Dilek 2008; Hamel 2009; Olgun 2006; Shoulders 2008; Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006; Tok ve Çelik 2009).

Hemşirelik Tanısı: Göğüs Ağrısı / Akut Ağrı

Tanı ölçütleri (Belirti ve Bulgular): Hastanın göğüs ağrısını ifade etmesi, hastada tedirginlik, terleme, bulantı, kusma ve halsizlik belirtilerinin gözlenmesi.

Neden= Koroner damarlarda darlık/tıkanıklık. Miyokardiyal iskemi/infarktüs.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin, ağrının ne anlama geldiği ve yönetimi konusunda eğitilmesi

Girişimler: Bakımı üstlenen bireye kardiyak kökenli göğüs ağrısının ayırt edilmesi konusunda açıklama yapılmalıdır. AP geliştiğinde, hekimin önerdiği nitrogliserinin dilaltı olarak uygulanmasıyla ve hastanın 15 dakika dinlenmesiyle ağrısının geçebileceği, ağrının geçtiği durumlarda kardiyolog hekimden kontrol randevusu alınması, geçmediği durumlarda ise, acil ambulans çağrısı ile en yakın hastaneye başvurulmasının gereği açıklanmalıdır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin göğüs ağrısını ayırt edebilmesi ve bu durumda yapılması gereken uygulamaları anladığını ifade etmesi (Ayers 2002; Dilek 2008; Dressler 2010; Olgun 2006; Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006).

Hemşirelik Tanısı: Anksiyete/Korku

Tanı ölçütleri (Belirti ve Bulgular): Bakımı üstlenen bireyde korku, uyku düzeninde bozulma, gerginlik ve huzursuzluk ifadelerinin olması.

Neden= Kaybetme korkusu, kronik hastalığa sahip bireyin bakımını üstlenme, bilgi eksikliği, hastanın sürekli ve düzenli ilaç kullanmasını sağlama, günlük yaşam aktivitelerini kontrol etme, iş ve ev yaşantısında rol değişiklikleri, gereken desteği sağlayamama olasılığı.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin korkusunun/ anksiyetesinin azalması.

Girişimler: Bakımı üstlenen bireye hastalık ile ilgili ayrıntılı bilgi verilir. Hastalığın seyri, uygulanan ve uygulanacak olan tedavi ve bakıma ilişkin uygulamalar, ilaçlar, acil durumlar/ girişimler ve acil telefon numaraları konusunda aydınlatıcı bilgiler sözlü ve yazılı olarak verilir. Soru sormaya cesaretlendirilerek, anlaşılmayan durumlar tekrar açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin korku ve anksiyetesinin azaldığını ifade etmesi (Dilek 2008; Dressler 2010; Süt 2009; Tok ve Çelik 2009).

Hemşirelik Tanısı: Aritmi

Tanı ölçütleri (Belirti ve Bulgular): Dakika nabız sayısında azalma/ artma ya da düzensizlik izlenmesi, soğuk, soluk ve nemli bir cilt olması.

Neden= Koroner damarlarda darlık, elektrolit dengesizlikleri, antiaritmik ilaçların düzenli kullanılmaması.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin nabız kontrolü ve ritmi değerlendirebilecek bilgi düzeyine sahip olması.

Girişimler: Bakımı üstlenen birey, nabız ve kalp ritminin kontrolü konusunda bilgilendirilir. Nabzın 60 atım/dk'nın altında, 120 atım/dk'nın üzerinde veya düzensiz olduğu durumlarda, acilen hekimine başvurmaları gerektiği belirtilir. İstemi yapılan antiaritmik ilaçların etkileri, yan etkileri, kullanım şekli ve önemi açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin nabız ve ritmi değerlendirebilmesi (Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006; Tok ve Çelik 2009).

Hemşirelik Tanısı: Periferik Doku Perfüzyonunda Azalma

Tanı ölçütleri (Belirti ve Bulgular): Etkilenen ekstremitede nabız dolgunluğunun azalması/ kaybolması, ağrı, ödem varlığı, tırnak yatağının beyazlaşması, ciltte soğukluk, solukluk, morarma ve his kaybı.

Neden= Ekstremiteyi besleyen damarlarda tıkanıklık/darlık, işlem yerinde kanama/hematom.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin periferik doku perfüzyonunu değerlendirebilmesi.

Girişimler: Bakımı üstlenen bireye periferik doku perfüzyonunda bozulma olabileceği, perfüzyon bozukluğunun belirtileri, bulguları (renk, sıcaklık değişikliği, uyuşukluk, karıncalanma vb.) ve izlemi açıklanır. Sorun saptanan durumlarda acil ambulans çağrısı ile en yakın sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin periferik doku perfüzyonunu değerlendirebilmesi (Dilek 2008; Shoulders 2008; Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006; Tok ve Çelik 2009).

Hemşirelik Tanısı: Tromboemboli Olasılığı

Tanı Ölçütleri (Belirti ve Bulgular): Bilinç düzeyinde azalma, duyusal ve motor fonsiyonlarda değişiklik, ani başlayan göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, huzursuzluk.

Neden= Koroner arterdeki pıhtı formasyonundan işlem sırasında kopan parçaların çeşitli damarlara ulaşarak tıkanıklığa neden olması.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin tromboembolinin önemini, belirti ve bulgularını kavraması.

Girişimler: Tromboemboli belirtileri bakımı üstlenen bireye açıklanır. Bu belirtiler oluştuğunda, en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin tromboemboli belirti ve bulgularını anladığını ifade etmesi (Ayers 2002; Shoulders 2008; Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006; Tok ve Çelik 2009).

Hemşirelik Tanısı: Kanama

Tanı Ölçütleri (Belirti ve Bulgular): İşlem yerinde vücut içine/dışına kanama, kanamaya bağlı hematom/şişlik oluşumu.

Neden= İşlem veya uygulanan ilaçlara bağlı kanama eğiliminde artış, geniş çaplı kanül kullanılması, taburculuk sonrası yapılmaması gereken hareketlerle ilgili önlemlere ilişkin dikkat eksikliği.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin kanama belirti ve bulgularını kavraması, kanama gelişiminin önlenmesi, kanamanın erken belirlenerek durdurulması, kanamaya bağlı oluşan komplikasyonların önlenmesine ilişkin eğitsel önerileri anladığını ifade etmesi.

Girişimler: İşlem yerinin kanama belirti ve bulguları açısından izleminin önemi ve gerekliliği açıklanır. Karın ağrısı varlığında/ağrının şiddetlendiği durumlarda, karın içine kanama olabileceği konusunda uyarılır. Dış kanama gerçekleştiğinde, 15 dakika süreyle basınç uygulanarak hemostaz sağlanması, kanamanın durmaması olasılığına karşı acil ambulans çağrısıyla en yakın hastaneye başvurulmasının önemi açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin kanama belirti ve bulgularını, kanama varlığında gerekli girişimleri kavradığını ifade etmesi. (Ayers 2002; Hamel 2009; Shoulders 2008;Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006)

Hemşirelik Tanısı: Alerjik Reaksiyon

Tanı Ölçütleri (Belirti Ve Bulgular): Cilt renginde değişiklikler, kaşıntı, ürtiker, deri döküntüleri, sıcaklık hissi, solunum sıkıntısı ve sistemik ateş olması.

Neden= İşlem sırasında uygulanan kontrast maddeye karşı alerji oluşumu.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin alerjik reaksiyon bulgularını tanıması ve önleyici girişimleri anladığını ifade etmesi.

Girişimler: Bakımı üstlenen bireye alerji belirti ve bulguları açıklanır. Alerji belirti ve bulguları varlığında, acil ambulans çağrısı ile en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmasının önemi açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin alerji belirti ve bulgularını, varlığı durumunda gerekli girişimleri anladığını ifade etmesi (Shoulders 2008; Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006; Tok ve Çelik 2009).

Hemşirelik Tanısı: İnfeksiyon Olasılığı

Tanı Ölçütleri (Belirti Ve Bulgular): İşlem yerinde kızarıklık, cilt sıcaklığı farkı, ödem, akıntı, ağrı, aşırı hassasiyet ve sistemik ateş olması.

Neden= Koroner anjiyografi işlemi için kullanılan kanülün cilt ve doku bütünlüğünü bozması.

Amaç: Bakımı üstlenen bireyin infeksiyon belirti ve bulgularını kavraması, infeksiyon oluşmaması/önlenmesine ilişkin gerekli girişimleri öğrenmesi.

Girişimler: Bakımı üstlenen bireye girişim yerinin kuru tutulması ve bandajın ıslandığı durumlarda değiştirilmesi gerektiği açıklanır. Ayrıca infeksiyon belirti ve bulguları konusunda eğitilerek, infeksiyon geliştiği durumlarda acilen bir hekime ya da sağlık kuruluşuna başvurulmasının önemi açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen bireyin infeksiyon belirti ve bulgularını, varlığı durumunda, gerekli girişimleri anladığını ifade etmesi (Ayers 2002; Hamel 2009; Shoulders 2008; Süt 2009; TKD 2004; Tok 2006; Tok ve Çelik 2009).

Hemşirelik Tanısı: Cinsel Örüntüde Değişiklik Olasılığı (Bakımı üstlenen birey eğer hastanın cinsel eşi ise)

Tanı Ölçütleri (Belirti Ve Bulgular): Bakımı üstlenen eşin, cinsel aktivite ile ilgili kaygılarının olduğunu ifade etmesi.

Neden= Kullanılan ilaçlara bağlı ereksiyon bozuklukları, göğüs ağrısını tetikleme kaygısı.

Amaç: Bakımı üstlenen eşin cinsel aktivite konusundaki kaygılarının azalması.

Girişimler: Cinsel yaşam öyküsü alınarak, aktivite sırasında gelişebilecek göğüs ağrısı/dispne gibi istenmeyen durumlar karşısında ilişkiye son verilmesi ve göğüs ağrısını gideren girişimlerin uygulanması gereği açıklanır.

Değerlendirme (Beklenen Sonuçlar): Bakımı üstlenen eşin, cinsel ilişkiye girme ile ilgili kaygılarının azaldığını ifade etmesi (Dilek 2008; Tok 2006).

Koroner arter hastalığına sahip bireylerin, PKG sonrası tıbbi tedavi ve bakım sürecine uyumunun arttırılması ve gerekli yaşam şekli değişikliklerinin uygulanması konusunda gereksinim duydukları desteğin verilmesi, hemşirelik bakımı kapsamındaki taburculuk eğitimine bakımı üstlenen bireylerin de katılımı ile gerçekleşebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, PKG uygulanmış hastaların bakımını üstlenen bireylerin PKG sonrası taburculuk dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve gelecekteki hemşirelik çalışmalarına ışık tutmasını sağlamak amacıyla kesitsel olarak planlandı.

Araştırma Soruları:

1. Bakımı üstlenen bireylere rutinde verilen taburculuk eğitiminin özellikleri nedir?
2. Bakımı üstlenen bireylerin bakım konusunda endişeli olma durumu nedir?
3. Bakımı üstlenen bireylerin bakım konusunda istekli olma durumu nedir?
4. Bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimi nedir?
5. Bakımı üstlenen bireylerin tanıtıcı özellikleri ile taburculuk eğitimi gereksinimleri arasındaki ilişki nedir?
6. Bakımı üstlenen bireylerin rutinde verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumu ile taburculuk eğitimi gereksinimleri arasındaki ilişki nedir?

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul'da, özel bir hastanenin koroner yoğun bakım ünitesi'nde yatan, PKG uygulanan ve taburculuk döneminde bulunan hastaların bakımını üstlenen bireyler ile gerçekleştirildi. Veriler 01 Kasım 2011 – 01 Nisan 2012 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Evren ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın evrenini veri toplama süresinin sınırlılığı sebebiyle 01 Kasım 2011 – 01 Nisan 2012 tarihleri arasında, İstanbul'da, özel bir hastanenin koroner yoğun bakım ünitesi'nde yatan ve PKG uygulandıktan sonra taburcu edilmesi planlanan hastaların bakımını üstlenen (N=122) bireyler oluşturdu.

Bu çalışmada, olasılıksız örneklem seçme yöntemi ile örneklem seçim kriterlerine uyan, PKG uygulanan hastaların bakımını üstlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden (n=101) bireylerden veri toplandı. Çalışmaya katılmayı reddeden 21 birey gerekçe olarak; çalışmaya vakit ayırmak istemediklerini, taburculuk eğitimi ile ilgilenmediklerini veya gerek duymadıklarını belirtti. Örnekleme ulaşma yüzdesi %82.78'dir.

Örneklem Seçim Kriterleri:

1. 18-85 yaş arasında,
2. Okuryazar olan,
3. Türkçe konuşup yazabilen,
4. Özgeçmişinde ve halen depresyon veya herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan,
5. Daha önce/halen anksiyolitik (sedatif)/antipsikotik/antidepresan bir ilaç kullanmayan,
6. Madde ve alkol bağımlılığı olmayan,
7. İşleme yönelik düzenlenen veri toplama formunu anlayabilecek ve yanıtlayabilecek düzeyde mental işlevselliği olan,
8. Halen ruhsal sorunları ile ilgili profesyonel yardım almayan ve hasta bakımını üstlenen bireyler örneklem kapsamına alındı.

3.4. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Veriler, araştırmacı tarafından literatür (Ayers 2002; Chair ve Thompson 2005; Chlan, Sabo ve Savik 2005; Görgülü ve ark 2010; Hamel 2009; Lyons, Fanshawe ve Lip 2002; Mills, Wright ve Newell 2012; Odabaşı 2006; Olgun 2006; Tok ve Çelik 2009; Rolley ve ark. 2009; Rolley ve ark 2010 a; Rolley ve ark 2010 b; Shoulders 2008; The Ohio State University Medical Center 2008; TKD 2004; Tok 2006; Vlasic 2004) doğrultusunda geliştirilen ve toplam 52 sorudan oluşan veri toplama formu ile toplandı. Veri toplama formunu, bakımı üstlenen bireylerin tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru (S.1. yaş, S.2. cinsiyet, S.3. öğrenim durumu, S.4. medeni durumu, S.5. çalışma durumu, S.6. mesleksel aktivite durumu, S.7. fiziksel sınırlılık varlığı, S.8. isteklilik durumu, S.9. endişe durumu, S.10. yakınlık durumu, S.11. aynı evde yaşama durumu) ve taburculuk eğtimine ilişkin taburculuk eğitimi gereksinimlerini saptamaya yönelik 41 soru (S.12. taburculuk eğitimi alma durumu, S.12.1. taburculuk eğitimini kimin verdiği, S.12.2. taburculuk eğitimi yöntemi, S.13. verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumu, S.14-S.52 verilen taburculuk eğitiminin içeriği ile ilgili sorular) olmak üzere toplam 52 soru oluşturdu.

