



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN HEMŞİRENİN HASTA EĞİTİMİNDEKİ
ROLÜNE YÖNELİK GÖRÜŞLERİ**

N. SİM AYGÜL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ÖĞRETİMİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd.Doç. Dr. Sevim ULUPINAR ALICI

İSTANBUL- 2009



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTALARIN HEMŞİRENİN HASTA EĞİTİMİNDEKİ ROLÜNE
YÖNELİK GÖRÜŞLERİ**

N. SİM AYGÜL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ÖĞRETİMİ

ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd.Doç. Dr. Sevim ULUPINAR ALICI

İSTANBUL- 2009

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi: Yüksek Lisans (x) Doktora ()

Anabilim Dalı : Hemşirelik Öğretimi


Tez Sahibi : N. Sim Aygöl

Tez Başlığı :Hastaların Hemşirenin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Görüşleri

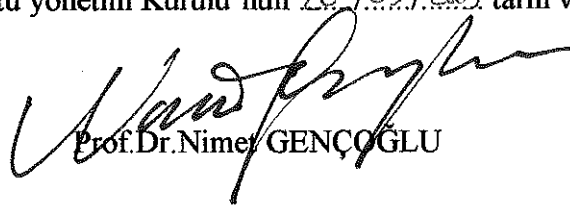
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Haydarpaşa

Sınav Tarihi : 12 Mart 2009/ 11:00

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman	Kurumu	İmza
Yrd. Doç.Dr. Sevim Ulupınar Alıcı	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Sınav Jüri Üyeleri		
Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
Yrd. Doç. Dr. Yasemin Ergün	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 26.103/12009 tarih ve 23. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

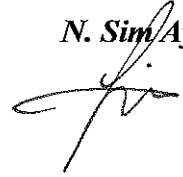

Prof.Dr.Nimer GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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 olmadığı beyan ederim.

N. Sim/Aygül



30.03.09

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince yardım ve desteğini esirgemeyen'' İyi ki bu bölümde yüksek lisans yapıyorum'' dedirten danışman hocam Sayın Yrd.Doç.Dr. Sevim ULUPINAR ALICI' ya,

Tezimin her aşamasında destek olan hocam Sayın Yrd.Doç.Dr. Cengiz KARAGÖZOĞLU' na

Memorial Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü başta olmak üzere, Eğitim hemşiresi Aysun ÖNEYMAN' a,

Eğitimim ve tez çalışmam süresince bana destek olan tüm arkadaşlarıma, beni her adımında destekleyen, güvenen ve cesaret veren anneme,

İçtenlikle çok teşekkür ederim.

N. Sim AYGÜL

I. İÇİNDEKİLER

	SAYFA
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Hasta Eğitimi ile İlgili Temel Kavramlar	5
4.1.1.Eğitim	5
4.1.2.Yetişkin Eğitimi	6
4.1.3.Sağlık Eğitimi	8
4.1.4.Hasta Eğitimi	10
4.2. Hasta Eğitim Standartları ve Yönetmelikler	14
4.3. Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Süreci ve Hemşirenin	17
Eğitimci Rolü	
4.3.1.Veri Toplama	22
4.3.2.Tanımlama	24
4.3.3.Planlama	24
4.3.4.Uygulama	26
4.3.5.Değerlendirme	27
4.4. Kardiyovasküler Hastalıkların Tedavi Sürecinde Hemşirenin	28
Eğitimci Rolü	
5. GEREÇ ve YÖNTEM	34
5.1. Araştırmanın Tipi	34
5.2. Araştırmanın Yeri, Tarihi ve Özellikleri	34
5.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	35
5.4. Veri Toplama Aracı	35
5.5. Verilerin Toplanması	35
5.6. Verilerin Analizi	36
6. BULGULAR	37
6.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve İlgili Karşılaştırmalar	38
6.2. Hasta ve Yakınlarının Eğitim Sürecine Yönelik Veriler ve İlgili	42

Karşılaştırmalar	
6.3. Hemşirelerin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Veriler ve İlgili Karşılaştırmalar	54
7. TARTIşMA	56
7.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	57
7.2. Hasta ve Yakınlarının Eğitim Sürecine Yönelik Verilerin Tartışılması	59
7.3. Hemşirelerin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Verilerin Tartışılması	64
8. KAYNAKLAR	69
9. EKLER	75
Ek 1. Anket Formu	76
Ek 2. Yazılı İzinler	80
Ek 3. Hasta Hakları Yönetmeliği	82
10. ÖZGEÇMİş	84

II. TEZ İÇİNDE KULLANILAN KISALTMALAR

CABG	: Koroner Arter Bypass Greft
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
JCAHO	: Joint Commission Accreditation of Healthcare Organization (Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu)
KVC	: Kardiyovasküler Cerrahi

III. TABLOLARIN LİSTESİ

	SAYFA
Tablo 1	Hemşirelik Süreci ile Hasta Eğitim Sürecinin Karşılaştırılması 21
Tablo 2	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı 38
Tablo 3	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Sağlığa Zarar Verici Alışkanlıklarının Karşılaştırılması 39
Tablo 4	Hastaların Hastalıkları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerinin Dağılımı 41
Tablo 5	Hastaların Öğrenim Düzeyi ile Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Karşılaştırılması 41
Tablo 6	Hastaların Oldukları Ameliyat ile Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması 42
Tablo 7	Hastanelere Göre Hastaların Hastaneye Kabulde Bilgi Aldıkları Kişilerin Karşılaştırılması 44
Tablo 8	Hastanelere Göre Ameliyattan Önce Hemşireden Bilgi Alan Hastaların Karşılaştırılması 4
Tablo 9	Hastanelere Göre Hastaların Ameliyattan Sonra Bilgi Aldıkları Kişilerin Karşılaştırılması 5
Tablo 10	Hastanelere Göre Hastaların Taburculukta Bilgi Aldıkları Kişilerin Karşılaştırılması 45
Tablo 11	Hastaların Hastalıkları Sürecinde Bilgi Aldıkları Konuların Dağılımı 46
Tablo 12	Hastanelere Göre Hastalara Hastaneye Kabulde Verilen Bilgilerin Karşılaştırılması 47
Tablo 13	Hastanelere Göre Taburculukta Verilen Bilgilerin Karşılaştırılması 48
Tablo 14	Hasta Eğitimi Uygulamaları ile İlgili Verilerin Dağılımı 49
Tablo 15	Hasta Yakınlarının Eğitimi ile İlgili Verilerin Dağılımı 51
Tablo 16	Hastanelere Göre Hasta Yakınlarının Bilgilendirilme Durumunun Karşılaştırılması 52
Tablo 17	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Bilgi Verilmesini Tercih Ettikleri Yakınlarının Karşılaştırılması 53

Tablo 18	Hastaların Hemşirelerin Yaptığı Eğitim Etkinliklerine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı	54
Tablo 19	Hastanelere Göre Eğitim Hemşiresinden Eğitim Almak İsteyen Hastaların Karşılaştırması	55
Tablo 20	Hastaların Hemşirelerden Aldıkları Bilgilerin Yeterli Olduğunu Düşünmeleri ile Hastalıkları Süresince Verilen Bilgilerin Karşılaştırılması	55

IV. ŞEKİLLERİN LİSTESİ

SAYFA

Şekil 1	Daha Önce Hastanede Yatma Deneyiminin Dağılımı	40
Şekil 2	Hastaların Geçirdiği Ameliyat Türlerinin Dağılımı	40
Şekil 3	Hastaların Hastalıkları Süresince Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı	42
Şekil 4	Hastaların Hastalıkları Süresince Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Kaynaklar Tarafından Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı	43
Şekil 5	Hastaların En Fazla Öğrenmek İstedikleri Konuların Sıralaması	50

1. ÖZET

Araştırma; kardiyovasküler cerrahi operasyonu geçirmiş hastaların bilgilendirilme durumlarını ve hastaların hemşirenin eğitimci rolü ile ilgili görüşlerini incelemek amacıyla yapıldı. Örneklemi, İstanbul ilinde biri özel diğeri kamu hastanesinde yatan KVC operasyonu geçirmiş 148 hasta oluşturdu. Veriler, hastaların tanıtıcı bilgileri, hastalıkları hakkındaki bilgisi, hasta yakınlarının eğitimi ve hemşirenin hasta eğitimindeki rolünü içeren 34 soruluk bir anket formuyla toplandı. Hastaların %68'i devlet hastanesinde, %32'si özel hastanede yatmaktadır, yaş ortalaması 56,6'dır. Hastaların %65'i erkek, %86'sı evli, %57'si ilköğretim mezunu, %43'ü serbest meslek sahibidir, yarısından fazlası baypas operasyonu geçirmiştir. Yatış süresi ortalaması 10 gündür. Hastaların öğrenim seviyesi yükseldikçe, hastalıkları hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme oranları artmaktadır, daha çok baypas operasyonu geçirmiş hastalar bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Hastaların tamamına yakını hastalıkları süresince bilgi aldığını ifade etmiştir. Hastalar hastaneye yatış öncesinde, hastaneye kabulde, ameliyat öncesinde ve taburculuk sürecinde en fazla doktorlar tarafından bilgilendirilmekte, bunu hemşireler izlemektedir. Tüm süreçlerde özel hastanede tedavi gören hastalar daha fazla bilgilendirilmiştir. Hastalar; ameliyat süreci, ameliyat günü yapılacaklar, ayağa kalkma, göğüs kemiğinin korunması konularında daha fazla bilgilendirilmiştir. Hastaların, en fazla sözlü olarak bilgilendirildiği ve broşür verildiği belirlenmiştir. Hastalar, eşleri ve çocuklarına bilgi verilmesini istemişlerdir. Hastalar, hasta eğitimlerinde en fazla, doktor, hastaya bakan hemşire ve eğitim hemşiresinin rol alması gerektiğini ifade etmiştir. Hastaların yarısından fazlası hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bulmuş, çoğu hemşirelerin ilgisinden memnun kalmış, hemşirelere rahatça soru sorabilmiş ve aldıkları cevapları yeterli bulmuştur. Hastaların tamamına yakını hastanede özel bir eğitim hemşiresinin olmasını gerekli bulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Eğitim Hemşireliği, Hasta Eğitimi, Kardiyovasküler Cerrahi.

2. SUMMARY

Patient's Opinions About Nurse's Role of Patient Education

Survey is performed to investigate informational condition of cardiovascular surgery operation patients and their ideas about nurse's role of patient education. Study sampling is composed of 148 cardiovascular surgery operation's patients. Data is obtained by an inquiry form with 34 questions containing information of patient's demographic information, illness information, patient's family education and nurses' role of patient education. It was determined that 68% of patients are treated in public hospital, 32% treated in private hospital, the average age is 56,6. 65% of them are male, 86% are married, 57% are graduated from secondary school, 43% are self-employed, more than 50% had bypass operation. The average hospitalization duration is 10 days. Approximately total amount of patients implied that they were informed about their illnesses. Before treatment, at patient's acceptance, before operation and discharge, patients are informed mostly by doctors, nurses are following them. At the whole process patients treated in private hospitals are informed more. Patients are informed mostly under the subject of operation period, actions on operation day, stand up and prevention of sternum. It was found that patients are informed mostly in verbal and brochures are given to them. Patients preferred their spouse and children to be informed. Patients think about that doctor, nurse and patient educator should take more role in patient's education. More half of them found the information given by nurses adequate and most of them are satisfied by nurses' relation, they could ask easily question and are answered adequately. Approximately total patients think about that an executive educator nurse is necessary in hospital.