PKG uygulandıktan sonra taburcu olması planlanan hastaların bakımını üstlenen bireylerle, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak veri toplama formları doldurulduu. Veriler toplanırken zaman kısıtlaması yapılmadı. Veri toplama formunun doldurulması sırasında, her bir görüşme ortalama 20 dakika sürdü. Taburculuk işlemleri başlatıldıktan sonra hastaların bakımını üstlenen bireylerle yoğun bakımın dışında yeralan bekleme salonunda konuşuldu.

Bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri hesaplanırken, konulara göre eğitim gereksinimi puanlarının dağılımı verildi.

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, en alt ve en üst değer) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U Test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn Test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

3.5. Etik Konular

Çalışmanın etik ilkelere uygunluğu İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik kurul izni (Ek.1) alındı. Çalışmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yapılacağı kurumun yöneticilerinden yazılı izin alındı (Ek.2). Çalışmaya katılmayı kabul eden 101 bireye veri toplama öncesi araştırma konusunda bilgi verildi ve sözlü onamları alındı, gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı ve istemedikleri taktirde herhangi bir zaman diliminde çalışmadan vazgeçebilecekleri belirtildi.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul'da, özel bir hastanenin koroner yoğun bakım ünitesi'nde yatan, 01 Kasım 2011 – 01 Nisan 2012 tarihleri arasında PKG uygulanan ve taburculuğu planlanan hastaların bakımlarını üstlenen, araştırmaya katılmaya istekli, özgeçmişinde ve halen depresyon ve ciddi bir psikiyatrik hastalığı, alkol ve madde bağımlılığı olmayan, anksiyolitik (sedatif)/antipsikotik/antidepresan bir ilaç kullanmayan, ruhsal sorunları ile ilgili profesyonel yardım almayan bireyler ile sınırlıdır.

Araştırma sadece PKG uygulanmış ve taburculuğu planlanan hastaların bakımını üstlenen bireylere yönelik veri toplama formunun doldurulması ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Çalışma, PKG uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin taburculuk dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve sonuçların klinik alanlara yansıtılarak gelecekteki hemşirelik çalışmalarına ışık tutmasını sağlamak amacıyla kesitsel olarak planlandı. Elde edilen bulgular iki bölüm halinde verildi.

Bölüm 1:

Bu bölümde; PKG uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin tanıtıcı özelliklerinin (Tablo 4.1), bakımı üstlenen bireylere verilen taburculuk eğitiminin özelliklerinin (Tablo 4.2), bakım konusunda endişeli olma veya istekli olma durumlarının (Tablo 4.3), bakımı üstlenen bireylerin taburculuk dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerinin (Tablo 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9) dağılımına ilişkin bulgulara yer verildi.

Bölüm 2:

Bu bölümde; bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi verilen konu gruplarına göre gereksinimlerinin dağılımı (Tablo 4.10) ve bu taburculuk eğitimi gereksinimleri ile tanıtıcı özelliklerinin (Tablo 4.11, 4.12, 4.13, 4.14, 4.15, 4.16, 4.17,4.18), verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma (Tablo 4.19), bakımı konusunda istekli olma (Tablo 4.20) veya endişeli olma (Tablo 4.21) durumlarının karşılaştırılması ile ilgili bulgular tablolar halinde verildi.

Bölüm 1:

Bu bölümde; PKG uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin tanıtıcı özelliklerinin (Tablo 4.1), bakımı üstlenen bireylere verilen taburculuk eğitiminin özelliklerinin (Tablo 4.2), bakım konusunda endişeli/istekli olma durumlarının (Tablo 4.3) ve bakımı üstlenen bireylerin taburculuk dönemine ilişkin eğitim gereksinimlerinin (Tablo 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8, 4.9) dağılımına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4.1. Bakımı Üstlenen Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı *(N=101)

Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	40 ve altı	14	13,9
	41-50 arası	25	24,8
	51-60 arası	36	35,6
	61 ve üstü	26	25,7
	Min-Mak (Medyan)		24-82 (54)
	Ort±Ss		53,72±11,99
Cinsiyet	Kadın	83	82,2
	Erkek	18	17,8
Öğrenim durumu	İlköğretim	8	7,9
	Lise	40	39,6
	Lisans ve üzeri	53	52,5
Medeni durum	Evli	96	95,0
	Bekâr	5	5,0
Çalışma durumu	Çalışıyor	38	37,6
	Çalışmıyor	63	62,4
Yakınlık derecesi	Eş	77	76,2
	Çocuk/kardeş	24	23,8
Aynı evde yaşama	Aynı evde	92	91,1
durumu	Ayrı evde	9	8,9
Toplam		101	100

$\overline{x}$: Aritmetik ortalama; SS: Standart sapma *Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (n=101); yaşın 24-82 aralığında ve ortalamasının 53,72±11,99 olduğu; %82,2'si (n=83) gibi büyük bir çoğunluğunun kadın olup, sadece %17,8'inin (n=18) erkek olduğu; %7,9'unun (n=8) ilköğretim mezunu, %39,6'sının (n=40) lise mezunu, %52,5'inin (n=53) lisans mezunu ve üzeri; %95'inin (n=96) evli, %5'inin (n=5) bekar; %37,6'sının (n=38) aktif çalıştığı, %62,4'ünün ise (n=63) çalışmadığı; %76,2'sinin (n=77) eş, %23,8'inin (n=24) çocuk/kardeş olduğu ve %91,1 (n=92) gibi büyük çoğunluğunun hastalarla aynı evde yaşadığı, sadece %8,9 (n=9) gibi az bir oranının da aynı evde yaşamadığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Bakımı Üstlenen Bireylere Verilen Taburculuk Eğitiminin Özelliklerinin Dağılımı *(N=101)

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Eğitim verilme oranı			
	Eğitim verilen	100	99
	Eğitim verilmeyen	1	1
	Toplam	101	100
Eğitimi veren			
	Hekim	5	5
	Hemşire	4	4
	Hekim ve hemşire	92	91
	Toplam	101	100
Eğitim yöntemi			
	Sözlü	100	99
	Hem sözlü hem görsel	1	1
	Toplam	101	100
Eğitimi yeterli bulma			
	Yeterli	71	70,3
	Yetersiz	8	7,9
	Kararsız	22	21,8
	Toplam	101	100

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Hastanın bakımını üstlenen bireylere sunulan taburculuk eğitiminin özellikleri incelendiğinde; %99'una (n=100) taburculuk eğitimi verildiği, %1 (n=1) gibi bir kısma ise taburculuk eğitimi verilmediği; %5'ine (n=5) sadece hekim, %4'üne (n=4) sadece hemşire tarafından taburculuk eğitimi verilirken, %91 (n=92) gibi büyük bir kısmına hekim ve hemşire tarafından taburculuk eğitimi verildiği; %99'una (n=100) sadece sözlü, %1'ine (n=1) ise hem sözlü hem görsel taburculuk eğitimi verildiği; %70,3'ünün (n=71) kendilerine verilen taburculuk eğitiminin yeterli, %7,9'unun (n=8) yetersiz olduğunu düşündüğü, %21,8'inin (n=22) ise verilen taburculuk eğitiminin yeterliliği konusunda kararsız kaldığı belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Bakımı Üstlenen Bireylerin Bakım Konusunda Endişeli Olma ve İstekli Olma Durumlarına Göre Dağılımı *(N=101)

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Endişeli olma			
	Evet	11	10,9
	Hayır	90	89,1
	Toplam	101	100
İstekli olma			
	Evet	96	95
	Hayır	5	5
	Toplam	101	100

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin bakım konusunda endişeli olma ve istekli olma durumları incelendiğinde; %10,9'unun (n=11) bakımı üstlenme nedeniyle endişeli olduğunu, %89,1'inin (n=90) endişe hissetmediğini; %95 (n=96) gibi büyük bir çoğunluğunun ise bakımı üstlenmeye istekli olduğunu, %5 (n=5) gibi az bir oranının ise isteksiz olduğunu ifade ettiği belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bakımı Üstlenen Bireylerin Komplikasyonlara İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri* (N=101)

	Sayı (n)	Yüzde(%)
İlk 6 ayda kalp ritm bozukluğu olasılığı	85	84,2
Bacak damarları tıkanıklığı belirti ve bulguları	81	80,2
İk 6 ayda koroner damar tıkanıklığı olasılığı	78	77,2
Kontrast maddenin böbrekler üzerine olası yan etkileri	67	66,3
Kontrast madde alerjilerinin belirti ve bulguları	63	62,4
Antitrombolitik tedavi sürecinde kanama olasılığının artışı	1	1

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin PKG sonrası gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde; %84,2'sine (n=85) ilk 6 ayda kalp ritminde bozukluk gelişebilme olasılığı, %80,2'sine (n=81) bacaklarda gelişebilecek damar tıkanıklığının belirti ve bulguları, %77,2'sine (n=78) ilk 6 ayda koroner damarlarda tekrar tıkanıklık oluşma olasılığı, %66,3'üne (n=67) kontrast maddenin böbrekler üzerine olası yan etkileri, %62,4'üne (n=63) kontrast madde alerjilerinin belirti ve bulguları, %1 (n=1) gibi düşük bir oranının da antitrombolitik tedavi sürecinde kanama olasılığının artışı konusunda taburculuk eğitimi gereksinimi olduğu ve taburculuk eğitimi verilmesini istedikleri belirlendi (Tablo 4.4)

Tablo 4.5. Bakımı Üstlenen Bireylerin Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimlere İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri *(N=101)

	Sayı (n)	Yüzde(%)
İdrar miktarı ve renk değişikliği	64	63,4
Nabız ve kalp ritmi değişikliği	48	47,5
İşlem bölgesinde kanama ve şişlik/ hematom varlığı	16	15,8
İşlem bölgesinde morarma, ağrı ve kızarıklık varlığı	9	8,9
Göğüs ağrısı, çarpıntı hissi ve nefes darlığı varlığı	2	2

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin, taburculuk sonrası gelişebilecek komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimlere ilişkin taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde, çalışmaya katılan 101 bireyin %63,4'ünün (n=64) idrar miktarı ve renk değişikliğinde, %47,5'inin (n=48) nabız ve kalp ritmi değişikliğinde, %15,8'inin (n=16) işlem bölgesinde kanama, şişlik/hematom varlığında, %8,9 (n=9) oranında işlem bölgesinde morarma, ağrı, kızarıklık varlığında, %2 (n=2) gibi düşük bir oranda ise göğüs ağrısı, çarpıntı hissi ve nefes darlığı varlığında uygulanması gereken girişimlere ilişkin taburculuk eğitimi gereksinimi olduğu ve taburculuk eğitimi verilmesini istedikleri belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Bakımı Üstlenen Bireylerin Hareket Kısıtlılığına İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri* (N=101)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk 24-48 saat yüzmeme	66	65,3
Cinsel aktivite	30	29,7
Güç gerektiren işlerden kaçınma	12	11,9
İşe geri dönüş	9	8,9
Ağır yük kaldırmama	8	7,9
Duş şeklinde banyo yapma	3	3
İlk 48 saat motorlu taşıt kullanmama	0	0
Zorlayıcı ev işi yapmama	0	0

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin PKG sonrası hastanın hareket kısıtlılığı yapması gereken durumlar konusundaki taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde, çalışmaya katılan 101 bireyin %65,3'üne (n=66) ilk 24-48 saat yüzmeme, %29,7'sine (n=30) cinsel aktivite, %11,9'una (n=12) güç gerektiren işlerden kaçınma, %8,9'una (n=9) işe deri dönüş, %7,9'una da (n=8) ağır yük kaldırmama, %3'üne (n=3) banyo yapmama konusunda taburculuk eğitimi gereksinimi olduğu ve verilmesini istedikleri, ilk 48 saat motorlu taşıt kullanmama ve zorlayıcı ev işi yapmama konularında ise bireylerin tümüne (%100) taburculuk eğitimi verildiği, %50,5'ine (n=51) cinsel aktivite ve %36,6'sına (n=37) işe geri dönüş konusunda taburculuk eğitimi verilmemesine karşın taburculuk eğitimi verilmesini istemedikleri belirlendi (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Bakımı Üstlenen Bireylerin İşlem Bölgesinin Bakımına İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri* (N=101)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
İşlem bölgesine krem/losyon uygulanmaması	87	86,1
İşlem bölgesinin sıcak/soğuktan korunması	73	72,3
Pansuman bakımı	2	2
Islanan pansuman değişimi	2	2

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin işlem bölgesinin bakımı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde, çalışmaya katılan 101 bireyin %86,1'inin (n=87) işlem bölgesine krem/losyon uygulanmaması, %72,3'ünün (n=73) işlem bölgesinin sıcak/soğuktan korunması, %2'sinin (n=2) ise pansuman bakımı ve ıslanan pansumanın değiştirilmesi gerektiği konusunda taburculuk eğitimi gereksinimi olduğu ve taburculuk eğitimi verilmesini istedikleri belirlendi (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Bakımı Üstlenen Bireylerin Tıbbi İzleme İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri* (N=101)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Acil iletişim numaraları	85	84,2
Kontrast maddenin atılımına yönelik bol sıvı tüketimi	64	63,4
Nabız kontrolü	50	49,5
Kalp ritim bozukluğunun erken dönemde tanılanması	50	49,5
Kalp ritim kontrolü	49	48,5
Kalp ritim bozukluğunu önlemeye yönelik ilaçlar	42	41,6
Şeker kontrolü sıklığı	21	20,8
Tansiyon kontrolü sıklığı	13	12,9
Kolesterol kontrolü sıklığı	12	11,9
İzlem randevuları	8	7,9
Aspirin kullanımı	3	3
Kullanılacak ilaçlar	0	0

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin, hastanın tıbbi izlemine ilişkin taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde, çalışmaya katılan 101 bireyin %84,2 (n=85) gibi yüksek bir oranının acil iletişim numaraları, %63,4'ünün (n=64) kontrast madde atılımına yönelik bol sıvı tüketimi, %49,5'inin (n=50) nabız kontrolü ve kalp ritim bozukluğunun erken dönemde tanılanması, %48,5'i (n=49) gibi yarıya yakın bir oranının kalp ritim kontrolü, %41,6'sının (n=42) kalp ritim bozukluğunu önlemeye yönelik ilaçlar, %20,8'i (n=21) gibi az bir oranının şeker kontrolü, %12,9'unun (n=13) tansiyon kontrolü sıklığı, %11,9'unun (n=12) kolesterol kontrolü sıklığı, %7,9'unun (n=8) izlem randevuları, %3 (n=3) gibi çok az bir oranının ise aspirin kullanımı konusunda taburculuk eğitimi gereksinimi olduğu ve taburculuk eğitimi verilmesini istedikleri, kullanılacak ilaçlar konusunda %100'üne (n=101) taburculuk eğitimi verildiği belirlendi (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Bakımı Üstlenen Bireylerin Yaşam Tarzı Değişikliklerine İlişkin Taburculuk Eğitimi Gereksinimleri *(N=101)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Şeker Kullanımının Zararları	25	24,8
Sigara ve Alkolün Tüketilmemesi	8	7,9
Düzenli Spor Yapılması	6	5,9
Tuz, Yağ ve Kolesterolden Fakir Beslenme	0	0

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde, çalışmaya katılan 101 bireyin %24,8'inin (n=25) şeker kullanımının zararları, %7,9'unun (n=8) sigara ve alkol tüketilmemesi, %5,9'unun (n=6) düzenli spor yapılmasının gerekliliği konusunda taburculuk eğitimi gereksinimi olduğu ve taburculuk eğitimi verilmesini istedikleri; tuz, yağ ve kolesterolden fakir beslenmenin gerekliliği konusunda bakımı üstlenen bireylerin tümünün taburculuk eğitimi gereksinimi olmadığı belirlendi (Tablo 4.9).