Key Words: Patient education role of the nurse, patient education, cardiovascular surgery.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Günümüzde, en sık görülen hastalıkların başında kalp hastalıkları gelmektedir. Kalp damar hastalıklarının oluşmasında en önemli etkenler tütün kullanımı, kötü beslenme, hareketsizlik ve alkol kullanımındır. Bu etkenlerin tümü yaşam tarzı değişiklikleriyle düzeltililebilecek sağlığa zararlı alışkanlıklardır. Davranış değişikliği sağlamanın yolu bireyin bilinçlendirilmesinden geçmektedir. Eğitimin amacı, bireylerin sorun çözme becerilerini geliştirmek, ihtiyaç duyduğu bilgiyi sağlamak veya beceriyi kazandırmak, içinde bulunduğu duruma uyumunu sağlamak ve geleceğe hazırlamaktır (Eroğlu ve Büyüköner 2008, Büyükaşık 2008).

Ülkemizde, sağlık eğitimi yetersiz düzeydedir. Sağlık çalışanlarının tamamına yakını hasta ile karşılaştığında sorunu anlık çözmeye ve tedavi etmeye odaklanır. Aslında bu karşılaşmalar birer fırsat olarak algılanmalı ve toplumun sağlığının yükseltilmesine yönelik sağlık eğitimleri yapılması gerekir. Sağlık çalışanları gerek tedavi edici hizmetlerde hasta uyumunu sağlamak için, gerekse koruyucu hizmetlerde, her fırsatta sağlıklı ve hasta bireylere eğitim vermelidir (Aktürk 2005).

Sağlık çalışanlarının en önemli görevlerinden biri sağlıklı ve hasta bireylere yönelik eğitimidir (Rankin and Stallings 2001). Hastanın bilgi alma ve soru sorma hakkı, hasta hakları içinde vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Hastanın hastalığa ve hastaneye uyumunu kolaylaştırma, korkularını azaltma, olası yan etkileri önleyebilmede eğitimin etkili olduğu konuyla ilgili araştırmalarda vurgulanmaktadır. Hasta eğitimi, hastaların yaşam kalitelerini arttırma, eski durumlarına daha rahat dönmelerini sağlama, maddi ve manevi kayıpları önleme açısından da çok büyük öneme sahiptir (Erdemir 2008).

Hastaların eğitimi ve bilgilendirilmesinde sağlık ekibinin tüm üyelerine görev düşmektedir. Ancak, hasta ile 24 saat iletişim içinde olan hemşireler eğitimde çok daha fazla rol üstlenmektedir.

Hemşireler birer hasta eğitimcisidirler. Hasta eğitimi hemşirelerin değişen rolleri arasında en önemli olanlardan birisidir. Hemşireler toplum ile en fazla ilişki kuran bir

meslek grubu olarak, sağlık ekibi içinde önemli yere sahiptirler. Bireyin hastalığa yönelik endişe ve sorunlarla baŐa çıkabilmesi, hastalığa uyum sağlayıp gerekli davranış değişikliği ve yaşam biçimini gerçekleŐtirebilmeleri için eğitime, rehberliğe ve desteğe gereksinimi vardır. Hemşire bu süreçte eğitimci rolü kapsamında ekip içi iletişimi sağlayan, danışman ve kaynak kişi olma sorumluluğunu üstlenmiŐtir (Babacan 2008).

Hasta eğitimleri yalnızca hastaya verilen eğitimler değildir. Hastanın yakın çevresinde kim varsa, onun bakımını üstlenen ya da ailesinden olan kişilere de hastanın hastalığı hakkında, dikkat edilmesi gerekenler ve daha birçok konu hakkında eğitim verilmelidir. Hasta ve ailesi bir bütün olarak dŐnlmelidir.

Kalp hastalıklarının dünyada ve ülkemizde görülme sıklığı giderek artmakta olup en önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiŐtir. Kardiyovasküler cerrahi (KVC) hastaları, diğer hastalara göre ölüm korkusunu daha sık yaŐamakta ve ameliyat sonrası yaŐamlarına uyumda daha fazla zorlanmaktadırlar (Oğuz 2003). Bu konuda hasta eğitimine duyulan ihtiyaç tartışılmazdır. Araştırmada KVC hastalarının eğitimleri, hemşirelerin yaptığı hasta eğitimi etkinliği açısından ele alınmıştır.

Araştırmanın amacı; KVC operasyonu geirmıŐ hastaların bilgilendirilme durumlarını ve hemşirenin eğitici rolüne ilişkin görüşlerini incelemektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Hasta Eğitimi ile İlgili Temel Kavramlar

4.1.1. Eğitim

Eğitim bireyin yaşamı boyunca sürmekte olup, yaşam boyu kazandığı deneyimlerin ve bilgilerin tümünü oluşturmaktadır (Taşocak 2003, Küçükahmet 1997). Ertürk'e (1984) göre eğitim, bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istendik değişime meydana getirme sürecidir (Önder1986, Erden 1998).

Eğitim, insanın değerler sistemini ve inançlarını etkileyerek hayata bakışını belirler. Hayatı daha iyi anlamasını ve onu daha üretken çabalarla daha güvenli ve huzurlu kılmasını sağlar. Bilerek düşünmeye, yaratıcılığa, kişinin içinde bulunduğu kalıpları kırmasına, sınırlarının dışına çıkmasına, dünyaya daha esnek ve daha geniş bir bakış açısıyla bakmasına olanak sağlar (Barutçugil 2002).

Eğitimin amacı, bireylerin sorun çözme becerilerini geliştirmek, herhangi bir konuda ihtiyaç duyduğu bilgiyi sağlamak veya beceriyi kazandırmak, içinde bulunduğu duruma adaptasyonunu sağlamak ve geleceğe hazırlamaktır (Kemertaş 1999).

Eğitimin kapsamı, bilgi ve beceri yönünden olumlu davranışlar geliştirme, bireyin ilgi, ihtiyaç, yatkınlık ve yeteneklerine göre yararlı gelişmeler kazandırılmasıdır (Kemertaş 1999).

Eğitim ve öğrenme konuları, tüm yaşamımızda, çok önemli bir yer tutmakta ve başarımızı, mutluluğumuzu, güvenliğimizi, sağlığımızı ve ilişkilerimizi etkileyen çok önemli sonuçlar yaratmaktadır (Barutçugil 2002).

Eğitim süreci, öğretme ve öğrenme süreçlerini içine almakta olup, onlardan daha geniş bir anlam ifade etmektedir. Eğitim sürecinin üç temel ögesi bulunmaktadır. Bunlar; amaç, öğrenme-öğretme etkinlikleri ve değerlendirmedir (Erden 1998). Eğitim süreci boyunca, öğrenme ve öğretme etkinliklerine başvurularak, bireyin istenilen davranışları kazanmasına çalışılır. Eğitim sonunda da eğitim etkinliğinin amacına ulaşıp ulaşmadığını anlamak amacıyla değerlendirme yapılır (Önder 1986, Hesapçioğlu 1994).

Eğitimde bilgi dahil, her türlü deneyim üzerinde durulur. Bu tecrübeler eğitsel olabilir ya da olmayabilir. Öğretim ise gdmldr, planlıdır, programlı ve desteklidir (Küçükahmet 1997). Okçabol' a (1996) göre öğrenme, bilgi ve beceri kazanma davranış değişikliği ve dış uyarıcılara yanıt olarak gelişen bireysel bir olaydır ve kişiye göre farklılık göstermektedir. Bireylerin ğrenme türü, hızı ve kapasitesinin birbirinden farklı olduğu, uygun bir öğrenme ortamı sağlandığında tüm bireylerin öğrenebileceği belirtilmektedir (zden 1998, Taşocak 2003).

Hemşirelik topluma hizmet eden bir meslektir. Toplumun gelişmesinde sağlıklı bireylerin yetişmesinde, sağlığın sürdürülmesinde ve yükseltilmesinde önemli rol oynar. Hemşireler hastanelerde, kliniklerde, okullarda, işyerlerinde, sağlık merkezlerinde ve daha birçok yerde ulaştıkları bireyleri toplu yada bireysel olarak eğitir ve bilgilendirirler. Diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte toplumun sağlık davranışları kazanmalarına yardımcı olurlar (Bahar ve Bayık 1998).

4.1.2. Yetişkin Eğitimi

Yetişkin, kendisinin ve başkalarının yaşamını sürdürebilmek için üretim yapabilecek ve gereken kararları, kendi başına alabilecek biçimde bedensel ve ruhsal gelişimini tamamlamış, içinde yaşadığı toplum tarafından kabul edilen bireydir. lkeden ülkeye, kültürden kültüre farklılıklar göstermekle birlikte Dünya Sağlık rgt'nün yetişkin tanımı 24 yaş zerindekileri kapsamaktadır. Ülkemizde ise, zihinsel bir engel bulunmaması koşuluyla 18 yaşını geçen her birey yasal olarak yetişkin (reşit) sayılmaktadır (Ulusoy Gökkoca 2001b).

Bireyin ğrenmesi rastlantısal veya planlı eğitim etkinlikleri şeklinde olsa da, sadece planlı eğitim etkinliklerine "yetişkin eğitimi" denilmektedir. Yetişkin eğitimi, bireylerin yeteneklerini, yaşamlarını ve davranışlarını geliştirmek, değiştirmek ve iyileştirmek amacıyla planlı olarak yapılan eğitimlerdir. Her alanda ve her zaman yapılabilen, planlı ve amaçlı olarak uygulanan eğitim çalışmalarıdır (ltanır E. ve ltanır G. 2005, Ulupınar, Kaya 1995).

Yetişkinlerin öğrenmeye yönelik tutumları çocuklara göre daha farklıdır. Yetişkinlerin öğrenme özelliklerine dair çeşitli araştırmalarda genellikle aşağıdaki özelliklerin olduğu belirtilmektedir;

- Yetişkinler soruna ya da fırsata odaklanırlar “nasıl” sorusuna cevap ararlar. Yalnızca bilmek ihtiyacında oldukları konulara odaklanırlar.
- Uygulamaya kolay geçirebilecekleri ve hemen uygulayabilecekleri bilgiler ve anlamayı kolaylaştırıcı örnekler isterler.
- Eğitimlerin mevcut bilgilerinin üstüne bilgi katmasını isterler.
- Öğrenme sürecinde uygulama yaparak öğrenmeyi tercih ederler. Eğitimin temposu, konuların sıralaması, katılım derecesi, geri bildirim ve takdir gibi konularda söz sahibi olmak isterler.
- Farklı hızlarda ve farklı tarzlarda öğrenirler. Bu nedenle bir eğitimde değişik eğitim yöntemlerinin bir arada kullanılması yararlıdır.
- Eğitimin sonucunda neler elde edeceklerini öğrenmek isterler. Eğitimin akışını, konuların birbiriyle bağlantısını anlamak isterler.
- Zamanının değerini çok iyi bilirler ve eğitim zamanının etkin ve verimli kullanılması isterler (Barutçugil 1999).

Yetişkinlere eğitim verilmesi söz konusu olduğunda, yetişkin eğitimine özel yaklaşımları uygulamak bu eğitimin daha etkili olmasını sağlayacağından oldukça önemlidir (Ulusoy Gökkoca 2001b).

Yetişkinlerde öğrenme yeteneğinin bireyin yaşıyla ilgisi onun fiziksel durumuna, öğrenim düzeyine ve kişiliğine bağlıdır. Kişilerin eğitim durumları ile sağlık düzeyleri arasında çok yakın bir ilişki vardır. Örgün eğitime yeterince devam edemeyen kişiler, umutsuzluk duygusu içinde olanlar öğrenme etkinliğine katılmaktan kaçınabilirler. Eğitimci tarafından eğitim verilecek kişilerin eğitim düzeyleri göz önünde bulundurulmalıdır (Okçabol 1996, Özden 2003).