Bölüm 2

Bu bölümde bakımı üstlenen bireylerin;

- taburculuk eğitimi gereksinimleri (Tablo 4.10);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile yaş gruplarının (Tablo 4.11);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile cinsiyetin (Tablo 4.12);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile eğitim düzeyinin (Tablo 4.13);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile medeni durumun (Tablo 4.14);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile çalışma durumunun (Tablo 4.15);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile mesleki aktivite durumunun (Tablo 4.16);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile yakınlık durumunun (Tablo 4.17);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile aynı evde yaşama durumunun (Tablo 4.18);
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumunun (Tablo 4.19),
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile bakım konusunda istekli olma durumunun (Tablo 4.20)
- bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimleri ile bakım konusunda endişeli olma (Tablo 4.21) durumunun karşılaştırılması ile ilgili bulgular tablolar halinde verildi.

Tablo 4.10. Bakımı Üstlenen Bireylerin Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Konu Gruplarına Göre Dağılımı *(N=101)

	Min-Mak (medyan)	$\bar{x}$ ± SS
Hareket Kısıtlılığı	0-44,4 (11,1)	14,08±9,80
Gelişebilecek Komplikasyonlar	0-100 (66,7)	61,88±25,42
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	0-100 (20)	24,75±26,40
İşlem Bölgesinin Bakımı	0-75 (0)	7,18±15,94
Tıbbi İzlem	0-75 (33,3)	33,91±20,62
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	0-75 (0)	9,65±19,03
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	5-60 (30)	30,74±13,41

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma *Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi verilen konu gruplarına göre taburculuk eğitimi gereksinimlerinin dağılımı incelendiğinde; bakımı üstlenen bireylerin, hareket kısıtlılığı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamasının 14,08±9,80; gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamasının 61,88±25,42; komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamasının 24,75±26,40; işlem bölgesinin bakımı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamasının 7,18±15,94; tıbbi izlem ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamasının 33,91±20,62; yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamasının 9,65±19,03; genel olarak taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamasının ise 30,74±13,41 olduğu saptandı (Tablo 4.10). Taburculuk eğitimi gereksinimi ortalamaları incelendiğinde, tıbbi izlem ve gelişebilecek komplikasyonların sıklıkla taburculuk eğitimi verilmesi gereken konu grupları oldukları belirlendi.

Tablo 4.11. Bakımı Üstlenen Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Yaş Grubu	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x}$ ± SS	Test Değeri (χ^2)	p	Post-Hoc
Hareket Kısıtlılığı	40 ve altı[1]	14	0-33,3 (11,1)	14,29±8,07	2,724	0,436	-
	41-50[2]	25	0-33,3 (11,1)	14,22±8,80			
	51-60[3]	36	0-44,4 (11,1)	16,05±12,58			
	61 ve üstü[4]	26	0-22,2 (11,1)	11,11±6,29			
Gelişebilecek Komplikasyonlar	40 ve altı[1]	14	0-83,3 (50)	46,43±27,09	8,672	0,034**	2>1
	41-50[2]	25	0-100 (83,3)	69,33±24,85			
	51-60[3]	36	0-83,3 (83,3)	61,57±27,26			
	61 ve üstü[4]	26	16,7-83,3 (66,7)	63,46±19,45			
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	40 ve altı[1]	14	0-40 (20)	20,00±20,75	4,621	0,202	-
	41-50[2]	25	0-80 (40)	28,00±24,49			
	51-60[3]	36	0-100 (40)	30,56±31,16			
	61 ve üstü[4]	26	0-60 (0)	16,15±21,92			
İşlem Bölgesinin Bakımı	40 ve altı[1]	14	0	0	4,344	0,227	-
	41-50[2]	25	0-50 (0)	7,00±13,54			
	51-60[3]	36	0-75 (0)	10,42±20,16			
	61 ve üstü[4]	26	0-50 (0)	6,73±15,10			
Tıbbi İzlem	40 ve altı[1]	14	0-58,3 (25)	27,38±20,78	3,954	0,266	-
	41-50[2]	25	8,3-75 (41,7)	40,33±20,51			
	51-60[3]	36	0-75 (33,3)	33,56±22,58			
	61 ve üstü[4]	26	8,3-66,7 (25)	31,73±17,00			
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	40 ve altı[1]	14	0-50 (0)	5,36±14,47	4,600	0,204	-
	41-50[2]	25	0-75 (0)	16,00±25,90			
	51-60[3]	36	0-25 (0)	4,86±10,03			
	61 ve üstü[4]	26	0-75 (0)	12,50±21,51			
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	40 ve altı[1]	14	9,857	24,64±12,78	5,408	0,144	-
	41-50[2]	25	14,000	35,00±13,21			
	51-60[3]	36	12,417	31,04±14,68			
	61 ve üstü[4]	26	11,808	29,52±11,16			

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Kruskal Wallis Test **p<0,05

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Yaş gruplarına göre gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermektedir (p=0,034; p<0,05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; 41-50 yaş grubunda gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi 40 yaş ve altı olan gruptan yüksek bulundu (p=0,020; p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05).

Yaş gruplarına göre hareket kısıtlılığı, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimleri istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Bakımı Üstlenen Bireylerin Cinsiyete Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Cinsiyet	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$SS	Test Değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Kadın	83	0-44,4 (11,1)	14,19±10,31	-0,088	0,930
	Erkek	18	0-33,3 (11,1)	13,58±7,19		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Kadın	83	0-100 (83,3)	62,65±25,32	-0,772	0,440
	Erkek	18	0-83,3 (66,7)	58,33±26,35		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Kadın	83	0-100 (40)	25,30±25,58	-0,611	0,541
	Erkek	18	0-80 (0)	22,22±30,59		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Kadın	83	0-75 (0)	6,93±15,77	-0,319	0,749
	Erkek	18	0-50 (0)	8,33±17,15		
Tıbbi İzlem	Kadın	83	0-75 (33,3)	34,64±20,92	-0,731	0,465
	Erkek	18	0-66,7 (25)	30,56±19,39		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Kadın	83	0-75 (0)	10,24±19,14	-1,003	0,316
	Erkek	18	0-75 (0)	6,94±18,80		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Kadın	83	5-60 (32,5)	31,30±13,56	-0,947	0,344
	Erkek	18	5-52,5 (26,3)	28,19±12,77		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Mann Whitney-U testi

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Cinsiyete göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05)(Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Bakımı Üstlenen Bireylerin Eğitim Düzeylerine Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Eğitim Düzeyi	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$ SS	Test Değeri (χ^2)	p
Hareket Kısıtlılığı	İlköğretim	8	0-22,2 (11,1)	12,50±9,27	0,417	0,812
	Lise	40	0-44,4 (11,1)	13,33±9,14		
	Lisans ve üzeri	53	0-44,4 (11,1)	14,88±10,44		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	İlköğretim	8	33,3-83,3 (75)	66,67±19,92	5,152	0,076
	Lise	40	0-100 (83,3)	67,92±23,69		
	Lisans ve üzeri	53	0-83,3 (50)	56,60±26,62		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	İlköğretim	8	0-40 (0)	15,00±20,70	4,195	0,123
	Lise	40	0-100 (40)	31,00±27,16		
	Lisans ve üzeri	53	0-80 (0)	21,51±25,97		
İşlem Bölgesinin Bakımı	İlköğretim	8	0-0 (0)	0	0,371	0,185
	Lise	40	0-75 (0)	9,38±17,62		
	Lisans ve üzeri	53	0-50 (0)	6,60±15,62		
Tıbbi İzlem	İlköğretim	8	8,3-58,3 (29,2)	34,38±16,93	2,971	0,226
	Lise	40	0-75 (33,3)	38,33±20,13		
	Lisans ve üzeri	53	0-75 (25)	30,50±21,18		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	İlköğretim	8	0-25 (0)	6,25±11,57	2,739	0,254
	Lise	40	0-75 (0)	13,75±22,61		
	Lisans ve üzeri	53	0-75 (0)	7,08±16,54		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	İlköğretim	8	15-47,5 (28,8)	29,69±11,53	3,868	0,145
	Lise	40	10-60 (33,8)	34,19±12,69		
	Lisans ve üzeri	53	5-55 (27,5)	28,30±13,85		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Kruskal Wallis testi

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Öğrenim durumuna göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.13).

İlköğretim ve lise mezunlarında gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyinin lisans ve üzeri mezunlardan yüksek olması dikkat çekici düzeydedir (p=0,076; p>0,05) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Bakımı Üstlenen Bireylerin Medeni Durumuna Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Medeni Durum	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$ SS	Test değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Evli	96	0-44,4 (11,1)	14,35±9,93	-10,294	0,196
	Bekar	5	0-11,1 (11,1)	8,89±4,97		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Evli	96	0-100 (66,7)	62,33±25,16	-0,781	0,435
	Bekar	5	0-83,3 (66,7)	53,33±32,06		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Evli	96	0-100 (20)	24,79±26,71	-0,017	0,986
	Bekar	5	0-40 (40)	24,00±21,91		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Evli	96	0-75 (0)	7,55±16,27	-10,127	0,260
	Bekar	5	0-0 (0)	0		
Tıbbi İzlem	Evli	96	0-75 (33,3)	33,77±20,78	-0,364	0,716
	Bekar	5	8,3-50 (50)	36,67±19,18		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Evli	96	0-75 (0)	9,90±19,36	-0,415	0,678
	Bekar	5	0-25 (0)	5,00±11,18		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Evli	96	5-60 (30)	30,89±13,52	-0,424	0,672
	Bekar	5	10-40 (32,5)	28,00±11,91		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Mann Whitney-U testi

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Medeni duruma göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05)(Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Bakımı Üstlenen Bireylerin Çalışma Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Çalışma Durumu	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$ SS	Test değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Evet	38	0-33,3 (11,1)	14,04±8,44	-0,209	0,835
	Hayır	63	0-44,4 (11,1)	14,11±10,60		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Evet	38	0-83,3 (66,7)	57,89±27,6	-10,079	0,281
	Hayır	63	0-100 (83,3)	64,29±23,92		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Evet	38	0-80 (0)	20,53±25,25	-10,273	0,203
	Hayır	63	0-100 (40)	27,30±26,95		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Evet	38	0-50 (0)	4,61±12,81	-10,297	0,195
	Hayır	63	0-75 (0)	8,73±17,48		
Tıbbi İzlem	Evet	38	0-75 (29,2)	33,33±22,51	-0,358	0,721
	Hayır	63	0-75 (33,3)	34,26±19,58		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Evet	38	0-75 (0)	9,87±20,58	-0,353	0,724
	Hayır	63	0-75 (0)	9,52±18,20		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Evet	38	5-57,5 (27,5)	29,41±14,17	-0,899	0,369
	Hayır	63	5-60 (30)	31,55±12,98		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Mann Whitney-U testi

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Çalışma durumuna göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Bakımı Üstlenen Bireylerin Mesleki Aktivite Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Mesleki Aktivite Durumu	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x}$ ±SS	Test değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Orta	19	0-33,3 (11,1)	12,28±8,99	-0,938	0,348
	Hafif	25	0-33,3 (11,1)	14,67±7,67		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Orta	19	0-83,3 (66,7)	58,77±27,42	-0,456	0,648
	Hafif	25	0-83,3 (50)	55,33±27,10		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Orta	19	0-80 (0)	18,95±27,87	-0,676	0,499
	Hafif	25	0-60 (20)	21,60±22,30		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Orta	19	0-50 (0)	5,26±15,77	-0,358	0,720
	Hafif	25	0-25 (0)	4,00±9,35		
Tıbbi İzlem	Orta	19	0-75 (25)	31,14±24,03	-0,527	0,598
	Hafif	25	0-75 (33,3)	34,00±21,37		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Orta	19	0-50 (0)	7,89±16,78	-0,051	0,960
	Hafif	25	0-75 (0)	9,00±21,51		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Orta	19	7,5-52,5 (27,5)	27,63±14,56	-0,428	0,669
	Hafif	25	5-57,5 (27,5)	29,70±13,94		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Mann Whitney-U testi

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Mesleki aktivite durumuna göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Bakımı Üstlenen Bireylerin Yakınlık Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Yakınlık Durumu	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$SS	Test değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Eş	77	0-44,4 (11,1)	15,01±10,16	-10,987	0,047**
	Çocuk/kardeş	24	0-33,3 (11,1)	11,11±8,03		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Eş	77	0-100 (83,3)	63,42±25,22	-10,220	0,223
	Çocuk/kardeş	24	0-83,3 (58,3)	56,94±25,97		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Eş	77	0-100 (20)	24,94±26,98	-0,030	0,976
	Çocuk/kardeş	24	0-80 (30)	24,17±25,01		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Eş	77	0-75 (0)	8,12±16,94	-10,046	0,296
	Çocuk/kardeş	24	0-50 (0)	4,17±12,04		
Tıbbi İzlem	Eş	77	0-75 (33,3)	33,77±20,85	-0,036	0,971
	Çocuk/kardeş	24	8,3-75 (33,3)	34,38±20,31		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Eş	77	0-75 (0)	10,71±19,63	-10,253	0,210
	Çocuk/kardeş	24	0-75 (0)	6,25±16,89		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Eş	77	5-60 (30)	31,23±13,36	-0,720	0,472
	Çocuk/kardeş	24	7,5-57,5 (30)	29,17±13,73		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Mann Whitney-U testi **p<0,05

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Yakınlık durumuna göre hareket kısıtlılığı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekte olup (p=0,047; p<0,05); eşlerde hareket kısıtlılığı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi çocuk/kardeş olanlardan yüksek bulundu (Tablo 4.17).