Thorndike (1928), yaşlanan kimsenin zekasının azalmadığı ve öğrenme yeteneğinin anlamlı düzeyde gerilemediğini savunmuştur. Genel sağlık ve enerji, öğrenmeye ilgi duyma, merak unsuru, çıkan fırsatlar öğrenmeyi zekadan daha çok etkilemektedir. Yetişkinlerde az ya da sınırlı öğrenme, konuya ilgisizlik yada uygun eğitim şartlarının

oluşturulamamasından dolayıdır. Ayrıca çevresel etkenler; ısı, ışık, gürültü, kalabalık ortamlar öğrenmeyi etkilemektedir (Okçabol 1996).

Hemşireler eğitimin etkinliğini arttırmak için yetişkin eğitimi ilkelerini göz önünde bulundurmalıdır. Eğitim planlanırken toplumsal ve kültürel değerler, sağlık inançları, sosyo-ekonomik yapı dikkate alınmalıdır. Toplum sağlığı denilince ilk akla gelenlerden biri sağlık eğitimidir. Hemşire, halk sağlığı alanında sağlık eğitimcisi, hastanelerde hasta eğitimcisidir (Şenyuva ve Taşocak 2007).

4.1.3 Sağlık Eğitimi

Bir eğitim dalı olan “Sağlık Eğitimi”, akut ve kronik hastalıkların önlenmesinde; koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin sağlanmasında sağlık ekibi tarafından yapılan eğitimlerden oluşan bir süreçtir (Aykut ve ark.1999).

Bireyin, iyi hal durumunda olması ve bu durumu sürdürmesi böylesi karmaşık etkileşimlere bağlıdır. Elbette bu sürecin sağlıklı işlemesi ve rastlantısallıktan kurtarılması gerekmektedir. Bu yaklaşım profesyonel bir meslek olarak sağlık eğitiminin doğmasına neden olmuştur (Şahin 2005).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre sağlık eğitimi; sağlığı geliştiren, hastalıklardan koruyan, hastalıkları tedavi eden ve rehabilitasyon sağlayan davranışları teşvik etmektir. Bireyler, aileler, gruplar kurumlar ve toplumların ilgi ve ihtiyaçları sağlık eğitimi programlarının hedeflerini oluşturur (Aykut ve ark.1999). Sağlık eğitimi, bireylere özgü sürekliliği olan bir öğrenmeyi sağlamayı, bireylerin sağlıkla ilgili doğru kararlar almalarını sağlamak, sosyal yaşantılarını olumlu yönde değiştirmelerini ve bireysel sağlığın yükseltilmesini hedeflemektedir (Michigan Department of Education Health 1998).

Sağlık eğitimi; insanlara sağlıkları ile ilgili bilmediklerini öğretmek demek değil, sağlıkları ile ilgili davranışlarında değişiklik yapmak, alışmadıkları iyi uygulamalara alışmalarını sağlayarak, iyi davranışları alışkanlık haline getirmelerini sağlamaktır (Tabak 2000).

Sağlık eğitiminin temel amacı, bireylere ve topluma, kendi çaba ve davranışları yoluyla sağlıklı bir yaşam sürmeleri için yardımcı olmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için sağlık eğitimi, öncelikle, sağlıkla ilgili her türlü öğrenmeyi destekler ve gelişmesini sağlar. Bireylerde farkındalık yaratarak, inanç ve değerlerini etkiler. Tutumların değiştirilmesini ve yeni davranışlar kazanılmasını sağlar.

Sağlık eğitimi bireylerin yaşam biçimlerini olumlu yönde etkiler (Tabak 2000). Ayrıca bireylerin ve toplumun, sağlık kuruluşundan faydalanmaya alıştırılmasıyla, sağlık sorunlarına çözüm bulmalarının kolaylaştırılması ve sağlığın değerini iyi anlamaları sağlanmaktadır (Özden 2003).

Sağlık eğitimi ilkelerine uyularak verilen eğitimde eğitimi etkileyen içsel etmenler; fizyolojik ve psikolojik etmenler, kişilik özellikleri, dışsal etmenler; kültürel, sosyal, toplumsal ve ekonomik etmenlerdir (Sözen 2009).

Sağlık eğitimi toplumların gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar gösterir. Gelişmiş bir toplumda kişi kendisine söz ve yazı ile aktarılan düşünce ve öğütlere uyabilir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sağlık eğitimi bilgi aktarma eylemi olarak düşünülebilir. Yazı ve söz ile kolayca etkilenme olgunluğuna erişememiş kişilerin yaşadığı toplumlarda ise; "sağlık eğitimi, yalnızca kişiye söz ve yazı göstererek bilgi aktarma değil, ona yeni bir davranış kazandırmak, kazandığı bilgiyi kullandırmaya alıştırmaktır". Az gelişmiş toplumlarda kişilerin yanlış inanç, bilgi ve alışkanlıkları çoğu kez, kültürlerinin bir parçası olduğu için, sağlık eğitiminin toplumsal boyutu da vardır. Bu nedenle sağlık eğitimi çalışmaları yalnız birey düzeyinde değil, toplum düzeyinde ele alınır (Ulusoy Gökkoca 2001a).

1593- 224 sayılı kanunlara göre sağlık eğitimi hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, teknisyenin görevi ve sorumluluğudur. Sağlık eğitimcileri kişilerin sağlıklı yaşam biçimleri geliştirmeleri amacıyla, onlara gerekli bilgiyi kazandıran, tutum ve davranış değişikliği yaratan ve bu işi profesyonelce yürüten kişilerdir.

Sağlık eğitimcisi;

- Toplum tarafından tanınan, güvenilen
- Toplumun istek, ihtiyaç ve amacına uygun konular seçebilen
- Eğitim vereceği kişilerin kültürel ve sosyal yapısını bilen

- Anlaşılır bir dil kullanan
- Eğitim verirken kişilere saygılı
- Sevecen anlayışlı yaptığı işi seven
- Eğitim konusunu, planlamasını, uygulamasını ve değerlendirmesini doğru bir şekilde yapabilen kişidir (Sohbet 1999).

Hemşireler; halk sağlığı merkezleri, hastaneler, evler, klinikler, okullar, endüstri alanları, cezaevleri ve ordu gibi geniş bir hizmet alanında eğitim yaparlar. Eğitim yoluyla hastalar ve yakınları, ilaç kullanımı, egzersiz, beslenme, uyku, temizlik gibi konularda bilgi almış olurlar. Sağlık eğitimiyle bireyler hastalıklardan korunmayı, sağlıklarını geliştirmeyi öğrenirler.

Hemşireler eğitim hizmetleri ile ilgili olarak topluma kapsamlı sağlık eğitimi verilmesinde görev alırlar. DSÖ' nün “ Herkese Sağlık” hedeflerine ulaşılabilmesi için değişim elemanı olarak görülen ve desteklenen hemşireler, doktorlardan çok bireylerin eğitiminde giderek artan bir rol üstleneceklerdir (Karanisoğlu 1999). Sağlık eğitimi sağlık bireyin sağlık davranışlarını yükseltmesinde, hasta bireyin iyileşme sürecinde uygulanır. Sağlık eğitimi hasta eğitimini de kapsamaktadır.

4.1.4 Hasta Eğitimi

Tarihte ilk olarak hasta eğitimi çalışmalarıyla tanınan kuruluş İtalya'daki “Palermo Tıp Okulu”dur. Bu okul 1414 yılında bir kitap yayınlamıştır. Kitapta şiiirle sağlık kuralları anlatılmaktadır. Sağlık ve hasta eğitimi ile ilgili ilk çalışmalar, 19.yüzyılda Florance Nigthingale ve onun fikirlerine sahip olan hemşireler tarafından, hastalar ve ailelerine hasta bakımı, temizlik konularında yapılan eğitimlerle başlamıştır. Hasta eğitimi terimi ise 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. 1960'lar da Virginia Henderson ile hasta eğitim ile ilgili çalışmalar artış göstermiştir. II. Dünya savaşından sonra uzun süreli hastalıklardaki artış, geniş eğitim gereksinimi ile rehabilitasyon alanındaki gelişim, hasta eğitiminin gerekliliğine ortaya koymuştu. Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasında öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir. Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu hasta eğitimini, “Sağlığı iyileştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek

bilgi, beceri ve tavırlarını değiştirmek” olarak tanımlanmıştır. Hasta eğitimi hastanın yaşam kalitesini arttırmasına yardımcı olmaktır (Özden 2003, Rankin and Stallings 2001, Özkan 2003, Özer, şahin, Dağdeviren ve Aktürk 2002, Harm 2001).

Hasta eğitimi, hasta bireyi yan etkilerden, hastalığa etki edebilecek diğer sağlık sorunlarından korumayı, hastanın potansiyeli doğrultusunda mümkün olan en kısa zamanda fiziksel, psikolojik ve sosyal hayatında kendine yetebilecek duruma gelmesi, varolan ya da olası sorunlarını giderecek, sağlığı geliştirip sürdürmesini sağlayacak davranış değişikliklerinin kazanılmasına yardımcı olmayı amaçlayan, sağlık profesyonelleri tarafından yapılan bir eğitimidir (şenyuva ve Taşocak 2007, Maycock 1991).

Ülkemiz, hasta eğitimi açaşından yetersiz düzeydedir. Sağlık hizmetlerinin tamamına yakını, sorunu o an için çözmek ve tedavi etmeye odaklıdır. Bireylere yönelik eğitim materyalleri kitapçıklar, broşürler hazırlanmasında ise Sağlık Bakanlığı’nın yanında bazı bireysel girişimler bulunmakla beraber, bunların da yetersiz kaldığı görölmektedir. Bu nedenlerle bir ekip işi olan sağlık eğitiminde sağlık çalışanları koordinatör ve danışman rolü oynayabilirler (Aktürk 2005).

Avrupa’da her birey yılda ortalama 6 kez sağlık hizmeti için bir sağlık kurumuna başvurmaktadır. Bu oran Türkiye’de yaklaşık 1,6’dır. Her ne kadar diğer Avrupa ölkeleriyle karşılaştırıldığında daha düşük müş gibi gözükse de toplumun bütün fertlerinin yılda iki kez sağlık ekibiyle karşılaştığı göz önüne alınırsa bunun eğitim açaşından da önemli bir fırsat olduğu görölmektedir. Sağlık ekibinin bu konuda bilinçli olmaları, ardından da uygun eğitimi en başarılı bir şekilde verebilecek bilgi, beceri ve araç gereçle donatılmış olmaları gerekmektedir (Aktürk 2005).

Hasta eğitimleri yalnızca hastaya verilen eğitimler değildir. Hastanın yakın çevresinde kim varsa, onun bakımını üstlenen ya da ailesinden olan kişilere de hastanın hastalığı hakkında, dikkat edilmesi gerekenler ve daha birçok konu hakkında eğitim yapılmalıdır. Hasta ve ailesi bir bütün olarak düşünölmelidir (şenyuva ve Taşocak 2007).

Hasta ve ailesinin eğitimi rasgele yapılmaz, planlaması, ulaşılması gereken hedefler ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin değerlendirmenin olması gerekir. Hasta ve ailesinin eğitimi, sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez bir unsuru olmalıdır ve eğitime yönelik mali destek, kaynaklar ve zaman ayrılması önem taşır. Hasta ve ailesinin eğitimi süreklilik gerektirir. Eğitimin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi tekrarlayan bir süreç halindedir ve ailesi ile planlanarak gerçekleştirilmelidir (Gündoğdu 2004).

Sağlık çalışanları için hasta memnuniyeti ve beklentileri dışında pek çok neden hasta eğitimini gerekli kılar. En önemlileri hizmet kalitesinin artırılması ve hastayla daha iyi ilişki kurulmasıdır. Böylece verilen hizmete ve tedavilere uyum artacaktır. Tedaviye uyum artışı başarıyı ve eğitim uyumunu artıracak, daha iyi sağlık düzeyine ulaşılabilecek, yan etkiler azalacak ve ölüm riski daha aza indirilebilecektir (Özer ve ark. 2002).

Hasta eğitimini etkileyen hastaya bağlı faktörler; hastalığın etkileri, ağrı, yorgunluk, gibi fizyolojik etmenler; hastalığa adaptasyon, öğrenmeye hazır bulunuşluk, anksiyete, depresyon gibi psikolojik etmenler; yaş, gelişme düzeyi gibi biyolojik etmenler; geçmiş öğrenme deneyimleri, tutum ve inançlar ve sosyo- kültürel- ekonomik etkenler, aile ve çevre olarak belirtilmektedir. Diğer etkenler, sağlık personeli, sağlık politikaları, uygun fiziksel koşullar, sağlık personelinin eğitim konusundaki bakış açısı ve yeterliliğidir (Redman 1998, Tahoma 1999, Rankin and Stallings 2001, Kayış 2003, Taşocak 2003, Şenyuva ve Taşocak 2007)

Eğitim etkinliklerinde bireyin öğrenmesini kolaylaştıran, destekleyen güvence altına alan çeşitli faktörlerin, ilkelerin dikkate alınması gerekmektedir. Hasta ve ailesinin eğitiminde etkin ve verimli davranış değişikliği oluşturmada etkili bazı faktörler vardır.

Lindeman (1988), hasta eğitiminin sonuçlarını etkileyen beş faktör olduğunu araştırmasında belirtmiştir. Hastaların öğrenmelerini etkileyen faktörler; hastaların kişilik özellikleri, eğitim veren hemşirenin kişilik özellikleri, hastalığın spesifik özellikleri, uygun eğitim ortamı ve zaman, kullanılan eğitim yöntemidir (Rankin and Stallings 2001).

Hastaların kişilik özellikleri değerlendirildiğinde, öğrenme güdüsü ve öğrenme yeterliliği hasta eğitimi sonuçlarını etkiler. Taşocak' a göre (2003), öğrenme güdüsü, hastayı öğrenme amaçlı olarak harekete geçiren bir güç, ya da başka bir deyişle öğrenmeye

hevesli ve istekli olma durumudur. Hastanın öğrenme güdüsü yada motivasyonu, eski haline geri dönmeyi istemesi, ihtiyaçları, hastalığı algılayışı, duygusal durumu, kişilik özellikleri, sağlık inancı, dikkat ile doğrudan ilişkilidir Eğitimci hastanın motivasyonunu destekleyebildiği konularda arttırarak verdiği eğitiminin etkinliğini arttırabilir. Eğitimcinin ve eğitimin başarısı bu etkenlere bağlıdır (Redman 1997, Taşocak 2003, Sohbet 1999).

Bireyin yeni bilgi, beceri, tutum ve davranışı kazanabilmesi için algılama ve kavrama yeteneğine sahip olması gerekir. Hastanın bilişsel gelişimi onun algılama düzeyini, sorun çözme yeteneğini oluşturur. Yaş, bireyin gelişim düzeyi ve hedef davranışları kazanabilmesinde fiziksel ve psikomotor gelişimin göstergesi olarak değerlendirilir.

Eğitim araçlarının eğitim hedeflerine uygun olarak seçimi ve etkin kullanımı son derece önemlidir. Eğitime uygun olan araç-gereç ve materyal kullanıldığında eğitimin etkinliği artar.

Eğitim verecek olan hemşire, eğitim vereceği kişilerin kültürel ve sosyal yapısını bilen, kolay anlaşılır bir dil kullanan, hastanın mahremiyetine saygılı, işinin önemini farkında olan ve severek yapan, deneyimli, dikkatli, hastayı soru sormaya cesaretlendirici davranan, hastalığı spesifik özelliklerini bilen, eğitim sürecini doğru bir şekilde sistemli olarak uygulayabilen ve değerlendirebilen olmalıdır (Sohbet 1999).

Öğrenme için uygun ortam denilince, fiziksel ve sosyal her şey akla gelmektedir. Isı, ışık, ses, havalandırma, heyecan, rahat hissetme ve stres eğitim sürecini olumlu- olumsuz etkilemektedir. Eğitimin etkinliği açısından hastanın bilgilendirme ve eğitimleri sağlık personelinden nerede aldığı önemlidir. Eğitim genel olarak hastanelerde, ilk olarak acil serviste başlar. Daha sonra hastalığın tedavi sürecine göre devam eder. Hastanelerde doktor odası, hemşire odası, hasta odası, bahçe ve koridorlar hastaların bilgilendirildikleri yerlerdir. Özel bazı hastanelerde hastaların eğitimi için ayrılmış eğitim odaları da bulunmaktadır. Ancak ülkemizde bu uygulamayı yapan hastanelerin sayıları azdır. Özel hastanelerde bu uygulamaya daha sık rastlanmaktadır (Sözen 2003, Bulut 2006).

Hemşireler ve sağlık profesyonelleri hasta eğitimi sürecinde hastayı çevresiyle, yaşam şartlarıyla bir bütün olarak düşünmelidir. Hemşireler birer hasta eğitimcisidirler (Gündoğu 2004).

4.2 Hasta Eğitim Standartları ve Yönetmelikler

Joint Commission on Accreditation of Health care Organization* (JCAHO), tarafından 1990 yılından bu yana sağlık kuruluşlarının hasta eğitiminde dikkate almaları gereken standartlar geliştirilmiştir. JCAHO' nun oluşturduğu hasta ve ailesinin eğitimi standartları sağlık bakım yetkililerine yol gösterir. JCAHO standartları, bir hasta eğitim komitesi ya da hemşire veya hasta eğitimi için görevlendirilmiş diğer sağlık bakım meslekleri gibi özel bir yapıyı gerektirmemektedir (Özkan 2003, Babacan 2008).

JCAHO'nun belirttiği hasta eğitiminin amacı, hastanın kendi bakım kararlarına katılması ve sağlık davranışlarını yükseltmesi, işine geri dönmesi, ihtiyacı olan beceri ve bilgileri kazanması için hastayı etkilemektir. Davranış değişikliği hasta eğitiminin hedeflenen ve beklenen sonucudur. Hastaların hasta eğitimini anlatan, bir televizyon programını izleyerek, bir broşürü okuyarak veya eline yapılması gerekenlerin olduğu basit bir listeyi okuyarak davranışlarını değiştirmesi beklenemez. Davranış değişikliğini oluşturmak için hemşire, terapötik bir ilişkiyle bireyi tüm çevresiyle değerlendirmeli ve gereksinimlerini düşünerek hasta eğitimini gerçekleştirmelidir.

JCAHO 2000'de belirlenen hasta eğitimi standartları;

1. Standart 1: Kuruluş, hasta ve yakınlarının bakım kararları ve bakım sürecine katılımını desteklemek için eğitim sağlar.

Standardın amacı: Sağlık kuruluşlarının, hasta ve ailelerini bakım süreçleri ve kararları içinde yer alabilecek bilgi ve becerilere sahip olacak şekilde eğitmesini sağlamaktır. Her hastanın gereksinim duyduğu eğitimi almasını temin etmek üzere eğitim planlanır. Kuruluş, eğitim kaynaklarını verimli ve etkili bir şekilde nasıl organize edeceğini belirler. Bu yüzden kuruluş bir eğitim koordinatörü veya bir eğitim komitesi tayin etmeyi seçebileceği gibi, tüm çalışanların koordineli olarak eğitim sunması için de çalışabilir.

*Joint Commission, sağlıkta kalite ve güvenliği artırmaya yönelik çalışmalar yapan ve uygun olan sağlık kuruluşlarına akreditasyon (uyum belgesi) belgesi veren bir organizasyondur. 1917 yılında "Hospital Standardizations" adıyla kurulmuş, 1951 yılında "Joint Commission on Accreditation of Health care Organization" (JCAHO) ismini almıştır.

2. Standart 2: Her hastanın eğitim ihtiyacı değerlendirilir ve hasta dosyasına kaydedilir.

Standardın amacı: Hastanın eğitim ihtiyaçları saptanıp kayıtlarına geçirildiğinde, hastaya bakım sunan herkesin eğitim sürecine katılmasına yardımcı olunmuş olur.

3. Standart 3: Eğitim ve öğrenim, hastaların süregelen sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olur.

Standardın amacı: Hastalar süregelen sağlık ihtiyaçları veya sağlık hedeflerine ulaşmak için takip edilmiş olurlar.

4. Standart 4: Hasta ve ailesinin eğitimi, hastanın bakımına uygun olarak, şu başlıkları içermelidir. İlaçların güvenli kullanımı, tıbbi cihazların güvenli kullanımı, ilaç ve yiyecekler arasındaki olası etkileşimler, beslenme kılavuzları, ağrı yönetimi ve rehabilitasyon teknikleri.

Standardın amacı: Kuruluş, hastalar için yüksek risk taşıyan alanlarda rutin eğitim sağlamış olur. Eğitim, önceki fonksiyonel düzeylere geri dönüşü ve optimal sağlığın korunmasını destekler.

5. Standart 5: Eğitim yöntemleri, hasta ve ailesinin değerlerini ve tercihlerini dikkate alır ve öğrenmenin meydana gelmesi için hasta, aile ve personel arasında yeterli bir iletişime imkan sağlar.

Standardın amacı: Hastalara ve ailelere uygun eğitim yöntemlerini belirlemektir.

6. Standart 6: Sağlık profesyonelleri, hastanın eğitim alabilmesine yardımcı olmalıdır.

Standardın amacı: Sağlık çalışanları hasta eğitiminde işbirliği yaparak eğitimlerin kalitesini ve etkinliğini arttırmış olurlar (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, JCI , 2008).

JCAHO standartları, eğitim programının amaçlarına ulaşmasına, eğitimlerin etkinliğinin artırılmasına, hasta ve ailenin eğitimine ve hastanelerin hizmet içi eğitimlerine odaklanır (Özkan 2003). Eğitimlerin başarılı olması için bu standartların öneminin hastane yönetimi ve sağlık eğitimcileri tarafından benimsenmesi ve uygulanması gerekmektedir.

Hasta eğitimi aynı zamanda yasayla da desteklenmiş bir haktır. Sağlık Bakanlığı tarafından “**Hasta Hakları Yönetmeliği**” hazırlanarak Ağustos 1998’de Resmi Gazete’de yayınlanıp yürürlüğe girmiştir (Ek 3). Hasta Hakları Yönetmeliği “sağlık kuruluşuna sağlık hizmeti almak için başvuran herkesin hizmetten faydalanma, eşitlik içinde hizmete ulaşma, kurumu seçme ve değiştirme, personeli tanıma, seçme ve değiştirme, bilgi isteme ve alma, mahremiyet, rıza ve izin, tedaviyi reddetme ve durdurma, güvenlik, dini ibadetlerini yerine getirebilme, saygı görme, rahatlık, ziyaret edilebilme, refakatçi bulundurma, müracaat, şikayet ve dava hakkı, sürekli hizmet alma hakkı” başlıklarında hasta haklarını ele almıştır (Öztürk, Yılmaz, Hindistan, Çilingir ve Yeşilçiçek 2007).