Yakınlık durumuna göre gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Bakımı Üstlenen Bireylerin Aynı Evde Yaşama Durumlarına Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Aynı Evde Yaşama	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$ SS	Test değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Evet	92	0-44,4 (11,1)	14,73±9,90	-20,325	0,02**
	Hayır	9	0-11,1 (11,1)	7,41±5,56		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Evet	99	0-100 (75)	63,04±25,18	-10,632	0,103
	Hayır	9	16,7-83,3 (50)	50,00±26,35		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Evet	92	0-100 (20)	24,78±26,75	-0,078	0,938
	Hayır	9	0-60 (40)	24,44±24,04		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Evet	92	0-75 (0)	7,61±16,47	-0,747	0,455
	Hayır	9	0-25 (0)	2,78±8,33		
Tıbbi İzlem	Evet	92	0-75 (33,3)	34,06±20,59	-0,331	0,740
	Hayır	9	8,3-75 (25)	32,41±22,22		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Evet	92	0-75 (0)	9,78±18,52	-0,924	0,355
	Hayır	9	0-75 (0)	8,33±25,00		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Evet	92	5-60 (30)	31,14±13,25	-10,123	0,262
	Hayır	9	7,5-57,5 (22,5)	26,67±15,21		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Mann Whitney-U testi **p<0,05

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakım verilen kişi ile aynı evde yaşama durumuna göre hareket kısıtlılığı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekte olup (p=0,02; p<0,05) bakım verilen kişi ile aynı evde yaşayanlarda hareket kısıtlılığı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi farklı evde yaşayanlardan yüksek bulundu (Tablo 4.18).

Bakım verilen kişi ile aynı evde yaşama durumuna göre gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Bakımı Üstlenen Bireylerin Verilen Taburculuk Eğitimini Yeterli Bulma Durumuna Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Eğitimi Yeterli Bulma	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x}$ ± Ss	Test Değeri (χ^2)	p	Post-Hoc
Hareket Kısıtlılığı	Evet[1]	71	0-44,4 (11,1)	13,30±9,13	0,845	0,665	
	Hayır[2]	8	0-44,4 (11,1)	16,67±15,71			
	Kararsızım[3]	22	0-44,4 (11,1)	15,66±9,49			
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Evet[1]	71	0-100 (66,7)	58,22±27,30	4,333	0,115	
	Hayır[2]	8	33,3-83,3 (83,3)	72,92±19,80			
	Kararsızım[3]	22	33,3-83,3 (83,3)	69,70±17,55			
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Evet[1]	71	0-80 (0)	19,44±24,84	9,933	0,007 ***	2>1 3>1
	Hayır[2]	8	0-100 (40)	42,50±32,84			
	Kararsızım[3]	22	0-80 (40)	35,45±23,85			
İşlem Bölgesinin Bakımı	Evet[1]	71	0-50 (0)	5,99±14,31	2,090	0,352	
	Hayır[2]	8	0-75 (0)	15,63±26,52			
	Kararsızım[3]	22	0-50 (0)	7,95±16,16			
Tıbbi İzlem	Evet[1]	71	0-75 (25)	29,23±20,50	12,555	0,002 ***	2>1 3>1
	Hayır[2]	8	25-75 (62,5)	53,13±24,78			
	Kararsızım[3]	22	25-66,7 (45,8)	42,05±11,64			
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Evet[1]	71	0-75 (0)	8,10±16,24	7,714	0,021 **	2>1 2>3
	Hayır[2]	8	0-75 (25)	31,25±32,04			
	Kararsızım[3]	22	0-75 (0)	6,82±17,56			
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Evet[1]	71	5-52,5 (27,5)	27,71±13,25	12,442	0,002 ***	2>1 3>1
	Hayır[2]	8	17,5-60 (50)	43,75±15,81			
	Kararsızım[3]	22	22,5-55 (36,3)	35,80±8,07			

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Kruskal Wallis testi **p<0,05 ***p<0,01

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumuna göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar ve işlem bölgesinin bakımı konusunda taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi (p>0,05) (Tablo 4.19).

Verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumuna göre komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdi (p=0,007; p<0,01). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; verilen taburculuk eğitimini yetersiz bulan (p=0,030) ve kararsız olan (p=0,009) gruplarda komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi, eğitimi yeterli bulan gruptan yüksek bulundu (p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.19).

Verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumuna göre tıbbi izlem ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdi (p=0,002; p<0,01). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitimi yetersiz bulan (p=0,023) ve kararsız olan (p=0,020) gruplarda tıbbi izlem ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi, eğitimi yeterli bulan gruptan yüksek bulundu (p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.19).

Verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumuna göre yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdi (p=0,021; p<0,05). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitimi yetersiz bulan grupta yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi, kararsız olan (p=0,029) ve eğitimi yeterli bulan (p=0,022) gruplardan yüksek bulundu (p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.19).

Verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumuna göre genel taburculuk eğitimi gereksinim düzeyi istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdi (p=0,002; p<0,01). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; eğitimi yetersiz bulan (p=0,013) ve kararsız olan (p=0,038) gruplarda genel taburculuk eğitimi gereksinimi düzeyi, eğitimi yeterli bulan gruptan yüksek bulundu (p<0,05). Diğer ikili karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (p>0,05) (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Bakımı Üstlenen Bireylerin Bakım Konusunda İstekli Olma Durumuna Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	İstekli Olma	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$ SS	Test değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Evet	96	0-44,4 (11,1)	13,77±9,50	-10,208	0,227
	Hayır	5	0-33,3 (22,2)	20,00±14,49		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Evet	96	0-100 (66,7)	61,28±25,76	-0,931	0,352
	Hayır	5	50-83,3 (83,3)	73,33±14,91		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Evet	96	0-100 (20)	24,38±26,15	-0,509	0,611
	Hayır	5	0-80 (40)	32,00±33,47		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Evet	96	0-75 (0)	6,77±15,59	-10,184	0,237
	Hayır	5	0-50 (0)	15,00±22,36		
Tıbbi İzlem	Evet	96	0-75 (33,3)	33,25±20,47	-10,376	0,169
	Hayır	5	16,7-66,7 (50)	46,67±21,73		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Evet	96	0-75 (0)	9,38±18,23	-0,121	0,903
	Hayır	5	0-75 (0)	15,00±33,54		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Evet	96	5-60 (28,8)	30,34±13,29	-10,208	0,227
	Hayır	5	20-55 (32,5)	38,50±14,85		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, Mann Whitney-U testi

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin bakım konusunda istekli olma durumuna göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar, komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Bakımı Üstlenen Bireylerin Bakım Konusunda Endişeli Olma Durumuna Göre Taburculuk Eğitimi Gereksinimlerinin Karşılaştırılması *(N=101)

	Endişeli Olma	Sayı (n)	Min-Mak (Medyan)	$\bar{x} \pm$ SS	Test değeri (Z)	p
Hareket Kısıtlılığı	Evet	11	0-33,3 (11,1)	12,12±12,62	-0,997	0,319
	Hayır	90	0-44,4 (11,1)	14,32±9,46		
Gelişebilecek Komplikasyonlar	Evet	11	16,7-83,3 (50)	53,03±25,62	-10,412	0,158
	Hayır	90	0-100 (75)	62,96±25,33		
Komplikasyonlar Varlığında Uygulanması Gereken Girişimler	Evet	11	0-80 (40)	29,09±31,45	-0,396	0,692
	Hayır	90	0-100 (20)	24,22±25,88		
İşlem Bölgesinin Bakımı	Evet	11	0-50 (0)	11,36±20,50	-0,761	0,446
	Hayır	90	0-75 (0)	6,67±15,36		
Tıbbi İzlem	Evet	11	8,3-66,7 (25)	33,33±22,05	-0,143	0,886
	Hayır	90	0-75 (33,3)	33,98±20,57		
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	Evet	11	0-75 (0)	6,82±22,61	-10,226	0,220
	Hayır	90	0-75 (0)	10,00±18,66		
Taburculuk Eğitimi Gereksinimi (genel)	Evet	11	7,5-55 (27,5)	28,86±16,41	-0,519	0,604
	Hayır	90	5-60 (30)	30,97±13,09		

$\bar{x}$: Aritmetik ortalama, SS: Standart sapma, MW: Mann Whitney-U testi değeri

*Sorulara verilen cevaplar N=101 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Bakımı üstlenen bireylerin bakım konusunda endişeli olma durumuna göre hareket kısıtlılığı, gelişebilecek komplikasyonlar, gelişen komplikasyonlara yönelik uygulamalar, işlem bölgesinin bakımı, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel taburculuk eğitimi gereksinimi istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ($p>0,05$) (Tablo 4.21).

5. TARTIŞMA

KAH ile yaşayan hasta sayısı, gelişen tedavi yöntemleri sayesinde günden güne artmaktadır. Her kronik hastalıkta olduğu gibi KAH'nda da hasta ve ailesinin hastalıkla birlikte yaşamasını kolaylaştırmak için sağlık çalışanları tarafından bilgilendirilmeleri şarttır. Hastaya verilecek taburculuk eğitiminde en önemli görev hasta ve ailesi ile 7 gün 24 saat birebir temas halinde olduğu için en iyi gözlemi yapabildiğinden hemşirelere düşmektedir. Hemşireler hasta ve ailesini yakından gözlemleyerek bireye özgü olması gereken taburculuk eğitimine şekil verebilir, ailenin/bakımı üstlenen bireyin taburculuk eğitimine dahil edilmesini sağlayabilir (Bakan 2016; Eshah 2011; Uysal 2012).

Literatürde KAH sebebiyle PKG uygulanan hastaların taburculuk eğitimine ailenin/bakımı üstlenen bireyin de dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Ayers 2002; Bakan 2016; Eshah 2011; Goldshtein ve ark. 2006; Hamel 2009; Kristofferzon ve ark. 2005; Leeper 2004; Lyons ve ark. 2002; Nagle ve Nee 2002). Hastaların günlük hayatta karşılaşabilecekleri problemlerle baş edebilmek için gereken desteği ve cesareti aile bireylerinden veya bakımı üstlenen bireylerden sağladıkları belirtilmektedir. Ayrıca ailenin/bakımı üstlenen bireyin desteğinin tedaviye ve yapılacak yaşam tarzı değişikliklerine olan uyumu arttırdığına değinilmektedir. Ailenin/bakımı üstlenen bireyin taburculuk eğitimlerine dahil edilerek doğru bilgilerle donatılması, hem hastaya gereken desteğin doğru bir şekilde verilebilmesini hem de ailenin/bakımı üstlenen bireyin üstlendikleri yeni rol ile ilgili anksiyetelerinin azalmasını sağlayacaktır. Ailenin/bakımı üstlenen bireyin doğru bilgilerle donatılması ağırlıklı olarak hemşirenin görevlerinden biridir (Bahrami ve ark. 2014; Goldshtein ve ark. 2006; Hupcey ve ark. 2011; Hamel 2009; Higgins ve ark. 2005; Kristofferzon ve ark. 2005; Leeper 2004; Lyons ve ark. 2002; Nagle ve Nee 2002; Olgun 2006; Rolley ve ark. 2009; Rolley ve ark. 2010a; Shoulders 2008; Stewart ve ark. 2004; Zhao 2009). Tüm bu bilgilere dayanarak bu çalışma, PKG uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin taburculuk dönemine ilişkin taburculuk eğitimi gereksinimlerini belirlemek ve gelecekteki hemşirelik çalışmalarına ışık tutmasını sağlamak amacıyla kesitsel olarak planlanmıştır.

Birinci Bölüme İlişkin Verilerin Tartışılması

Literatüre bakıldığında KAH çoğunlukla 40 yaşın üstünde ve erkeklerde görülmektedir (DSÖ 2014). Menopoz ile birlikte kadınlarda görülme oranı artmaktadır. Hastalığın erkeklerde daha çok görülmesiyle de ilişkili olarak Bahrami ve arkadaşlarının 2014'te yapmış olduğu çalışmada çalışmaya katılanların yaş ortalaması 42'dir ve büyük çoğunluğunu hastaların kızları veya eşleri olan bayanlar oluşturmaktadır. Zhao'nun 2009'da yaptığı çalışmasında bakımı üstlenen bireylerin genellikle eşler ve çocuklar olduğu görülmüştür. Literatüre göre bakımı üstlenen bireylerin çoğunluğunu kadın (hastanın eşi/kızı) ve genellikle hastanın eşi olan evli bireyler oluşturmaktadır (Aggarwal ve ark. 2008; Bahrami ve ark. 2014; Dilek 2008; DSÖ 2014; Hupcey ve ark. 2011; Odabaşı 2006; Rolley ve ark. 2010a; Süt 2009; Tok 2006). Selçuk ve Avcı'nın yaptığı bir çalışmada ülkemizde hastaların bakımının genellikle ailedeki kadın bireylerin üstlenmesinin kültürel açıdan görev olarak algılanmasının bir sonucu olabileceği bildirilmiştir (Selçuk ve Avcı 2016). Bu çalışmada hastaların bakımını üstlenen bireylerin çoğunluğunu kadın, 54 yaş üstünde, üniversite mezunu, aktif bir şekilde çalışmayan eşler oluşturduğundan bulgular literatürü desteklemektedir (Tablo 4.1).

Hupcey ve arkadaşlarının 2011'de yaptığı çalışmada ise kalp hastalarının bakımını, genellikle aile bireylerinin üstlendiğinden ve bu durumun getirdiği yeni rollerle başa çıkmakta zorlandıklarından, bu yüzden de hastanın bakımını üstlenen bireyin taburculuk eğitimine dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşirelerin hastalara verdiği taburculuk eğitimi sonucunda iyileşmenin hızlandığı, komplikasyonların azaldığı, yatış süresinin kısaldığı, ağrı kontrolünde başarının sağlandığı ve hasta memnuniyetinin arttığı bildirilmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009). Kronik hastalıklarda ise hemşirelerin vermiş olduğu taburculuk eğitimi sayesinde hastaneye tekrarlayan yatışların veya polikliniklere olan başvuruların azaldığı bilinmektedir. Avşar ve Kaşıkçı'nın 2009'da yaptığı çalışmada ülkemizde taburculuk eğitiminin genellikle hekimler tarafından verildiğine, hemşirelerin ise çeşitli nedenlerle eğitici rollerini yerine getirmediklerine değinilmiştir. Rolley ve arkadaşlarının 2010'da yapmış olduğu bir çalışmada ise hasta yakınlarının, hemşirelerden bilgi almayı tercih ettiklerini, hekimlerin karışık ve tıbbi terimler kullandıkları için anlaşılır olmadıklarını belirttiği görülmektedir. Rolley ve arkadaşları bu çalışmasında, bakım veren bireyler için taburculuk eğitimi paketleri olması gerektiğine, ancak literatürde herhangi bir uygulamaya rastlamadıklarına işaret

etmektedir. Olgun'un 2006'da yaptığı bir araştırmada ise taburculuk eğitimi verilmeyen hastaların %82,7 oranında çoğunlukta olduğu, %13,3 oranındaki bir hasta grubuna hekimler tarafından taburculuk eğitimi verildiği, %1,3 oranındaki bir hasta grubuna hemşireler tarafından taburculuk eğitimi verildiği, %2,7 oranındaki bir hasta grubunu ise yazılı dökümanlardan bilgi edindikleri belirtilmektedir. Ayrıca Olgun'un bu çalışmasında taburculuk eğitimi alma ile bakım yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bildirilmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Olgun 2006; Rolley ve ark. 2010a; Tok 2006).

Bu çalışmada, hastanın bakımını üstlenen bireylerin %99'una (n=100) taburculuk eğitimi verildiği, bu eğitimin bireylerin %5'ine (n=5) sadece hekim, %4'üne (n=4) sadece hemşire, %91'ine (n=92) hekim ve hemşire tarafından verildiği bulundu. Bireylerin %70,3'ünün (n=71) verilen taburculuk eğitiminin yeterli olduğunu düşündüğü %7,9'unun (n=8) yetersiz bulduğu, %21,8'inin (n=22) ise verilen taburculuk eğitimini yeterliliği konusunda kararsız kaldığı bulundu (Tablo 4.2). Bu çalışmanın sonuçlarına göre, hekim ve hemşire tarafından taburculuk eğitimi verilmesi, hastaların %99 gibi büyük bir bölümünün taburculuk eğitimi aldığını ve %70,3'ünün verilen eğitimin yeterli olduğunu düşündüğünü ifade etmesi ülkemizde hasta ve hasta yakını eğitimine verilen önemin günden güne arttığı düşüncesini desteklemektedir.

Çalışmalarda bakımı üstlenen bireylerin endişe düzeylerinin azalması, bu rolle başedebilmeleri ve güvenli bir bakım sağlamaları için bilgi düzeylerinin artması gerektiği bildirilmektedir. Bakımı üstlenen bireylerin bilgi eksikliğinin giderilmesi yaşanan belirsizlik ve stresi azaltmada önemli adım olabilir. Bu da bakımın kalitesini arttırır. Bahrami ve arkadaşlarının 2014'te yapmış olduğu çalışmada, bakımı üstlenen bireylerin ağırlıklı olarak bilgi eksiklikleri olduğu, hastalık, hastalığın belirti ve bulguları, prognozu gibi temel bilgilerinin olmadığı, ilaçların etkileri, yan etkileri, tedavisi konusunda bilgi eksikliği olduğu ve ciddi yan etkileri ortaya çıktığında tekrar hastaneye yatmak zorunda kaldıkları, hastanın taburculuk sonrası bakımını sağlarken kendi kendilerine öğrendikleriyle süreci devam ettirmeye çalıştıkları, birçok durumda da yaptıklarının doğruluğundan emin olamadıkları bildirilmektedir. Hastanın bakımı ile ilgili bilgi almaya çalıştıklarında soru sorabilecekleri bir sağlık çalışanına ulaşamadıkları, sağlık çalışanlarının hastanın ihtiyaçlarına odaklandıkları, hasta yakınını sürece dahil etmediklerini ifade ettikleri izlenmektedir. Sorularının cevaplarını başka yollarla bulmaya

çalıştıklarını ve buldukları cevapların genelde birbiriyle tutarsız olduğu için güvenemediklerini ifade eden bireylerin, acil durumlarda ve göğüs ağrısı, dispne, ilaçların yan etkileri gibi yaşamsal sorunlar durumunda yapmaları gerekenleri bilmedikleri için stres düzeylerinin arttığını rapor etmişlerdir. Bahrami ve arkadaşları hastaların bilgi eksikliğinin sağlık çalışanları arasında hemşireler tarafından sağlanması gerektiğini, böylece bakımı üstlenen bireylerin stres düzeylerinin de azalmış olacağını vurgulamışlardır (Bahrami ve ark. 2014). Literatürle uyumsuz bir şekilde bu çalışmada bakımı üstlenen bireylerin %89,1 (n= 90) oranında endişeli olmadıklarını ifade ettikleri belirlendi (Tablo 4.3).

Aggarwal ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yaş, düşük eğitim seviyesi, işsizlik, azalan fiziksel hareketlilik ve artan karın çevresi ile birlikte bakımı üstlenen bireylerin de KDH riskinin arttığı belirtilmiştir. Yoğun hasta bakımı yükü olanlarda daha fazla doymuş yağ tüketimi, depresyon ve daha yüksek vücut kitle indeksi görülürken daha düşük seviyede sosyal destek aldıkları bildirilmiştir. Kalp hastalarının, bakımını üstlenen eşleri veya partnerleri kendilerinden daha az endişeli ve daha az depresif olduğunda hastalıklarına uyum sağlamalarının daha kolay olduğu belirtilmiştir. Bu yüzden bakımı üstlenen bireylerin psikososyal durumlarını pozitif şekilde etkilemeye yönelik yapılan girişimler, hastanın sağlığını da pozitif şekilde etkiler (Aggarwal ve ark. 2008). Hupcey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eşlerin bakım yükünü üstlenmelerinin yanısıra değişen rolleri, eşlerini kaybetme korkusu ve gelecek ile ilgili belirsizlikler endişe düzeylerini daha fazla arttırmakta, bu durumun bakımı zorlaştırdığı belirtilmektedir. Çalışmaya katılan bakımı üstlenen eşler ise kendilerinin önemsenip bilgilendirildiklerinde bakım deneyiminin pozitif olduğunu, hasta tarafından ise güçlü ve değerli görüldüklerini, bilgilendirilmediklerinde ise yaşanan en küçük olumsuz deneyimde hastaların kendilerini bakım konusunda uzaklaştırdıklarını belirtmişlerdir (Hupcey ve ark. 2011).

Bu çalışmada bakımı üstlenen bireylere çoğunlukla gelişebilecek komplikasyonlar, pansuman bakımı, fiziksel aktivite sınırlılıkları, beslenme, sigara ve alkolün olumsuz etkileri, düzenli spor yapmanın önemi, kullanılacak ilaçlar (aspirin kullanımı), izlem randevuları, tansiyon ve kolesterol kontrolü, göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes darlığı durumlarında gerekli uygulamalara ilişkin taburculuk eğitimi verildiği belirlendi. Eğitimin içeriği ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, Cherlin ve

arkadaşlarının 2013'te yapmış olduğu çalışmada hasta ve ailelerinin özellikle egzersiz, diyet, değiştirilebilen risk faktörleri ve diyabetin etkileri konusunda taburculuk eğitimi almak istedikleri belirtilmiştir. Ayrıca hastaların eşlerinin, ilaçların doğru kullanımı, sigarayı bırakma ve diyet değişikliklerine uyumu kolaylaştırmak için hastaya nasıl yardım edecekleri konusunda bilgi istedikleri vurgulanmaktadır (Cherlin ve ark. 2013).

Hamel, 2009'da yaptığı çalışmada hekimin taburculuk önerilerinin hasta taburcu edilmeden önce ailesi ile birlikte tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Taburculuk önerisinin içeriğine bakıldığında ise hastanın 2-3 gün ağır kaldırmamasına, 24 saat araç kullanmamasına, kıyafetlerinin 24 saat boyunca temiz ve kuru tutulmasına, 24 saat sonra duş alabileceğine, işlem yerinin sadece sabun ve suyla ovuşturulmadan temizlenip pansumanın değiştirilmesi gerektiğine, işlem yeri iyileşmeden yüzmemesine, işlem yerinin her gün gözlenmesine ve eğer 10 dakika bası uygulandığı halde durdurulamayan kanama olursa, işlem sonrasında normalden farklı bir ağrı hissederse, işlem yerinde ani şişme olursa ya da herhangi bir ağrı, sistemik ateş, kızarıklık gibi infeksiyon belirtisi görülürse hekime başvurulması gerektiğine vurgu yapılmıştır (Hamel 2009).

Higgins ve arkadaşlarının 2005'te yaptığı çalışmada ise hasta yakınlarının, kalp hastalıkları ve yaşam şekli değişikliği konusunda taburculuk eğitimi verilmesini istedikleri bildirilmektedir (Higgins ve ark. 2005). Ülkemizde Olgun'un 2006'da yapmış olduğu bir çalışmada, verilecek taburculuk eğitiminde kullanılacak ilaçlar, risk faktörleri, göğüs ağrısı kontrolü, diyet, sigara ve alkol kullanımı, günlük aktiviteler, spor ve cinsel aktiviteler konusunda bilgi verilmesi gerektiği bildirilmiştir (Olgun 2006).

TKD'nin 2004'te hazırlamış olduğu kılavuzda da hasta ve aile eğitimine işaret edilmektedir. Bu kılavuzda taburculuk eğitiminde yapılan işlem konusunda kısa bir bilgi verilmesi gerektiği, işlem öncesi verilen eğitimle ilgili sorular veya eksikler varsa giderilmesi ve taburculuk sırasında eşlik eden bir yakının olması gerektiği bildirilmektedir. Ayrıca, nitrogliserin alınmasına karşın geçmeyen göğüs ağrısı, aritmi, baş dönmesi, göz kararması, hızlı kilo alma (günde 1-2, haftada 3-5 kilo), halsizlik, yorgunluk, ani gelişen nefes darlığı, işlem yerinde kanama, şişlik, bacakta his kaybı, uyuşukluk, ağrı, kızarıklık/sıcaklık değişikliği varlığında acil ambulans çağrısı ile bir sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiğine yer verilmektedir. Yanısıra bu kılavuzda, hastanın pansumanının 1 gün sonra çıkarılabileceği, banyosunu işlem yerini ovmadan

yapması, işlem yeri iyileşene kadar sıkı iç çamaşırı kullanmaması, ilk hafta yorucu aktivitelerden uzak durması, işlem yerini darbelerden koruması, ilk 2-3 gün ağır eşya kaldırmaması, itmemesi, çekmemesi, en az 1 hafta motorlu taşıt kullanmaması, olabildiğince merdiven kullanmaması, eğer zorunlu ise önce işlem yapılmayan taraftaki ayağı ile merdiven çıkması, 2-3 gün cinsel aktiviteden kaçınması, ıkınma ve kabızlıktan kaçınması, ilaçlarının ayrıntılı olarak anlatılması (adı, etkisi, yan etkisi, miligramı, günde kaç kere ve ne zaman alacağı, saklama koşulları, ilaçlarını düzenli almasının önemi vb.), sigara, alkol gibi alışkanlıklarını bırakması, diyet ve aktivite ile ilgili yaşam tarzı değişikliklerinin ve düzenli sağlık kontrolünün öneminin açıklanması gerektiği ile ilgili maddeler yer almaktadır. Çalışmalarda hasta ve hasta yakınlarının genellikle günlük aktivite sınırlılıkları, ilaçların doğru kullanımı ve etki/yan etkileri, uygulanan tedavi, egzersiz, diyet, sigara ve alkol kullanımının bırakılmasını kolaylaştıracak uygulamalar konularında bilgi almak istedikleri izlenmektedir (Cherlin ve ark. 2013; Eshah 2011; Higgins ve ark. 2005).

Bu çalışmada yapılan değerlendirmelerin esas amacı verilen taburculuk eğitimine karşın bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi gereksinimlerini belirlemek ve bu doğrultuda verilen taburculuk eğitiminin eksik taraflarını gidermektir. Hastanın bakımını üstlenen bireylerin ilk altı ayda koroner damarlarda daralma ve kalp ritminde bozukluk riski, bacaklarda oluşabilecek damar tıkanıklığı, kontrast maddenin yan etkileri ve alerjileri (Tablo 4.4), kontrast maddenin atılması için bol sıvı alması gerektiği, idrar miktarının ve renginin değiştiği durumlarda, işlem bölgesinde kanama, şişlik, ağrı, kızarıklık varlığında yapılacak işlemler, göğüs ağrısı, çarpıntı hissi, nefes darlığı geliştiğinde gereken uygulamalar (Tablo 4.5), 24-48 saat yüzmemesi (Tablo 4.6), işlem bölgesini sıcak ya da soğuktan koruması, işlem bölgesine herhangi bir krem losyon uygulamaması gerektiği (Tablo 4.7), şeker kullanımının zararları (Tablo 4.8) ve acil iletişim numaraları (Tablo 4.9) konusunda taburculuk eğitimi almadıkları ancak taburculuk eğitimi almak istedikleri belirlenmiş, bu sonuçların literatürü desteklediği izlenmiştir.

Tok'un 2006'da gerçekleştirdiği bir çalışmada hastaların beklemeleri gereken zamandan daha erken dönemde cinsel ilişkiye girdikleri ve bunun verilen taburculuk eğitiminin yetersizliğinden kaynaklanabileceği bildirilmektedir. Yıldız ve Pınar'ın 2004'te gerçekleştirdiği bir çalışmada bu konuda taburculuk eğitimi verilmediği, buna

karşın hastaların ve yakınlarının önemli bir çoğunluğunun taburculuk eğitimi verilmesini istemediği bildirilmektedir. Cinsel aktivitelerle ilgili yetersiz taburculuk eğitimi verildiğini ve hastanın bakımını üstlenen bireylerin bu konuda taburculuk eğitimi almak istemedikleri ile ilgili bulguyu bu çalışma da desteklemiştir. Hasta veya eşleri her ne kadar cinsellik ile ilgili konuşmaktan çekinse de hemşirelerin cinselliğin önemli bir taburculuk eğitimi konusu olduğunu benimseyip o doğrultuda taburculuk eğitimi vermeleri gerekmektedir (Tok 2006; Yıldız ve Pınar 2004). Bu çalışmada, taburculuk sonrası dönemdeki cinsel aktivite konusunda verilen taburculuk eğitiminin yetersiz olduğu belirlenmiş ancak buna karşın katılımcılar bu konu ile ilgili bilgi almak istemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.6). Bu sonuç, hemşirelerin toplumumuzun kültürel özelliklerini dikkate alarak hasta haklarından biri olan mahremiyete ilişkin rol ve sorumluluklarının önemini hatırlamaları gerektiğini göstermiştir.

İkinci Bölüme İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu bölümde; bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi verilen konu gruplarına göre taburculuk eğitimi gereksinimlerinin dağılımı ve bu taburculuk eğitimi gereksinimleri ile tanıtıcı özelliklerinin, verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma, bakımı konusunda istekli veya endişeli olma durumları karşılaştırılarak değerlendirildi.

Bahrami ve arkadaşlarının (2014) bir çalışmasında da hastanın bakımını üstlenen bireyler hastalık, hastalığın seyri, uygulanan tedavi, ilaçlar, komplikasyonlar, acil durumlardaki uygulamalar gibi hayati önemi olan konularda bile bilgilendirilmediklerini, bu eğitim gereksinimini çeşitli yöntemlerle gidermeye çalıştıklarını ancak birbiriyle uyumsuz bilgilere ulaştıkları için güvenilir kaynaklar olmadığını, burun kanaması veya cilt altı kanamaların ilaçların yan etkisi olduğunu bilmediklerinden tekrarlayan hastaneye yatışlar yaşadıklarını bunun da bilgi eksikliği nedeniyle geliştiğini, sağlık çalışanlarının genellikle hastanın gereksinimlerine odaklandıklarını ve hastanın bakımını üstlenen bireylerin sürece dahil edilmediklerini belirtmişlerdir (Bahrami ve ark 2014).