Hasta Hakları Yönetmeliği’ nin 15.maddesinde hastaların genel olarak bilgi isteme haklarının olduğu ifade edilmektedir. Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir. Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir (T.C. Resmi Gazete, 8 Ocak 1998, sayı: 23420)

Bu bilgiler hastalara hastanelerdeki hasta hakları birimleri tarafından ya da hasta eğitimi kitapçıkları, rehberleri ile duyurulur.

Hasta eğitimi bu madde kapsamında yer alır. Hemşireler hastanın bilgi alma hakkının olduğunu bilincinde olarak bilgilendirme ve eğitimlerini uygularlar. Teke ve arkadaşlarının (2000), hemşirelerin hasta hakları konusunda bilgi ve tutumlarını değerlendirdiği bir araştırmada; hastanın sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi yazılı veya sözlü olarak isteyebilme hakkı konusuna hemşirelerin %90 katılıyorum %10 oranında katılmıyorum cevabını verdikleri görülmüştür. Hastanın eğitim alma hakkıyla birlikte, eğitim süreci başlar.

4.3 Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Süreci ve Hemşirenin Eğitici Rolü

Hemşireliğin temel işlevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlamlın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içermektedir. Bu etkinlikler içinde sağlıklı, hasta bireye ve ailesine eğitim yapmak önemli bir yer tutmaktadır (Bahar ve Bayık 1998, Taşocak 2003)

Sağlık ekibi içinde hemşirelerin bakım verici karar verici ve hasta hakları savunuculuğu, eğiticilik gibi birçok rol ve işlevleri vardır (Erdemir1998). Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasında sağlık eğitimi birinci basamak sağlık kuruluşlarında sunulması gereken hizmetler içinde yer almaktadır. Sağlık mevzuatında da sağlık ocaklarında görev yapan hekim, hemşire, ebe halkı sağlıkla ilgili konularda eğitmekle görevlendirilmiştir (Aykut ve ark. 1999, Özkan 2003).

Hemşirenin bireye ve aileye yapacağı eğitimin üç temel amacı vardır. Bunlar; sağlığın devamı ve hastalıkların önlenmesi, sağlığın yeniden kazandırılması ve hastalıkla baş etmedir. Sağlığın devamı ve hastalıkların önlenmesi içinde sağlığı korumaya ve yükseltmeye ilişkin uygulamalar yer almaktadır. 21. yüzyılda herkes için sağlık temel hedeflerinin hepsinde bireylerin yaşam boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları konusunda eğitilmelerine ve bu hedeflerin 11.sinde ise 2015 yılına kadar, toplumdaki tüm bireylerin daha sağlıklı yaşam biçimine kavuşturulmalarına dikkat çekilmektedir. Bu amaçlara ulaşmak için bireylere eğitim verilmesi şarttır (Aykut ve ark. 1999).

Bir hastalık veya yaralanma sonucunda bazen hastaların tümüyle iyileşmeleri söz konusu değildir. Bu durumda hemşirenin bireye hastalıkla nasıl baş edeceğini, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi için öğrenmesi gereken bilgi ve becerileri öğretmesi gerekir. Örneğin; hasta kalp krizi sonrası fiziksel aktivite kısıtlaması, diabette insülin kullanması, diyet uyması ve egzersizlerine göre diyet ve insülini ayarlaması gibi konularda yeni bilgi ve becerilere ihtiyaç duyabilir. Oldukça karmaşık olan, birçok yeni bilgi beceri gerektiren bu durumlara bireyin uyum sağlayabilmesi ve en kısa zamanda kendi sorumluluğunu alabilmesi için hemşirenin bireye ve ailesine eğitim yapması gerekir.

Çocuklar gelişimsel özellikleri nedeniyle, yaşlılar ise yaşlılığın getirdiği kısıtlılıklar nedeniyle kendi sorumluluklarını alamayabilirler, her iki grupta da aile mutlaka bilgilendirilmelidir. Hastalıkla baş etmede; hemşirenin eğitim alanları; evde bakım, ilaç, diyet, aktivite, kalıcı bozuklukların rehabilitasyonu (fizik terapi, iş terapisi, konuşma terapisi), komplikasyonların önlenmesi, risk faktörlerini bilme, tedavi uyumsuzluklarını önleme, çevre değişiklikleri vb. konular olabilir (Bayat 2005).

Sağlık kuruluşlarında yatarak tedavi gören hastaların eğitimi, tedavi ve bakımın başarılı sürdürülebilmesi ve yan etkilerin önlenmesi açısından oldukça önemli bir konudur ve hastanın tedaviye diyet programına uyumunu, hastalığı ile ilgili yeni ve doğru davranışlar kazanmasını sağlar. Hasta ve yakınlarının eğitimi hastanın doktoru, hemşiresi, diyetisyeni ve fizyoterapisti tarafından verilmelidir. Ancak hasta ile en fazla iletişimde olan hemşire olduğu için diğer sağlık profesyonellerine göre hasta ve yakınlarının eğitiminde hemşire daha aktif rol oynar. Hasta eğitiminin hedeflerine ulaşmasında hemşirenin hasta eğitimi konusundaki deneyimi, becerisi, isteği, bilgi birikimi ve eğitimci rolünü benimsemiş olması etkilidir (Esen, Akyol ve Ergün 1997, Rankin and Stallings 2001).

Hemşirelerin, eğitimi rollerinin bir parçası olarak görebilmeleri için motive edilmeleri gerekmektedir. Hemşireler hastalık ve bakım kadar, mesleki rolleri hakkında da bilgi sahibi olmalıdır. Hemşire eğitimci rolünün farkında olmalı ve hastaların beklentilerine cevap verebilmelidir (Kruger 1987).

Kruger (1987), hemşirelerin hasta eğitimindeki rollerini nasıl algıladığını araştırdığı çalışmada; hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta eğitiminin hemşirenin sorumluluğu olduğuna inandığını ancak hasta eğitimi konusunda yeterince eğitim almadığını, destek ve motivasyona ihtiyaçları olduğunu belirlemiştir. Yapılan çalışmalar bu bulguları desteklemekte, hasta eğitim aktivitelerinin yeterli olmadığını, hasta eğitiminin hemşirenin önemli bir sorumluluğu olduğunu fakat tam olarak uygulanmadığını göstermektedir (Taoklam 1991, Thoma 1999, Babacan 2008).

Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri 3 grup içinde ele alınabilir:

1. Primer Bakım: Sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma
2. Sekonder Bakım: Sağlığın yeniden kazandırılması
3. Tersiyer Bakım: Rehabilitasyon hizmetleri

Primer bakım; sağlam bireylere beslenme ve diyet, hijyen kuralları, aile planlaması gibi eğitimlerle kişilerin sağlık ve refah seviyelerini yükseltmeye, hastalıklardan korumaya yardımcı olmak için uygulanır. Sekonder bakım; sağlığın yeniden kazanılmasını sağlama, hastalıkların ilerlemesi önleme erken tanı ve tedavi koyulmasını sağlama, ilaçlar, komplikasyonlar, hastalık hakkında bilgileri içerir. Tersiyer bakım; Hastalık sonucunda kişinin engellik haline ve yaşam tarzı değişikliklerine hazırlayan, egzersiz, ilaç kullanımı, fizyoterapi gibi konuları içerir (Atalay 1997, Babacan 2008).

Hemşirenin bir eğitimci olarak etkinliği, onun yalnızca eğitime yeteneğine sahip olmasına bağlı olmayıp, kendini bu rolde donanımlı olmasına da bağlıdır. Hemşire, bakımdaki temel uygulamalar kadar eğitimle ilgili bilgi, beceri, tutum ve davranışı da kazanmış olmalıdır (Taşocak 2003).

Hasta eğitimi verecek hemşirenin özellikleri;

- Eğitim vereceği konularda yeterli bilgiye ve deneyime sahip
- Bildiklerini aktarmada gerekli beceriye sahip
- Hastaların ihtiyaçlarını belirleyen
- Hastayı öğrenme için motive edebilen
- Eğitim yöntem ve araçlarını doğru ve etkin kullanabilen
- Kendini sürekli mesleki ve kişisel özellikler açısından geliştiren
- Danışman rolüne sahip
- Sabırlı, kibar, hoşgörü sahibi
- Kişiler arası ilişkileri iyi
- Araştırmacı
- Diğer sağlık personeliyle işbirliği içerisinde hareket eden
- Eğitim formasyonu almış olmalıdır (Assal 1998, Rankin and Stallings 2001).

Hasta eğitiminde hemşireler bazı alanlarda uzmanlaşmışlardır. En eski ve en iyi geliştirilmiş uzmanlık örneği diyabet eğitim hemşireliğidir (Redman 1997). Diyabet eğitim hemşireliği dışında, stoma bakım hemşireliği, kardiyak rehabilitasyon eğitim hemşireliği, evde bakım hemşireliği, aile planlaması eğitim hemşireliği, anne sütü ve emzirme eğitim hemşireliği gibi farklı branşlarda da hemşireler tarafından hasta eğitimi yapılmaktadır.

Eğitim, hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle hemşirelik uygulamalarında bilimsel tutum, sistematik düşünce ve sorun çözme ile başlayan hemşirelik süreci hasta eğitimi süreciyle sistematik olarak ortaktır. Hasta eğitimi, hemşirelik sürecinde koyulan bir hemşirelik tanısı ile başlar. Hemşire, hastanın bakım gereksinimlerini planlarken eğitim gereksinimlerini de bireye özgü olarak planlar (Şenyuva ve Taşocak 2007, Erdemir 1998, Smith Boswell 1993).

Hemşire hastaya sağlık bakımı ile ilgili kavramları açıklar. Hasta ve ailesinin bakıma etkin katılımlarını sağlar. Öğrenmeyi destekler ve gelişimini (davranış değişikliğini) değerlendirir (Erdemir 1998). Bir hemşire hasta eğitimini gerektiği gibi vermede başarısızsa ve hastada yanlış eğitimden dolayı zarar görmüş ise hemşire bu hatası için dava edilebilir. Hasta eğitimini vermede başarısız olan hemşirelerin, hastanın sorduğu sorulara da cevap verme yetersizliği de artar (Özkan 2003, Irwin 1972).

Hemşirelik süreci, birbirini izleyen ve bütünleyen her biri eşit öneme sahip, her birinin doğruluk ve etkinliği diğerlerine yansıyan, fakat her birinde farklı yöntemler kullanılan; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme, kaydetme aşamalarından oluşur (Şanlı 1992).

Tablo 1. Hemşirelik Süreci İle Hasta Eğitim Sürecinin Karşılaştırılması

Temel Aşamalar	Hemşirelik Süreci	Hasta Eğitim Süreci
Veri toplama	Bireyin/ hastanın fiziksel psikolojik, sosyal, kültürel, gelişimsel ve spiritual gereksinimleri konusunda bireyin kendisinden, ailesinden, tanı testlerinden, kayıtlardan, hemşirelik öyküsünden, literatürden veri toplamak	Bireyin kendisinden, ailesinden, çevresinden, tıbbi kayıtlarından, hemşirelik öyküsünden, Bireyin/hastanın, öğrenme gereksinimleri ve öğrenme yeteneğine yönelik veri toplamak
Tanı koyma	Uygun hemşirelik tanıları belirlemek	Öğrenmenin 3 tipini (bilgi, tutum, beceri) esas alarak bireyin öğrenme gereksinimlerini belirlemek
Planlama	Bireye özel bakım planı geliştirmek	Eğitim amaçlarını saptamak Bireyin öğrenme gereksinimlerini göz önüne alarak öncelikleri belirlemek
Uygulama	Hemşirelik bakım girişimlerini uygulamak Bireyi bakıma aktif olarak katmak , uygunsuz aileyi de bakıma katmak	Eğitim planı üzerinde hasta ile işbirliği içinde olmak Kullanılacak eğitim metodunu hasta ile birlikte belirlemek Eğitim yöntemlerini uygulamak Bireyi, öğrenme aktivitelerine aktif katmak, uygunsuz aileyi de katmak
Değerlendirme	Hemşirelik bakımına ait istenilen sonuç ve amaçlara ulaşıp ulaşılmadığını tanımlamak.	Eğitim- öğrenme sürecinin sonuçlarını belirlemek. Bireyin eğitim amaçlarına ulaşma düzeyini değerlendirmek Gerekirse eğitimi tekrarlamak
Kaydetme		

Bayat (2005) Öğretim süreci ve hemşirelik

Tablo 1’de görüldüğü gibi eğitim süreci, hemşirelik süreci ile paralel giden bir süreçtir. Hemşirelik süreciyle bireyin sağlık bakım gereksinimleri belirlenir. Bireyin durumuna göre hemşirelik tanıları konur. Bakım planı bireye özel olarak hazırlanır, uygulanır ve değerlendirme aşamasında bireyin bakım amaçlarını ne kadar karşılayabildiğine bakılır. Bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenerek hemşirelik tanılarının konulduğu aşamada aynı zamanda bireyin eğitim ihtiyacı olduğu da belirlenir.

Eğitim gereksinimine ilişkin bir tanı konuğunda eğitim bakım planının bir parçası olur ve böylece eğitim sürecide başlar. Eğitim beş basamaklı bir süreçtir. Eğitim sürecinin basamakları aşağıdaki şekilde açıklanabilir (Bayat 2005):

4.3.1 Veri Toplama

Bu aşamada hemşire bireyin eğitim gereksinimlerini, motivasyonunu, öğrenme yeteneğini, yaş ve eğitim durumlarını göz önünde bulundurularak eğitim kaynaklarını analiz eder ve eğitim içeriğini belirler. Yetişkinde eğitim gereksinimlerini saptamada temel olarak bireyin kendi değerlendirmesi önemlidir ve eğitim bireyin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yapılmaktadır. Eğitim gereksinimleri aynı zamanda bireylerin davranışlarından, sorularından da anlaşılabilir. Bireyin öğrenme gereksinimleri iyileşme sürecine göre değişebilir. Gereksinimler hasta hastaneye yattığında, taburcu olduğunda ve evinde kendi bakımını üstlendiği zamanlarda farklı olabilir. Bu nedenle hemşire hastanın potansiyel gereksinimlerini değerlendirmesini bir süreç içinde yapmalıdır (Springhouse 2002, Taşocak 2003).

Hemşire bireyin dikkat süresini, hafızasını, konsantrasyon yeteneğini hemşirelik öyküsünü alırken öğrenmelidir. Fiziksel sağlığın kötü olması, yorgunluk, bitkinlik, soru ve kavramları anlama yetersizliği dikkat süresini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle eğitim bireyin fiziksel, ruhsal ve zaman açasından eğitim için hazır olduğu zamanda yapılması eğitimin etkinliği açasından önem taşır. Hastanın öğrenmeye hazır olduğunu düşünüren örnek sorular: durumum nedir?, neden başıma geldi?, ne yapmam gerekir?, evde ne olacağım?, bana kim yardım edebilir?... gibi sorulardır. Birey öğrenmeye hazır değilse durumdan kaçabilir, başkalarının kendisi için bu bakımı yapacağını düşünebilir, baş ağrısı, mide problemi gibi somatik semptomlar gösterebilir. Bu bulgular bireyin öğrenmeye hazır olmadığını gösterir. Bireyin olgunluğu, yeterliliği ve yaşı eğitimde önem taşır bu nedenle hemşire bu özelliklere uygun veri toplamalıdır. Ayrıca ailenin inanç ve tutumları, ailenin kaynak ve işlevsel yeterliliği göz önünde bulundurulmalıdır (Rankin and Stallings 2001, McCann 2002, Bayat 2005, Uzun 2007).

Öğrenmeyi etkileyen diğer bir özellik motivasyondur. Motivasyon bireyin öğrenmeyi isteyip istemediğini tanımlayan bir iç uyandır ve bir kişinin harekete geçmesini sağlar. Dış motivasyon ise hastanın öğrenmeye isteğini arttırmak için ona psikolojik destek vermekle sağlanabilir. İyi iletişim hasta eğitiminin anahtarıdır (Maycock 1991).

Hemşire eğitim planına başlamadan önce, bireylerin var olan olgunlaşma ve fizyolojik gelişim düzeylerini, entelektüel yeteneklerini ve bilgi düzeylerini, belirleyen verileri toplamalıdır. Uygun biyolojik, motor, dil ve sosyal gelişim olmaksızın, öğrenme sağlanamayabilir. Psikomotor becerileri öğrenme bireyin gücüne, koordinasyon yeteneğine, görme ve işitme gibi duyarının keskinliğine bağlıdır. Örneğin bir bireyin vücudunun üst kısmında yeterince güç yoksa yataktan sandalyeye geçiş öğretilemez, eğer gözleri zayıf görüyor, veya bandajı sıkıca kavrayamıyorsa elastik bandaj uygulama öğretilemez. Bu nedenlerle hemşire bireyin tüm bu özelliklerini belirlemeye yönelik veri toplamalıdır. Diğer taraftan çevre öğrenmeyi güçleştirebilir veya hoş bir hale getirebilir. Hemşire eğitim çevresini belirlerken eğitim yapılacak kişilerin sayısını bilmeli, eğitimi yalnız mı tercih ediyor aile üyelerinin katılımını istiyor mu bireye sormalıdır. Eğitime uygun bir çevre oluşturabilmek için ortamın ısı, nem, ışıklandırma, aydınlatma, gürültü, havalandırma, mobilya, koku gibi fiziksel özelliklerini belirlemelidir. Çünkü sürekli devam eden gürültü ve bölünmeler eğitimi olumsuz etkileyebilir. Ayrıca öğrenmeyi etkileyecek olan din, sosyo kültürel faktörler, daha önceki tecrübeleri gibi özelliklerin veri toplarken belirlenmesi gerekir. Verilerin sistematik olarak toplanabilmesi için hastalıkların özellikleri dikkate alınarak hazırlanmış formlar kullanılmalıdır (Bayat 2005, Şenyuva ve Taşocak 2007).

Öğrenme için diğer önemli bir nokta kaynaklardır. Hasta birey, ailenin diğer üyelerinin veya kendisi için önemli olan diğer kişilerin desteğine ihtiyaç duyabilir. Bu durumda hemşire ailenin ve arkadaşlarının hastanın bakımı için gerekli bilgileri öğrenmeye karşı istekli ve yetenekli olup olmadıklarını belirlemelidir (Bayat 2005).

4.3.2 Tanılama

Hasta eğitimi sürecinin ikinci aşamasında hemşire toplanan verileri çözümleyip, yorumlayıp, gruplandırarak hastanın öğrenim gereksinimlerine karar verir ve sorunu tanırlar. Tanılama aşaması, hastanın öğrenme gereksinimleri ve öğrenme hazırlığı ile ilgili bilginin sistematik bir şekilde toplanmasına yol gösterir. Eğitim gereksinimine ilişkin bir tanı konduğunda eğitim bakım planının bir parçası olur ve böylece süreç başlar. Birçok hemşirelik tanısı öğrenme gereksinimleri ile ilgilidir. Her bir tanı ifadesi hastanın öğrenme gereksinimini ve nedenini tanımlar (Taşocak 2003, Bayat 2005, Şenyuva ve Taşocak 2007).

Öğrenme alanları (bilişsel, duyuşsal, davranışsal) dikkate alınarak belirlenen ve hastanın öğrenme gereksinimlerini belirten hemşirelik tanıları, ilgili hemşirelik kuruluşlarının (NANDA vb.) önerisi doğrultusunda “Bilgi eksikliği” olarak ifade edilir. Öğrenmenin üç alanı (bilgi, tutum, beceri) ile tanıları sınıflamaya çalışmak hemşireye neyi nasıl öğreteceğine yardım eder. Bu üç alana örnek olarak; yeni tanılanmış hastalığa, yeni önerilen tedaviye bağlı bilgi eksikliği (bilgi), prognozu yanlış anlamaya bağlı bilgi eksikliği (tutum), beceride deneyimsizliğe bağlı bilgi eksikliği (beceri) tanıları verilebilir (Taşocak 2003, Bayat 2005, Moyet 2005, Şenyuva ve Taşocak 2007).

Bir işlem öncesi spesifik bir eğitim gerekiyorsa, hemşirelik tanısı olarak alıılmadık bir çevre ya da işleme bağlı anksiyete tanısı kullanılır. Eğer bilgi, evdeki öz-bakım ile ilgili olarak bireye/aileye yardım etmek için veriliyorsa terapötik bakımın etkin olmayan yönetimi tanısı gerekli olabilir. Eğitimle ilgili tanıya; “öz bakım önlemlerine ilişkin bilgi eksikliğine bağlı anksiyete”, “kanama belirti ve bulgularına ilişkin bilgi eksikliğine bağlı anksiyete” tanıları örnek verilebilir. Konulan hemşirelik tanılarında hastanın eğer birden fazla öğrenim gereksinimi varsa hemşirenin öncelikleri belirlemesi gerekir. Bunun için hemşire tanılarını spesifik olarak belirlemelidir (Bayat 2005, Moyet 2005).

4.3.3 Planlama

Akcin (2000), hasta eğitiminin başarıyla sonuçlanması yapılacak planlamaya bağlı olduğunu ifade etmiştir. Toplanan verilere dayanarak hastanın öğrenme gereksinimini

belirten bir hemşirelik tanısını tanımladıktan sonra hemşire hedefleri/ amaçlarını tanımlar ve bireye özgü eğitim planı hazırlar. Hedef/ amaç saptamak, şu andaki ya da ileriye dönük bir eğitimin sonucunu önceden belirlemek ve o sonuca ulaşma eğilimini göstermek demektir. Bu nedenle eğitimin hedefleri aynı zamanda sonuçlarıdır, hem eğiticiyi hem de öğrenen bireyi bu sonuca götürmek için bir araçtır. Hedefler aynı zamanda istenilen sonuca ulaşmak için uygun yöntem ve araçların seçimi, atılması gereken adımların sırası hakkında da bilgi verir (Springhouse 2002, Babacan 2008).

Hedefler; öğrenme etkileşimi sonrasında hastada gelişmesi beklenen davranışı göstermeli, anlaşılır olmalı, gözlenip ölçülebilir olmalıdır (Taşocak 2003). Planlamada belirlenen hedef tek bir davranışı içermeli, gözlenebilir ve ölçülebilir olmalı, kriterleri olmalı, hemşire ve öğrenen birlikte oluşturmalıdır. İstenen davranış için belirlenen şartlar/koşullar hedeflerin kriterlerini de belirtir.

Kriterler çeşitli şekillerde ifade edilebilir. Örn; “Hasta ameliyattan 8 saat sonra odasında yürüyecek” (zaman limiti), “Hasta diyabet belirtilerinden 4’ünü sıralayabilecek” (bilgi miktarı), “Hasta kolostomi torbasını hiçbir sızıntı yapmayacak şekilde yerleştirecek” (aktivitenin doğruluğunun önemli bir karakteri), “Hasta öğrenim rehberine uygun olarak kan şekerini ölçecek” (rehberi kriter olarak belirlemek). Hedeflerin birden fazla kriteri kapsamaması gerekir (Bayat 2005).