Bu çalışmada bakımı üstlenen bireylerin taburculuk eğitimi verilen konu gruplarına göre taburculuk eğitimi gereksinimlerinin dağılımı incelendiğine en çok tıbbi izlem ve gelişebilecek komplikasyonlar, en az ise işlem bölgesinin bakımı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimi olduğu belirlendi (Tablo 4.10). Bakımı üstlenen bireylerin

taburculuk eğitimi sonrası verilen taburculuk eğitimini yeterli bulma durumuna göre taburculuk eğitimi gereksinimleri karşılaştırıldığında; komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler, tıbbi izlem, yaşam tarzı değişiklikleri ve genel olarak taburculuk eğitimi gereksinimleri arasında anlamlı fark olduğu görüldü. Verilen taburculuk eğitimini yetersiz bulanlar ve yeterliliği konusunda kararsız kalanların komplikasyonlar varlığında uygulanması gereken girişimler ($p=0,007<0,01$), tıbbi izlem ($p=0,002<0,01$) ve genel olarak taburculuk eğitimi gereksinimleri ($p=0,002<0,01$) düzeylerinin verilen taburculuk eğitimini yeterli bulan katılımcılardan daha yüksek olduğu, verilen taburculuk eğitimini yetersiz bulanların ise yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili taburculuk eğitimi gereksiniminin ($p=0,021<0,05$) verilen taburculuk eğitimini yeterli bulanlar ve yeterliliği konusunda kararsız kalan bireylerden daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.19). Çalışmadan elde edilen bu sonuçlar literatürü desteklemektedir.

Çalışmalarda hasta/yakınının verilen taburculuk eğitimleri yoluyla bilgi düzeyinin arttığı, anksiyetesinin azaldığı, stresle başa çıktığı ve yaşam kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Dilek 2008; Higgins ve ark. 2005; Nagle ve Nee 2002; Olgun 2006; Özer ve ark. 2002; Smith ve Liles 2007; Shoulders 2008; Zhao ve Wong 2009). Cabral ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bakımı üstlenen bireylerin çoğunlukla eş olan kadınlardan oluştuğu, düşük eğitim düzeyi olan ve kırsal alanda yaşayan bireylerin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak yaş, medeni durum ve çalışma durumu ile anksiyete, depresyon ve stres düzeyleri arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı bildirilmiştir (Cabral ve ark. 2014).

Selçuk ve Avcı'nın bir çalışmasında hastayla birinci derece akrabalık ilişkisi olan bireylerin bakım yükü düşük iken; 85 yaş ve üzerindeki, düşük öğrenim durumuna sahip, kadın olan bakımı üstlenen bireylerin bakım yükünün daha fazla olduğu bildirilmiştir (Selçuk ve Avcı 2009).

Bu çalışmada bakımı üstlenen bireylerin PKG sonrası yaş grubu değişkenine göre taburculuk eğitimi gereksinimleri karşılaştırıldığında; gelişebilecek komplikasyonlar konusundaki taburculuk eğitimi gereksinimiyle yaş grupları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p=0,034<0,05$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda 41-50 yaş grubundakilerin 40 yaş ve altı grubundaki bireylere oranla eğitim gereksinimlerinin daha yüksek olup (Tablo 4.11), bunun orta yaş grubunda dikkate alınması gereken bir sonuç olduğu, Cabral ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ile anksiyete, depresyon ve stres düzeyi arasında istatistiksel açıdan fark olmadığının belirtilmesi gelişebilecek komplikasyonlar konusundaki eğitim gereksiniminin anksiyete, depresyon ve stres ile ilgili olmadığı sonucuna varılmasını sağladı. Ayrıca bu çalışmada medeni durum (Tablo 4.14) ve çalışma durumu (Tablo 4.15) ile taburculuk eğitimi gereksinimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmaması literatürü destekleyen bir bulgudur.

Yapılan çalışmalarda bakımı üstlenen bireyleri çoğunlukla kadınların oluşturduğu, stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmesine rağmen bu çalışmada bakımı üstlenen bireylerin PKG sonrası taburculuk eğitimi gereksinimlerinin cinsiyet (Tablo 4.12), bakım konusunda istekli olma durumu (Tablo 4.20), bakım konusunda endişeli olma durumu (Tablo 4.21) değişkenleriyle istatistiksel bir ilişki göstermediği bulundu (Aggarwal ve ark. 2008; Bahrami ve ark. 2014; Dilek 2008; DSÖ 2014; Hupcey ve ark. 2011; Odabaşı 2006; Rolley ve ark. 2010a; Süt 2009; Tok 2006; Yeşil ve ark. 2016).

Cabral ve arkadaşlarının yapyığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan bireylerde anksiyete, depresyon ve stres düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Cabral ve ark. 2014). Bu çalışmada bakımı üstlenen bireylerin PKG sonrası taburculuk eğitimi düzeyi değişkenine göre taburculuk eğitimi gereksinimleri karşılaştırıldığında; ilköğretim ve lise mezunlarında gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili duyulan taburculuk eğitimi gereksiniminin lisans ve üzeri olan mezunlara oranla daha yüksek olduğu ($p=0,076>0,005$) (Tablo 4.13), bunun eğitim düzeyi yükseldikçe bilgi gereksiniminin azalması ve literatürde de belirtildiği gibi stres düzeyinin azalması ile ilgili oalbileceği düşünülebilir (Avşar ve Kaşıkçı 2009; Dilek 2008; Higgins ve ark. 2005; Nagle ve Nee 2002; Olgun 2006; Özer ve ark. 2002; Smith ve Liles 2007; Shoulders 2008; Zhao ve Wong 2009).

Selçuk ve Avcı, çalışmasında ülkemizde hastaların bakımının genellikle ailedeki kadın bireylerin üstlendiğine, bunun kültürel açıdan görev olarak algılanmasının bir sonucu olabileceğine işaret etmektedir (Selçuk ve Avcı, 2016). Yeşil ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kronik hastalıklara sahip bireylerle aynı evde yaşayan bireylerin uzun süreli olarak bakım verilen kronik hastalığın sonuçlarına bağlı şeklilde stres düzeylerinin arttığı belirtilmiştir (Yeşil ve ark. 2016). Bu çalışmada, bakımı üstlenen eşlerin, çocuk veya kardeşlere oranla ($p=0,047<0,05$), aynı evde yaşayan bireylerin ise

yaşamayanlara oranla ($p=0,006<0,005$) hareket kısıtlılığı konusunda taburculuk eğitimi gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.17). Literatürde de yer aldığı gibi bakımı üstlenen bireylerin çoğunluğunu oluşturan kadın ve hastanın eşi olan bireylerin üstlendikleri bakımı en iyi şekilde yerine getirebilmek veya stres düzeyini azaltmak için daha fazla eğitim gereksinimi olabileceği sonucuna varıldı (Aggarwal ve ark. 2008; Bahrami ve ark. 2014; Dilek 2008; DSÖ 2014; Hupcey ve ark. 2011; Odabaşı 2006; Rolley ve ark. 2010a; Süt 2009; Tok 2006; Yeşil ve ark. 2016).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastaların bakımını üstlenen bireylerin; tanıtıcı özellikleri incelendiğinde;

- yaş aralığının 24-82 olduğu ve ortalamasının 53,72±11,99 olduğu,
- % 82,2'sinin kadın,
- %52,5'unun lisans ve üzeri mezunu,
- % 95'inin evli,
- %62,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı,
- % 76,2'sinin hastanın eşi olduğu,
- % 91,1'inin hasta ile aynı evde yaşadığı,

aldıkları taburculuk eğitiminin özellikleri incelendiğinde;

- bireylerin % 99'una eğitim verildiği,
- % 91'ine hekim ve hemşire tarafından eğitim verildiği,
- % 99'una sözlü olarak eğitim verildiği,
- % 71'inin verilen eğitimi yeterli bulduğu,

endişeli ve istekli olma durumlarının dağılımı incelendiğinde;

- %89,1'inin bakım konusunda endişeli hissetmediğini ifade ettiği,
- %95'inin ise bakım konusunda istekli olduğunu ifade ettiği,

gelişebilecek komplikasyonlara ilişkin taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde;

- %84,2'sine ilk 6 ayda kalp ritminde bozukluk gelişebilme olasılığı,
- %80,2'sine bacaklarda gelişebilecek damar tıkanıklığının belirti ve bulguları,

- %77,2'sine ilk 6 ayda koroner damarlarda tekrar tıkanıklık oluşma olasılığı,
- %66,3'üne kontrast maddenin böbrekler üzerine olası yan etkileri,
- %62,4'üne kontrast madde alerjilerinin belirti ve bulguları, ile ilgili taburculuk eğitimi gereksiniminde olduğu,

gelişebilecek komplikasyonların varlığında uygulanması gereken girişimlere yönelik taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde;

- %63,4'ünün idrar miktarı ve rengi değişikliğinde,
- %47,5'inin nabız ve kalp ritmi değişikliği varlığında yapılması gerekenler ile ilgili taburculuk eğitimi gereksiniminin olduğu,

hareket kısıtlılığı konusunda taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde;

- %65,3'ünün ilk 24-48 saat yüzmeme konusunda eğitim gereksinimi ifade ettiği,
- %50,5'inin cinsel aktivite konusunda taburculuk eğitimi verilmemesine karşın taburculuk eğitimi gereksinimi ifade etmediği,

işlem bölgesinin bakımı ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde;

- %86,1'inin işlem bölgesine krem/losyon uygulanmaması,
- %72,3'ünün işlem bölgesinin sıcak/soğuktan korunması, ile ilgili taburculuk eğitimi gereksiniminde olduğu,

tıbbi izlem ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde;

- %84,2'sinin acil iletişim numaraları,
- %63,4'ünün kontrast maddenin atılması için bol sıvı alınması gerektiği, ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimlerinin olduğu, sonucuna varıldı.

Bakımı üstlenen bireylerin;

yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili taburculuk eğitimi gereksinimleri incelendiğinde; çoğunluğunun bu konuda eğitime gereksinimi olmadığı,

gelişebilecek komplikasyonlar konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin ilk sırada yer aldığı (61,88±25,42),

gelişebilecek komplikasyonlar konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin 41-50 yaş grubundakilerde 40 yaş ve altndaki bireylere oranla daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

hareket kısıtlılığı konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin bakımı üstlenen bireyin hastanın eşi olduğu durumda daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

hareket kısıtlılığı konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin hasta ile aynı evde yaşayan bireylerde daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

komplikasyon varlığında uygulanması gereken girişimler konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünen/yeterliliği konusunda kararsız kalan bireylerde daha yüksek olduğu ($p<0,01$),

tıbbi izlem konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünen/yeterliliği konusunda kararsız kalan bireylerde daha yüksek olduğu($p<0,01$) ,

yaşam tarzı değişiklikleri konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünen bireylerde daha yüksek olduğu ($p<0,05$),

genel olarak taburculuk eğitim gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünen/yeterliliği konusunda kararsız kalan bireylerde daha yüksek olduğu ($p<0,01$) sonucuna varıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1- Planlanacak taburculuk eğitiminde; eğitim gereksiniminin yüksek olduğu belirlenen ilk 6 ayda kalp ritminde bozukluk gelişebilme olasılığı, bacaklarda gelişebilecek damar tıkanıklığının belirti ve bulguları, ilk 6 ayda koroner damarlarda tekrar tıkanıklık oluşma olasılığı, kontrast maddenin böbrekler üzerine olası yan etkileri, kontrast madde alerjilerinin belirti ve bulguları, idrar miktarı/rengi değişikliğinde, nabız ve kalp ritmi değişikliğinde yapılması gerekenler, ilk 24-48 saat yüzme sporunun yapılmaması, işlem bölgesine krem/losyon uygulanmaması, işlem bölgesinin sıcak/soğuktan korunması, acil iletişim numaraları, kontrast maddenin atılması için bol sıvı alınması gerektiği konularına yer verilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

2- Gelişebilecek komplikasyonlar ve işlem bölgesinin bakımı konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin 41-50 yaş gruplarında arttığı, gelişebilecek komplikasyonlar konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin eğitim düzeyi a rttıkça azaldığı, hareket kısıtllılığı konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin hasta ile bakımı üstlenen birey aynı evde yaşıyorsa arttığı, gelişen komplikasyonlara yönelik uygulamalar ve tıbbi izlem konusundaki taburculuk eğitimi gereksiniminin verilen taburculuk eğitiminin yeterli olmadığını düşünme veya yeterliliği konusunda kararsız kalındığı durumlarda arttığı, verilen taburculuk eğitimi ile hasta ve bakımı üstlenen bireylerin bilgi düzeylerinin artacağı, bu doğrultuda verilen taburculuk eğitimlerinin önemi konusunda hizmet içi ve sürekli eğitim programları düzenlenerek, hemşirelik bakımı uygulama standartlarının yükseltilmesi gereği önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aggarwal, B., Liao, M., Christian, A., Mosca, L. (2008). Influence of caregiving on lifestyle and psychosocial risk factors among family members of patients hospitalized with cardiovascular disease. *Society of General Internal Medicine*, ***24(1)***:93-98. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607516/

Alkan, H.Ö. (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*, ***7(Sup 2)***:41-47. Erişim 21.05.2019, https://www.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_7_60_41_47.pdf

Astedt-Kurki, P., Lehti, K., Tarkka, M.T., Paavilainen, E. (2004). Determinants of perceived health in families of patients with heart. *Jounal of Advanced Nursing*, ***48(2)***:115-123. Erişim 26.04.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369491

Astin, F., Jones, K., Thompson, D.R. (2005). Prevelence and patterns of anxiety and depression in patients undergoing elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart&lung*, ***34(6)***:393-401. Erişim 04.06.2013, http://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(05)00105-6/

Avşar, G., Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde hasta eğitiminin yeri. *Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi*, 12(3): 67-73. Erişim 29.01.2012, http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/747/732

Ayers, D.M. (2002). Preparing a patient for cardiac catheterization, *Nursing, 32(9)*, 82.