Bloom taksonomisine göre hedefler, bilişsel, duyuşsal ve devinişsel alanlarda belirlenir. Bilişsel alan zihinsel öğrenmelerin çoğunlukta olduğu alanlardır ve bilgiyi kapsar. Örnek olarak; “Hasta hipoglisemi ve hiperglisemi terimleri arasındaki farkı söyleyecek” hedefi verilebilir. Duyuşsal alan; sevgi, korku, ilgi, tutum gibi duygusal yönlerin baskın olduğu alanlardır, tutum değişmesini amaçlar. Bu alandaki hedefe; birey polikliniğe geldiğinde sigarayı bırakmak isteğini ifade edecek hedefi örnek verilebilir. Devinişsel alan; zihin ve kas koordinasyonunu gerektiren becerilerin olduğu alandır, aktivitenin yapılmasını içerir. Buna örnek olarak; “Hasta protezini bir rahatsızlık yaratmayacak şekilde takacak” hedefi verilebilir. Doğru ifadelendirilmiş, hemşire ve hastanın birlikte oluşturduğu öğrenme hedefleri eğitim planına rehberlik eder. Kötü ifade edilmiş hedefler öğrenme sürecinde anlaşmazlıklara neden olur. Bu nedenle öğrenme

hedefleri bakım planında olduğu gibi hedef ya da sonuç (çıktı) olarak aynı kriterleri içermelidir (Taşocak 2003, Bayat 2005).

Hemşirelik tanısı konulduktan sonra yazılı olarak geliştirilen eğitim planı, hasta eğitiminin başarıyla sonuçlanması açısından önem taşır. Hasta eğitim sürecinin tüm öğeleri dikkate alınarak hazırlanan eğitim planı; hemşirenin kendine güvenmesini, öğrenme amaçlarının ve hedeflerinin belirlenmesini, içeriğin seçilmesini, uygun eğitim yöntemlerinin seçilmesini, kullanılacak araç-gerecin belirlenmesini ve değerlendirme yönteminin belirlenmesini kapsar (Şenyuva ve Taşocak 2007).

Eğitim içeriği ve hedefler belirlendikten sonra eğitim yöntemleri seçilmelidir. Bu metotlar içeriğin bireye nasıl sunulacağını belirler. Eğitim yöntemlerinin seçimi ortama, kaynakların elverişliliğine, eğitim yapılacak konunun içeriğine, öğrenim sonunda ulaşılması planlanan hedeflere, eğitim verilecek birey sayısına göre yapılmalıdır. En çok kullanılan eğitim yöntemi düz anlatıdır. Ancak birden fazla eğitim yönteminin bir arada kullanılarak eğitimin etkinliğinin sağlanması gerekir. Bireyin öğrenime daha fazla katılımını sağlayan interaktif eğitim metodları (role play, demonstrasyon, beyin fırtınası, grup tartışması, vaka çalışması vb.) eğitimde tercih edilmelidir. Birebir ve grupla yapılan tartışmalar, soru ve cevap, role play, bilgisayar destekli eğitim, psikomotor öğrenmede demonstrasyon şeklinde bir uygulama planı oluşturabilir. Hemşire her durum için bir çok eğitim metodu olduğunu bilmeli ve uygun olanları seçerek eğitim yapmalıdır (Maycock 1991, Springhouse 2002, Taşocak 2003).

Kısaca, hasta eğitimi planlanmış bir süreç olmalıdır. Planda hastanın eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, hastanın algıları, öncelikleri, öğrenme amaçları dikkate alınarak hasta eğitimi sürecine hasta yakınları da dahil ederek uygulamaya geçilmelidir (Babacan 2008).

4.3.4 Uygulama

Hasta eğitiminin uygulama aşaması, planlanmış olan eğitimlerin hasta ve ailesinin öğrenmesini destekleyecek şekilde uygulamaya geçirilmesidir. Eğitimi uygulama esnasında; bireyin öğrenmeye hazır olduğu bir zamanı seçmek önemlidir. Eğitim için bireyin zamanının, fiziksel ve psikolojik durumunun uygun olması gerekir. Eğitim

yapılırken ziyaret saatleri, bireyin ağırlı, stresli olduğu zamanlar seçilmemelidir. Eğitim için bireyin fiziksel, psikolojik açıdan rahat olduğu, bizi dinlemeye, eğitime katılmaya istekli olduğu zamanlar seçilmelidir (Bayat 2005, Şenyuva ve Taşocak 2007, Babacan 2008).

Eğitim yaparken süreyi de çok iyi ayarlamak gereklidir. Hastaya göre değışmekle beraber, süre 30-45 dakikayı geçmemelidir. Bu zamanı belirlemede bireyin yaşını da dikkate almak gerekir. Bireyin konuyu araştırmasına izin verilmesi, aktif katılım sağlanması eğitimin etkinliğini artırır (Rankin and Stallings 2001, Bayat 2005).

Başarılı bir eğitim için uygun bir çevre/ortam, uygun araç-gereç ve kaynaklar sağlanmalıdır. Herkesin öğrenme tarzı farklı olduğundan görsel işitsel malzeme kullanmak özellikle grup eğitimi yapıldığında eğiticiye daha fazla kişiye ulaşma şansı verir. Eğitici uygulama sırasında bireylerin nasıl öğrendiği konusuna duyarlı olmalı, uygun eğitim yöntemlerini seçmeli, konu hakkında yeterli bilgi ve ilgiye sahip olmalıdır. Eğitim sırasında seçtiği kelimeler anlaşılır olmalıdır, önceden hazırlanan planları kullanma eğitimde hatırlatıcı olabilir, tekrar yapılarak öğrenilenler pekiştirilmeli, destek ve geri bildirim verilmelidir, eğitim yapan kişinin görünüşü, hareketleri de öğrenimi etkiler, eğitici bunlara da dikkat etmelidir (Taşocak 2003, Bayat 2005).

4.3.5 Değerlendirme

Değerlendirme, eğitim sürecinin bir diğere aşamasıdır. Öğrenende hedeflenen davranışların ne kadarı gerçekleştiği ölçülür. Süreklilik isteyen sistematik bir işlemdir. Eğitimin değerlendirmesi; hem birey hem de eğitmen tarafından yapılmalıdır. Değerlendirme hedeflere ulaşıp ulaşılmadığına bakılarak yapılabilir. Psikomotor öğrenimi değerlendirmek için bireyler uygulama yaparken gözlem yapılabilir, kontrol listeleri, çeşitli ölçekler kullanılabilir. Ölçme yöntemi araçlarının geçerli- güvenilir ve kullanışlı olmasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Küçük gruplarda ya da birebir eğitimde soru-cevap yöntemiyle, büyük gruplarda test yapılarak değerlendirme yapılabilir. Değerlendirme sonucunda hedeflere ulaşılmışsa eğitimin başarılı olduğuna karar verilir, hedeflere

ulaşılamamışsa eğitimin yeniden yapılması gerekmektedir (Taşocak 2003, Bayat 2005, Şenyuva ve Taşocak 2007, Babacan 2008).

Tüm bu bilgiler ışığında, hemşirelik uygulamasında eğitim sürecinin basamaklarının uygun şekilde eğitimin gerçekleştirilmesi; bireyler için sağlığın devamı, hastalıkların önlenmesi ya da sağlığın yeniden kazanılması, hastalıkla baş etme ve daha kaliteli bir yaşamın sağlanması açısından dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur. Değerlendirme aşaması sonucunda mutlaka eğitim süresi kayıtlara geçirilmelidir. Hasta eğitimi kayıtlarının doğru ve eksiksiz olarak tutulması, eğitim etkinliklerinin diğer ekip üyeleriyle paylaşılmasını sağlar ve ilgili hemşirelik araştırmalarına veri oluşturarak mesleğin gelişmesine katkıda bulunur (Springhouse 2002, Şenyuva ve Taşocak 2007).

4.4 Kardiyovasküler Hastalıkların Tedavi Sürecinde Hemşirenin Eğitimci Rolü

Kalp hastalıklarına bağlı hastaneye yatma ve mortalite, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de ilk sıralarda gelmektedir. Kalp hastalıklarının birçok çeşidi vardır. Bunlardan en yaygın olanları, anjina pectoris, kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, hipertansiyondur. Kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde birinci ölüm nedenidir. Tahminlere göre 2005 yılında 17.5 milyon insan kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle ölmüştür, bu dünya genelindeki toplam ölümlerin %30'udur. Bu ölümlerin 7.6 milyonu koroner kalp hastalıklarından dolayı, 5.7 milyonu ise inme nedeniyledir. Kardiyovasküler hastalıkların %80'inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. 2015 yılında çoğunlukla kalp hastalıkları ve inmeden olmak üzere yaklaşık 20 milyon insanın kardiyovasküler hastalıklardan dolayı öleceği tahmin edilmektedir (Oğuz 2003, Mollahaliloğlu ve ark 2007).

Kalp damar hastalıklarının içinde koroner arter hastalıkları önemli bir bölümü oluşturur. Koroner kalp hastalıklarının majör risk faktörleri ileri yaş, erkek cinsiyet, aile hikâyesi, hipertansiyon, diyabet, lipit düzeyi anormallikleri, obezite, fiziksel inaktivite ve sigara içimi, toksik maddelere işyeri ve çevreden etkilenme ve değişik streslerin önemli etkenler olduğu belirtilmektedir (Tekbaş 2008).

Kalp hastalıklarının gelişmesinde yüksek kolesterol, düzensiz beslenme, sigara ve spor yapmama başlıca etkenlerdir. Birçoğunda ameliyat kaçınılmazdır. En sık yapılan operasyonlar, koroner arter baypas, kalp kapakçığı değişimi, angioplasti ve stentlemedir.

Koroner Arter Baypas Greft Operasyonu (CABG):

Koroner arter Baypas ameliyatı, koroner arterin daralan kısmının, başka bir damar vasıtasıyla etrafından dolanarak kan akımının devamlılığının sağlanmasıdır. Vücudun başka bir yerinden alınan bu damara “greft” denilir. Greft olarak genellikle en uzun süre açık kalma oranına sahip olan sol göğüs arteri kullanılır. Bu arter aortadan kollara giden ana daldan ayrılarak sternumun her iki yanında ve göğüs boşluğunun iç yüzeyinde karın bölgesine doğru seyredir. Greft olarak kullanıldığında, kola giden arterden ayrıldığı yerden kesilmeksizin göğüs duvarından ayrıştırılır; alt ucu kesilerek koroner artere dikilir. Greft olarak çoğunlukla kullanılan diğer damarlar ise bacaklardan alınan toplardamarlar (safen ven) veya daha seyrek olarak koldan alınan radial arterdir. Kol ve eli besleyen iki atardamar vardır. Bunlardan radial arter kullanılmaktadır. Ancak radial arterin alınabilmesi için diğer atardamarın eli yeterince besleyebilmesi gerekir. Greft olarak kullanabilmek için bacaklardaki toplardamarlarda varis olmaması veya daha önceden içinde pıhtı oluşmamış olması gerekir. Bacaktan alınan toplardamar bacağıın kan dolaşımının sadece %10’undan sorumlu olduğu için bu damarın alınmasının bir sakıncası yoktur.