Bahrami, M., Etemadifar, S., Shahriari, M., Farsani, A.K. (2014). Informational Needs and Related Problems of Family Caregivers of Heart Failure Patients: A Qualitative Study. *Journal of Education and Health Promotion*, 3:1-6. Erişim 20.02.2015, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4275616/

Bakan, G. (2016). Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(sup 1):26-34. Erişim 14.06.2019, https://www.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_7_50_26_34.pdf

Cabral, L., Duarte, J., Ferreira, M., Santos, C. (2014). Anxiety, stress and depression in family caregivers of the mentally ill. *Atencion Primaria*, 46(espec cong 1):176-179. Erişim 18.06.2019, https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656714700873?token=605CD3F3F5A377783D771448FE85FD992D3623BEDA61A81034AA11C4756B2D312CCD5A4D71611F17B34AADA1990BF185

Chair, S.Y., Thompson, D.R. (2005). Patient teaching prior to coronary angiography in Hong Kong: a pilot study. *Journal of Clinical Nursing, **14***:114-115. Erişim 29.01.2012, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2004.00946.x/pdf

Cherlin, E.J., Curry, L.A., Thompson, J.W., Greysen, S.R., Spatz, E., Krumholz, H.M., Bradley, E.H. (2013). Features of high quality discharge planning for patients following acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine, **28(3)***:436-443. Erişim 12.11.12, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23263917

Chlan, L.L., Sabo, J., Savik, K. (2005). Effects of three groin compression methods on patient discomfort, distress and vascular complications following a percutaneous coronary intervention procedure. *Nursing Research, **54(6)***:391-398. Erişim 12.11.12, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16317360

Cobb, S.L., Brown, D.J., Davis, L.L. (2005). Efective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *American Academy of Nurse Practitioners, **18***:31-39. Erişim 29.01.12, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16403210

Conway, B., Fuat, A. (2007). Recent advances in angina management: implications for nurses. *Nursing Standart, **21(38)***:49-56. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17569470

Dilek, F. (2008). *Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne. Erişim 14.06.2011, http://193.255.140.18/Tez/0069766/METIN.pdf

Dixon, S.R., Grines, C.L. (2011). The year in interventional cardiology. *Journal of The American College of Cardiology, **57(22)***:2207-2220. Erişim 04.06.2013, http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109713005809

Dressler, D. (2010). Management of Patients with Coronary Vascular Disorders. İçinde Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle J.L., Cheever, K.H. (Ed.), Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Vol 1, (12th ed.). Philadelphia; Walters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, PA; 755-779.

Dumond, C.J.P., Keeling, A.W., Bourguignon, C., Sarembock, I.J., Turner, M. (2006). Predictors of vascular complications post diagnostic cardiac catheterization and percutaneous coronary interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing, **25(3)***:137-142. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16721193

Dumond, C. (2007). Blood pressure and risks of vascular complications after percutaneous coronary intervention. *Dimensions of Critical Care Nursing, **26(3)***:121-127. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17440298

Dural, G., Sarıtaş, S.Ç. (2017). Miyokard infarktüsünde ev tabanlı eğitim ve yaşam kalitesi. *Jornal of Cardiovascular Nursing, **8(17)***:86-94. Erişim 21.05.2019, https://www.journalagent.com/kvhd/pdfs/KVHD_8_17_86_94.pdf

Eshah, N.F. (2011). Jordanian acute coronary sendrome patients' learning needs: implications for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs. *Nursing & Health Sciences, **13***:238-245. Erişim 06.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21615656

Fernandez, R.S., Griffits, R., Juergens, C., Davidson, P., Salamonson, Y. (2006). Persistence of coronary risk factor status in participants 12 to 18 months after percutaneous coronary intervention. *Journal Of Cardiovasculer Nursing, **21(5)***:379-387. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16966915

Frank, J.J., Kamalakannan, D., Kodenchery, M., Savoy-Moore, R.T., Rosman, H. (2010). Retroperitoneal hematoma in patients undergoing cardiac catheterization. *Journal of Interventional Cardiology, **23(6)***:569-574. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20796167

Gateway Cardiology (2003, 28 Nisan). *Discharge Instructions: Post Angioplasty & Stents*, St. Louis. Erişim 17.06.2011, http://www.gatewaycardiology.com/images/dynamic/uploads/postangiostent.pdf

Goldshtein, L., Rassin, M., Cohen, I., Silner, D. (2006). Managing pseudoaneurysm after cardiac catheterization. *Nursing, 36(5),* 64-65.

Görgülü, Ş., Norgaz, T., Ergelen, M. (2010). Primer PKGin nadir bir komplikasyonu: sorumlu lezyona komşu koroner arterde gelişen total oklüzyon. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2)*, 111-114.

Hamel, W.J. (2009). Femoral artery closure after cardiac catheterization. *Critical Care Nurse, **29(1)***:39-46. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19182279

Hamner, J.B., Dubois, E.J., Rice, T.P. (2005). Predictors of complications associated with closure devices after transfemoral percutaneous coronary procedures. *Critical Care Nurse, **25(3)***:30-37. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15946926

Heyde, G.S., Koch, K.T., Winter, R.J., Dijkgraaf, M.G.W., Klees, M.I., Dijksman, L.M., Piek, J.J., Tijssen, J.G.P. (2007). Randomized trial comparing same-day discharge with overnight hospital stay after percutaneous coronary intervention= results of the elective PCI in outpatient study (EPOS), *Circulation, **115***:2299-2306. Erişim 22.06.2011, http://circ.ahajournals.org/content/115/17/2299.full.pdf+html

Higgins, R.O., Murphy, B.M., Le Grande, M.R., Parkinson, A., Worcester, M.U.C., Goble, A.J. (2005). Expressed preferences for health eduction of patients after percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovasculer Prevention & Rehabilitation, **12***:572-579. Erişim 06.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16319548

Homoud, M.K. (2008). *Coronary Artery Disease*, Tufts-New England Medical Center. Erişim 29.01.2012, http://ocw.tufts.edu/data/50/636849.pdf

Horwitz, S., Yogo, J., Juma, E., Ice, G.H. (2009). Caregiving and cardiovasculer disease risk factors in male and female Luo elders from Kenya. *Annals of Human Biology, **36(4)***:400-410. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19468933

Hupcey, J.E., fenstermacher, K., Kitko, L., Fogg, J. (2011). Palliative Needs of Spousal Caregivers of Patients with Heart Failure Followed at Specialized Heart Failure Centers. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, **13(3)**:* 142:150. Erişim 22.02.2015, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3147172/

İlkay, E., Yavuzkır, M. (2001). Kronik iskemik kalp hastalığında girişimsel tedavi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 1,* 289-296.

John Radcliffe Hospital, Oxford Heart Centre. (2011, Eylül). *Discharge Advice After Your Coronary Angiogram, Angioplasty or Stent Insertion (PCI)*, Oxford. Erişim 13.03.2013,

http://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files%5C100915cardiacdischarge.pdf

Kesgin, C., Topuzoğlu, A. (2006). Sağlığın Tanımı; Başaçıkma. *İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, **3***:47-49. Erişim 29.01.2012, http://www.iku.edu.tr/TR/iku_gunce/GunceC3S2veS3FenMuh/Gunce/GunceC4S3Ekim06FenMuh/47.pdf

Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., Carlsson, M. (2005). Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing, **52(2)***:113-124. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16164472

Kurçer, M.A., Özbay, A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11,* 107-113.

Lauck, S., Johnson, J.L., Ratner, P.A. (2009). Self-care behaviour and factors associated with patient outcomes following same-day discharge percutaneous coronary intervention. *European Journal of Cardiovascular Nursing, **8***:190-199. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19162553

Leeper, B. (2004). Nursing outcomes, percutaneous coronary interventions. *Journal of Cardiovascular Nursing, **19(5)***:346-353. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15495895

Lyons, A.C., Fanshawe, C., Lip, G.Y.H. (2002). Knowledge, communication and expectancies of cardiac catheterization= the patient's perspective. *Psychology, Health & Medicine, **7(4)***:461-467. Erişim 29.01.2012, www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354850021000015276

Mills, C., Wright, C., Newell, C. (2012). Care of post percutaneous coronary intervention patient. *Australian Nursing Journal, **19(7)***:26-27. Erişim 04.09.2012, http://www.researchgate.net/publication/221887714

Nagle, B., Nee, C. (2002). Recognizing and responding to acute myocardial infarction. *Nursing, **32(10)***:50-54. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12395042

Northwestern Memorial Hospital. (2005, Ekim). *Patient Education For Percutaneous Coronary Intervention (PCI)*, Chicago. Erişim 13.03.2013, http://www.nmh.org/ccurl/280/763/percutaneous-coronary-intervention-10-05.pdf

Odabaşı, J. (2006). *Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti ve koroner anjiyografi sonrası yaşam biçimi değişikliklerinin belirlenmesi ve hemşirelik yaklaşımı*. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu. Erişim 14.06.2011, www.sabe.ibu.edu.tr/form/ogrenci/bitmistezler/jaleodabasi .pdf

Olgun, S. (2006). *Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Onat, A. (2009). Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar Ve Kalpten Ölüm Sıklığı. İçinde Onat, A. (Ed.), *TEKHARF 2009 Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbba Önemli Katkı.* İstanbul: Cortex İletişim Hizmetleri; 19-24.

Onat, A., Can, G. (2009). Halkımızda Koroner Arter Hastalığı İçin Bağımsız Öngürdürücülerin Nisbi Riski. İçinde Onat, A. (Ed.), *TEKHARF 2009 Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı Sırrına Işık, Tıbba Önemli Katkı.* İstanbul: Cortex İletişim Hizmetleri; 27-36.

Özer, C., Şahin, M., Dağdeviren, N., Aktürk, Z. (2002). Birinci basamakta hasta eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, **11(1)***:11-14. Erişim 14.06.2011, http://www.ttb.org.tr/STED/sted0102/hasta_egitimi.pdf

Paez, K.A., Allen, J.K. (2006). Cost-effectiveness of nurse practitioner management of hypercholesterolemia fallowing coronary revascularization. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, **18***:436-444. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16958775

Parkosewich, J.A. (2010). Assessment of Cardiovascular Function. İçinde Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle J.L., Cheever, K.H. (Ed.), Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. Vol 1, (12th ed.). Philadelphia; Walters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, PA; 682-719.

Reynolds, S., Waterhouse, K., Miller, K.H. (2001). Head of bed elevation, early walking and patient comfort after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Dimensions of Critical Care Nursing, **20(3)**:*44-51. Erişim 29.01.12, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22076400

Rolley, J.X., Davidson, P.M., Salamonson, Y., Fernandez, R., Dennisan, C.R. (2009). Review of nursing care for patients undergoing percutaneous coronary intervention= a patient journey approach. *Journal of Clinical Nursing, **18***:2394-2405. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19538559

Rolley, J. X., Smith, J., DiGiacomo, M., Salamonson, Y., Davidson, P. M. (2010 a). The caregiving role following percutaneous coronary intervention. *Journal Of Clinical Nursing, **20***:227-235. Erişim 30,05.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20550622

Rolley, J. X., Salamonson, Y., Dennison, R. C., Davidson, P. M. (2010 b). Development of clinical practice guidlines for the nursing care of people undergoing percutaneous coronary interventions: an Australian&New Zealand collaboration. *Australian Clinical Care, **23***:177-187. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20413321

Rothberg, M.B., Sivalingam, S.K., Ashraf, J., Visintainer, P., Joelson, J., Kleppel, R., Vallurupalli, N., Schweiger, M.J. (2010). Patients' and cardiologists' perceptions of the benefits of percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. *American Collage of Physicians, **153(5)***:307-314. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20820040

Selçuk, K., Avcı, D. (2016) Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, **7(1)***: 1-9. Erişim 17.06.2019, https://dergipark.org.tr/download/article-file/196091

Shoulders, B. (2008). Management of patients after percutaneous coronary interventions. *Critical Care Nurse, **28(5)***:26-42. Erişim 13.03.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18827085

Smith, J., Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, discriptive study. *Journal of Cardiovasculer Nursing, **16***:662-671. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17402947

Süt, H. (2009). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi: EQ-5D Ölçeğinin Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.

Stewart, D.E., Abbey, S.E., Shnek, Z.M., Irvine, J., Grace, S.L. (2004). Gender differences in health information needs and decisional preferences in patient recovering from an acute ischemic coronary event. *Psychosomatic Medicine, **66***:42-48. Erişim 06.06.2013, http://www.psychosomaticmedicine.org/content/66/1/42.long

Şekir, U., Akova, B., Saltan, Y. (2004). Miyokard infarktüsü sonrası aerobik egzersizin rolü. *Anadolu Kadiyoloji Dergisi, **4***:153-160. Erişim 04.06.2013, www.anakarder.com/tr/ozet/476/29/

Tarolli, K.A. (2007). Percutaneous interventions. *Critical Care Nurse, **30(1)***:12-19. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Percutaneous+interventions%2C+tarolli

The Ohio State University Medical Center (2008, Ağustos). *Teaching Guide, Topic: Atherectomy; PTKA; Stent*. Erişim 17.06.2011, http://medicalcenter.osu.edu/patientcare/atherectomy

The Pennine Acute Hospital (2011, Aralık). *Percutaneous Coronary Intervention (PCI) Discharge Information, A Guide For You And Your Relatives*. Erişim 15.06.2011, http://pennineacute.shared.hosting.zen.co.uk/uploads/20100709_0598_PI%28M%29PercutaneousCoronaryInterventionii.pdf

Thomas, R.J., King, M., Lui, K.,Oldridge, N., Pina, I.L., Spertus, J. (2010). AACVPR/ACC/AHA 2010 Update: Performance measures on cardiac rehabilitation for referral to and delivery of cardiac rehabilitation/secondary prevention services, *Journal Of The Amerikan College Of Cardiology, **56(14)***:1159-1167. Erişim 04.06.2013, http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1143711

Tok, A. (2006). *Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. Erişim 14.06.2011, www.turkiyeklinikleri.com/forward/55793

Tok, A., Çelik, S. (2009). Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastanın bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **13(2)***:60-67. Erişim 28.07.2011, http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/viewFile/2764/2713

Türk Kardiyoloji Derneği Klavuz Yayınları (2007, Ocak). *Perkütan Koroner ve Valvuler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu*. Erişim 13.06.2011, http://www.tkd.org.tr/~/media/files/tkd/kilavuzlar/ulusal-klavuzlar/tkd_perkutan_koroner_hbk.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı (2013) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Erişim: 19.11.14, http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/t.c._saglik_bakanligi_saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı (2016) *Sağlık İstatistikleri Yıllığı.* Erişim: 25.12.18, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0

Uysal, H. (2012). Kardiyak rehabilitasyon ve hemşirenin sorumlulukları. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, **3(3)***:49-59. Erişim 11.01.2014, www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdir=kvhd&plng=tur&un=KVHD-99608

Vancouver Coastal Health. (2010, Aralık). *Going home after percutaneous coronary ıntervention (PCI)*, Vancouver. Erişim 13.03.2013, http://vch.eduhealth.ca/pdfs/fd/fd.331.g561.pdf

Vlasic, W. (2004). Nursing care of the client requiring percutaneous coronary intervention. *Nursing Clinics of North America, **39***:829-844. Erişim 04.06.2013, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15561164

World Health Organization. (2014). Major causes of death. Erişim 01.10.2014 http://who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html

Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., Korkmaz, M. (2016) Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, **5(4)***:54-66. Erişim 17.06.2019, https://dergipark.org.tr/download/article-file/371619

Yıldız, H., Pınar, R. (2004). Miyokard infarktüslü hastalarda cinsel disfonksiyon. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi, **4***:309-317. Erişim 04.06.2013, http://www.anakarder.com/sayilar/32/buyuk/2004-309-3175.pdf

Zhao, Y., Wong, F.K.Y. (2009). Effects of a postdischarge transitional care programme for patients with coronary artery disease in China: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing, **18***:2444-2455. Erişim 29.01.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19619203

Zhao, C., Wang, X., Wu, X., Cui, L. (2011). Early and long-term outcomes after percutaneous coronary intervention of unprotected left main coronary disease with drug-eluting stents in patients with non-st-elevation acute coronary syndrome. *Canadian Journal of Cardiology, **27***:743–748. Erişim 03.09.2012, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21875777

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM UYGULANAN HASTALARIN BAKIMINI ÜSTLENEN BİREYLERİN EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ

VERİ TOPLAMA FORMU

FORM NO: |__|__|__|

Sayın katılımcı,

Gönüllülük esasına dayalı olan bu çalışmaya vereceğiniz katkı için teşekkür ederiz.

TARİH: _____

I. BAKIM VEREN BİREYİN TANITICI ÖZELLİKLERİ

1) Yaş: …….. |__|

2) Cinsiyet: Kadın |__| (1) Erkek |__| (2) |__|

3) Eğitim durumu:
a) Okuryazar değil (1)
b) Okuryazar (2)
c) İlköğretim mezunu (3)
d) Lise mezunu (4)
e) Lisans mezunu (5)
f) Yükseklisans mezunu (6)
g) Doktora mezunu (7)
h) Diğer (8)…… |__|

4) Medeni durumu: Evli |___| (1) Bekar |___| (2) |__|

5) Çalışma durumu: Evet |___| (1) Hayır |___| (2)

Evet ise; günde kaç saat…….

6) Bakımı üstlenen bireyin mesleksel aktivite durumu: |__|
a) Ağır aktivite gerektiren işte çalışıyor (1)
b) Orta aktivite gerektiren işte çalışıyor (2)
c) Hafif aktivite gerektiren işte çalışıyor (3)

7) Bakımı üstlenen bireyin bakım vermesini zorlaştıracak herhangi bir fiziksel sınırlılığı var mı? |__|
Evet |___| (1) Hayır |___| (2)

8) Bakımı üstlenen birey bakımı üstlenmeye istekli mi? |__|
Evet |___| (1) Hayır |___| (2)

9) Bakımı üstlenen birey bakımı üstlenme sebebiyle endişeli mi? |__|
Evet |___| (1) Hayır |___| (2)

Endişeli ise nedeni; ……

10) Hasta ile bakımını üstlenen bireyin yakınlık durumu nedir? |__|
a) Anne-Baba (1)
b) Kardeş (2)
c) Eş (3)
d) Nine-Dede (4)
e) 1.derece akraba (5)
f) Yeğen (6)
g) Kuzen (7)
h) Diğer (8)……

11) Hasta ile bakımı üstlenen birey aynı evde mi yaşıyor? |__|
Evet |___| (1) Hayır |___| (2)

II. HASTALARIN BAKIMINI ÜSTLENEN BİREYLERE YÖNELTİLEN EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNE İLİŞKİN SORULAR

12) Size hastanızın evdeki bakımına yönelik taburculuk eğitimi verildi mi? |__|
Evet |___| (1) Hayır |___| (2)

12.1) Eğer eğitim verildi ise taburculuk eğitimini hangi sağlık bakım profesyoneli verdi? |__|
a) Hekim
b) Hemşire
c) Hekim ve hemşire

12.2) Eğer eğitim verildi ise eğitim hangi yöntemle verildi? |__|

a) Sözlü	(1)	d) Sözlü ve Yazılı	(4)
b) Yazılı	(2)	e) Sözlü ve Görsel	(5)
c) Görsel	(3)	f) Yazılı ve Görsel	(6)

13) Verilen taburculuk eğitiminin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? |__|
Evet |___| (1) Hayır |___| (2) Kararsızım |___| (3)

Aşağıda belirtilen konularla ilgili bilgi verilip verilmeme ve bilgi verilmesini isteme durumuna göre ilgili bölüme X işareti koyunuz

KONU	Bilgi verildi	Bilgi verilmedi	Bilgi verilmesini istiyorum
14) Bacaklarda oluşabilecek damar tıkanıklığını erken dönemde fark etme açısından ayaklarda dolaşım bozukluğu belirti/bulgularını (renk, sıcaklık değişikliği, uyuşukluk, hareketsizlik) gözlemenin önemi hakkında			
15) Hastanızın pansuman bakımının nasıl yapılacağı hakkında			
16) Koroner damarları görüntülemek için verilen kontrast madde alerjilerinin belirti ve bulguları hakkında			
17) Kalp koroner damarlarını görüntülemek için verilen kontrast maddenin böbrekler üzerine olan yan etkileri hakkında			
18) Herhangi bir nabız/kalp ritmi değişikliği olduğunda ne yapmanız gerektiği hakkında			
19) Kalp ritim bozukluğunun erken dönemde tespit edilmesi için kalp ritminin nasıl değerlendirileceği hakkında			
20) Nabız kontrolünün nasıl yapılacağı hakkında			
21) Kalp ritim bozukluğunun önlenmesine yönelik olarak, ilaçların düzenli kullanımının önemi hakkında			
22) Hastanız için sigara ve alkolün olumsuz etkileri hakkında			
23) Hastanız için düzenli spor yapmanın olumlu etkileri hakkında			
24) Hastanızın kullanacağı ilaçlar hakkında			
25) Aspirin kullanımı hakkında			
26) Hastanızın işlem sonrası cinsel aktiviteleri hakkında			
27) Hastanızın işe ne zaman geri dönebileceği hakkında			
28) Hastanızın izlem randevularına gelmesinin önemi hakkında			
29) Hastanız şeker (diyabet) hastası ise ne sıklıkla şeker kontrolü yaptırmanız gerektiği hakkında			
30) Şeker kullanımının damarsal yapıya zararları hakkında			
31) Ne sıklıkla tansiyon kontrolü yaptırmanız gerektiği hakkında			
32) Ne sıklıkla kolesterol kontrolü yaptırmanız gerektiği hakkında			
33) Ne sıklıkla kalp ritim kontrolü yaptırmanız gerektiği hakkında			
34) Acil iletişim numaraları hakkında			

Aşağıda belirtilen konularla ilgili bilgi verilip verilmeme ve bilgi verilmesini isteme durumuna göre ilgili bölüme X işareti koyunuz

UYGULAMALAR	Bilgi verildi	Bilgi verilmedi	Bilgi verilmesini istiyorum
35) Hastanızın işlem sonrası 48 saat boyunca motorlu taşıt kullanmaması hakkında			
36) Hastanızın işlem sonrasında zorlayıcı ev işi yapmaması hakkında			
37) Hastanızın işlem sonrasında ağır yük kaldırmaması hakkında			
38) Hastanızın işlem bölgesini aşırı sıcak ya da soğuktan koruması hakkında			
39) Hastanızın işlem sonrası 24-48 saat boyunca yüzmemesi hakkında			
40) Hastanızın duş şeklinde banyo yapması hakkında			
41) Hastanızın duş sonrası ıslanan pansumanının değiştirilmesi hakkında			
42) Hastanızın güç gerektiren işlerden kaçınması hakkında			
43) Hastanızın kasık bölgesine herhangi bir krem, losyon uygulanmaması hakkında			
44) Hastanızın işlem bölgesinde morarma, ağrı hissi, kızarıklık ve sıcaklık artışı gibi belirtiler ortaya çıktığında en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması hakkında			
45) Hastanızın işlem bölgesinde kanama, şişlik ortaya çıktığında, kanayan bölgeye şiddetli bası uygulanması ve acil ambulans çağrısı ile en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması hakkında			
46) Hastanızın kalp damarlarını görüntülemeye yarayan kontrast maddenin vücuttan atılması için bol sıvı (2lt/gün) alması hakkında			
47) Hastanızın işlem sonrası idrar miktarında ve renginde bir değişiklik olduğunda acil olarak bir hekime başvurulması hakkında			
48) Hastanızın göğüs ağrısı, çarpıntı hissi, nefes darlığı gibi yakınmaları olduğunda en kısa sürede hastaneye başvurulması hakkında			
49) Hastanızın tuz, yağ ve kolesterolden fakir beslenmesi hakkında			
50) Hastanızın işlem sonrası kullanacağı antitrombolitik (kan sulandırıcı) tedavisi, kanama olasılığını arttırdığı konusunda			
51) Hastanızın işlem sonrası ilk 6 ay içinde koroner arterlerinde daralma riski olduğu hakkında			
52) Hastanızda işlem sonrası ilk 6 ay içinde kalp ritim bozuklukları olabileceği hakkında			

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 1699

Tarih : 19.10.2011

Konu : Doç. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN hk,

29.12.2011*037128

Sayın Doç. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Öğretim Üyesi

İlgi :10.10.2011 tarihli 815 sayılı yazınız

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz ve Cemile GÜLER'in yürüteceği 2011/1658-746 dosya numaralı "Perkütan koroner anjiografi uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin eğitim gereksinimleri" başlıklı tez çalışması kurulumuzun 14.10.2011 tarihli 03 sayılı toplantısında etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. A. Yağız ÜRESİN
İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

Eki: Tutanak

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Perkütan koroner anjiografi uygulanan hastaların bakımını üstlenen bireylerin eğitim gereksinimleri			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Seher DENİZ ÖZTEKİN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıklar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐		
		Yüksek Doz Araştırması	☐		
		Diğer ise belirtiniz :	TEZ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ X	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL X	ULUSLARARASI ☐

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	10.10.2011		Türkçe X İngilizce ☐ Diğer☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer☐
	OLGU RAPOR FORMU	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	☐		Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐	
	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	X	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgu Rapor Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:03**	**Tarih: 14/10/2011**
	İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı **Doç. Dr. Seher DENİZ ÖZTEKİN ve Cemile GÜLER'in** koordinatörlüğü ve sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda bilgileri verilen tez başvuru dosyası ve araştırma ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir..	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	19.08.2011 tarihli, 28030 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki *		Katılım **		İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı	E■	K☐	E☐	H■	E■	H☐	
Prof. Dr. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	E☐	K■	E☐	H■	E■	H☐	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Romatoloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E■	K☐	E☐	H■	E■	H☐	
Prof. Dr. Rukiye EKER ÖMEROĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İstanbul Tıp Fakültesi	E☐	K■	E☐	H■	E■	H☐	
Prof. Dr. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul Tıp Fakültesi	E■	K☐	E☐	H■	E■	H☐	
Prof. Dr. Pınar SAİP	Onkoloji	İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü	E☐	K■	E☐	H■	E■	H☐	
Dr. Muhtar ÇOKAR	Deontolog	İstanbul İnsan Kaynağını geliştirme Vakfı	E■	K☐	E☐	H■	E■	H☐	
Prof.Dr. Ayşen BULUT	Halk Sağlığı	Emekli	E☐	K■	E☐	H■	E☐	H■	T.KATILMADI
Doç.Dr. Tufan TÜKEK	İç Hastalıkları	Okmeydanı Eğitim ve Araş.Hast.İç Hast.1.Dahiliye Kliniği	E■	K☐	E☐	H■	E■	H☐	
Prof. Dr. Ünal KUZGUN	Ortopedi	Şişli Etfal E. ve Arş. Hst	E■	K☐	E☐	H■	E☐	H■	T.KATILMADI
Prof. Dr. Ahmet O. ARAMAN	Eczacılık	İ.Ü. Eczacılık Fakültesi	E■	K☐	E☐	H■	E☐	H■	T.KATILMADI
Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK	Hukukçu	İstanbul Üniversitesi	E☐	K■	E☐	H■	E■	H☐	
Prof. Dr. Demir TİRYAKİ	Biyofizik	Emekli	E■	K☐	E☐	H■	E■	H☐	
M. Kerim AKMAN	İİBF iktisat bölümü	Özel (Ekonomist)	E■	K☐	E☐	H■	E■	H☐	
Dr. Sevda ÖZEL	Biyoistatistik	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	E☐	K■	E☐	H■	E■	H☐	

* :Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

AMERİKAN HASTANESİ

Amerikan Hastanesi
Güzelbahçe Sokak, No:20 Nişantaşı,
34365 İstanbul / Türkiye
Telefon : 444 3 777
Faks : 0 (212) 311 21 90
Web site : www.amerikanhastanesi.org
e-posta : info@amerikanhastanesi.org

07.02.2012

Sayı : B.30.2.İST.0.Y4.72.00/1287
Konu : Uygulama izni hk

T.C. İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı,

Üniversiteniz Yüksek Lisans öğrencisi Sn. Cemile GÜLER'in "Perkütan Koroner Anjiografi Uygulanan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Eğitim Gereksinimleri" konulu tez çalışmasını yapabilmesi konusundaki izin isteğiniz uygun görülmüştür.

Saygılarımla,

Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

PERKUTAN KORONER GIRISIM UYGULANAN HASTALARIN BAKIMINI USTLENEN BIREYLERIN EGITIM GEREKSINIMLERI

ORIJINALLIK RAPORU

%9	%7	%3	%7
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
3	www.tkd-online.org İnternet Kaynağı	%1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	www.ulusaltezmerkezi.net İnternet Kaynağı	<%1
8	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Cemile	**Soyadı**	Güler
Doğum Yeri	Tosya/Kastamonu	**Doğum Tarihi**	23.04.1986
Uyruğu	T.C.	**Tel**	05443505422
e-mail	cemilekaplan@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	**Mezuniyet Yılı**
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2007
Lise	Fatma Emin Kutvar Anadolu Lisesi	2003

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Hasta İlişkileri Uzman Yardımcısı	Koç Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Bölümü	Mart 2019 - Halen
Sorumlu Hemşire	Koç Üniversitesi Hastanesi Kalp Cerrahisi Yoğun Bakım	2017-2019
Sorumlu Hemşire	Koç Üniversitesi Hastanesi Erişkin Yoğun Bakım	2016-2017
Sorumlu Hemşire	Koç Üniversitesi Hastanesi Pediyatri Yoğun Bakım	2016
Ekip Lideri Hemşire	Amerikan Hastanesi Koroner Yoğun Bakım	2009-2013
Hemşire	Amerikan Hastanesi Koroner Yoğun Bakım	2007-2009

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi	-	-

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf, vb. olarak değerlendirin.

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
Les Puanı	71.877	69.393	65.485

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma Becerisi**
SPSS	İyi
Microsoft Office	İyi

Yayınları/ Tebliğleri Sertifikaları/ Ödülleri

- CPR sertifikası (2018/Koç Üniversitesi Hastanesi)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası, 2010.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Sinema, müzik, seyahat etmek, okumak