Ameliyattan sonra bir süre ilgili bacakta şişlik oluşabilir ve bacağıın yükseltilmesi ve varis çorabı ile düzelir. Başlıca küçük yan etkiler bacakta şişme, yarada enfeksiyon ve kanamadır. Ciddi sorunlar ise ameliyat esnasında veya sonrasında kalp krizi, inme, böbrek yetmezliği, akciğer yetmezliği, v.b. olup %2-5 oranında gelişebilir. Ameliyata ait diğer sorunlar ise kullanılan damar greftinin tıkanması (içinde pıhtı oluşması), damarın diğer bölümlerinde tıkanıklık ve daha ilerilere pıhtı atmasıdır. Ameliyat döneminde ölüm riski %3-5 dir.Ameliyat sonrasında bu damarların alındığı bölgeler enfeksiyon riski ve kanama hemşire tarafından gözlemlenir. Genel anestezi altında yapılan ameliyat ortalama 4- 5 saat sürer. Ameliyat sonrası hasta 1-3 gün arasında yoğun bakımda kalır. Ortalama hastanede kalış süresi 6-7 gündür. Tam iyileşme 8-12 haftayı bulabilir. Taburculuk sonrasında hastaların sigarayı bırakması, beslenmesine dikkat etmesi, egzersiz yapması ve doktor kontrolüne zamanında gelmesi gerekir.

Kalp Kapakçığı Yenileme :

Kalpte bulunan 4 adet kapakçık, kalbin kasılma ve gevşeme periyotlarıyla kanın uygun şekilde iletilmesini sağlar. Hipertansiyon, diyabet gibi rahatsızlıkların tetiklemesiyle kalp kapakları yıpranır ve sonuçta görevlerini yerine getiremezler ve kalp yetmezliği sorunu ortaya çıkar. Ameliyat ile kalp kapakçıkları protez kapak ile değiştirilir.

Damar Açma (Anjioplasti ve Stentleme) :

Aterosklerotik plak damarın içine doğru büyüyerek damar içinde kan akımına engel olur ve böylece yeterli miktarda kan dokulara ulaşamaz. Balon anjioplasti sırasında röntgen altında damarın içine yerleştirilen ince bir balon şişirilerek dar olan bölgede damarın genişlemesi ve böylece dokulara daha fazla kan akımının gitmesi sağlanır. Stentler ise silindir şeklinde metal bir materyalden dokunmuş ağ şeklinde yapılar olup, çoğu kez bir balon üzerinden dar olan damarın içine yerleştirilerek damarın açık kalmasına yardımcı olurlar. Stentler ya balon anjioplasti sonrası yada balon anjioplasti ile beraber yerleştirilirler. Anjioplasti ve stent çoğu kez damarda darlık varken uygulanmaktadır. Bununla beraber çok kısa tıkanıklıklarda da uygulanabilir. Anjioplasti sonrası 6-24 saat yatak istirahatı gereklidir. İşlem sonrası olası yan etkiler için hastanın dikkatli bir şekilde takibi gereklidir. Genellikle işlem sonrası hastaların aspirin yada benzeri ilaçları kullanması gereklidir. İlk birkaç gün 5 kg de fazla ağırlık kaldırılmamalıdır. Çok miktarda su ve sulu gıdalar alınması tavsiye edilir. İlk birkaç gün banyo yapılmaz. Ameliyat sonrası en sık görülen komplikasyonlar, emboli, kanama, şişme, ağrı, his kaybı, ayakları hareket ettirememedir (www.cuneytkoksoy.com/tedaviyontemleri_anjioplastivestentleme.htm,Erişim:15.01.2009)

Hastanın hastanede yattığı süre içerisinde en sık birlikte olduğu sağlık personeli hemşiredir. Hemşireler hasta bilgilendirmesinde ve memnuniyetinde önemli role sahiptirler. Hastaların tedaviye uyum sağlamaları, kısa zamanda iyileşmeleri, komplikasyonları önlenme, rehabilitasyonda hasta eğitiminin önemi tartışılmazdır (Yılmaz 2002). Kalp hastalarının eğitiminin özellikleri;

1. Eğitim verilen bireyler yetişkindir.
2. Erişkin hastalar kendilerine öğretilenleri değil, kendilerinin öğrenmek istedikleri şeyleri öğrenirler.
3. Hastalar deneyimlidirler, her öğretileni, önceki deneyimleri ile karşılaştırırlar.

4. Eğitilenler yalnızca hastalar değil, hastanın yaşamında etkili, başta aile olmak üzere tüm bireylerdir.
5. Eğitim belirli ders saatlerine bağlı değil, sürekli dir (Uzun 2007).

KVC operasyonu geçirmiş hastaların hastaneye ilk girişlerinden itibaren hasta eğitimi başlamış olur. Ameliyat öncesi hazırlıklar, ameliyat sonrası yoğun bakım süreci ve tedavi süreci, taburculuk ve evde bakım konusunda tüm sağlık ekibi hasta eğitim sürecinde yer alır (Yılmaz 2002).

Hastaneye kabul öncesinde, muayeneye (acil durumlar hariç) gelen hastaya hastalık tanısı doktor tarafından konulur. Tanı sonrası, doktor veya hemşire tarafından hastaya hastalığı hakkında ve ameliyat hakkında bilgiler verilmektedir.

Hastaneye yatmadan önce veya **hastaneye kabulde** verilen bilgiler, hastaneye yatıştaki resmi işlemler, dişlerin kontrolü, kullanılacak veya kesilecek ilaçlar, ameliyat günü yapılacaklar ve refakatçi işlemleridir (Kalp Damar Cerrahisi Rehberi 2008).

Hastaların cerrahi kliniğe kabul edilip ameliyathaneye teslimi sırasında geçen süre ameliyat öncesi dönem olarak adlandırılır. Ameliyat öncesi dönem, ameliyat edilmek üzere hastaneye kabul edilen bireyler için en travmatik dönemlerden biridir. Çünkü, hasta ameliyat gibi yaşamı tehdit edebilen bir olayı beklerken olabilecek pek çok şeyden korkabilir ve anksiyete yaşayabilir. Genellikle cerrahi deneyim sırasında hastalara ne beklediğini, ne olabileceğini veya ne zaman olacağı konusunda bilgi verilmemesi yaşanan aksiyetenin nedenidir. Hastalara ameliyat öncesi bilgi verilmemesi, ameliyat sonrası komplikasyon riskini arttırabilmektedir. Ameliyat öncesi hemşireler tarafından verilecek eğitim olumsuz sonuçlar doğmasını büyük ölçüde engelleyebilir (Yılmaz 2002)

Ameliyat öncesi, hastaların ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereken konular, ameliyat günü yapılacaklar (kan alınması, ilaçlar, tahliller...), ameliyatı gerçekleştirecek sağlık ekibi, aç kalma süresi, ameliyat süresi, ameliyat sonrası yoğun bakıma alınma, yoğun bakım ortamı, derin solunum ve öksürük egzersizleri, beslenme, ayağa kalkma ve ağrı kontrolüdür (Yılmaz 2002, Öztekin 2001). Bu bilgilerin yazılı olduğu bir broşür hastalara verilmelidir.

Ameliyat sonrası, hasta yoğun bakımdan çıkıktan sonra hastaların ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereken konular, verilen ilaçlar, hareket etme, göğüs kemiğinin korunması, akciğerleri çalıştırma, yataktan kalkma, boşaltım, beslenme, giyilmesi gereken özel çoraplar, ağrı kontrolü, gelişmesi olası komplikasyonlar, ruhsal değişiklikler, ziyaretçi kabul etmedir. Hastanede kalma süresi hastalığın seyrine göre değişebilir (Kalp Damar Cerrahisi Rehberi 2008). Ameliyat sonrası dönemde KVC operasyonu sonrası beslenme ve hareket çok önemlidir. Mümkünse beslenme eğitimleri diyetisyen, hareket ve egzersiz fizyoterapist tarafından verilmelidir.

Taburculuk döneminde, hemşire hasta ve yakınlarına, beslenme, göğüs kemiğinin korunması, ameliyat yarasının iyileşmesi ve gelişebilecek komplikasyonlar (kanama, ateş, yaranızda akıntı, şiddetli ağrı), ilaç kullanımı, banyo yapma zamanı ve şekli, beslenme ve diyetle uyulması gereken kurallar, ağır kaldırma, giyinmede dikkat edilecek hususlar (özel çoraplar, rahat giysiler), dikkat etmesi ve kaçınması gerekenler, uyku ve dinlenme süreleri hareket ve egzersiz (spor yapma, merdiven çıkma, araba kullanma), seyahat etme (otomobil, otobüs, uçak ile), dini ibadet uygulaması, cinsel aktivite zamanı ve sıklığı, ilgili dernek ve kuruluşlar (kardiyoloji derneği,..), evde bakım kuruluşları, ilgili dernekler, doktor kontrolüne gelme tarihi, iyileşme ve işe geri dönebilme süresi, yaşam şekli değişiklikleri, alkol ve sigaranın bırakılması konusunda taburculuk eğitimi vermelidir.

Tüm bu süreçlerdeki hasta eğitimleri planlı bir şekilde verilmeli ve değerlendirilmelidir. Hastaya uygun bir eğitim yöntemi seçilerek, hasta odasında ya da eğitim için uygun olan bir ortamda eğitim gerçekleştirilir. Eğitim sonunda hastalara ve yakınlarına eğitim içeriği yazılı (broşür, kılavuz) olarak verilir (Taşocak 2003).

Bir çok hastanede, tüm bu hasta eğitimi süreci kardiyak rehabilitasyon programı dahilinde ele alınır. Kardiyak rehabilitasyon, kalp hastalarının hastalık öncesi durumlarına dönmek için yapılan faaliyetlerdir. Kardiyak rehabilitasyon, 1940'lardan itibaren kullanılmaya başlanmış, yapılan bir çok klinik çalışmayla uzun dönem sağ kalımı arttırdığı, fiziksel iyileşme sağladığı ve kişinin kendisine olan güvenini arttırdığı görülmüştür. Kardiyak rehabilitasyonun temel amacı kişilerin yaşam kalitelerini geliştirmektir. Kapsamlı bir rehabilitasyon programı; risk faktörlerinin geciktirilmesi, remobilizasyon, fiziksel ve psikososyal uyum ile ilgili aktiviteleri içerir. Bu aktivitelerin

amacı, kardiyak hastayı, önceki durumuna getirebilmek ya da aktif üretken bir yaşam için gerekli düzenlemeleri yapmaktır (Oğuz 2003, Uzun 2007).

Kardiyak rehabilitasyon konuları,

- Bireyin genel durumuna, yaşına, fiziksel yeteneğine uygun, etkili ve emin bir egzersiz programı oluşturma
- Kalp hastalığının iyileşme döneminde, kalp hastalığının belirti ve bulgularını tanımlama
- İdeal vücut ağırlığı ve günlük kalori gereksinimine karar verme
- Evdeki fiziksel aktiviteyi geliştirme
- İşe dönmek için hazırlık yapma
- Risk faktörlerini azaltarak gelişebilecek yeni bir kalp atağı riskini azaltmak
- Evde bir egzersiz programına başlamayı kapsar (Oğuz 2003)

Kardiyak rehabilitasyon 3 aşamadan oluşur.

- I. Aşama; hafif egzersiz ve hasta eğitimini kapsar.
- II. Aşama; hastanın yoğun bakımdan çıkıp serviste yattığı süreyi kapsar.
- III. Aşama; operasyon sonrası 3.aydan sonraki dönemi kapsar.

Kardiyak rehabilitasyon programı bir çok sistemi ilgilendiren geniş bir çalışma alanıdır. Kalp sorunlarından başka; beslenme, kolesterol, kan basıncı, sigara içimi, sedanter yaşam, cinsel aktivite, işe dönüş, psikolojik uyum problemleri de uğraşı alanı içinde bulunmaktadır. Tıbbi ve cerrahi tedaviyi destekleyici ve tamamlayıcıdır.

Kardiyak rehabilitasyon programını uzmanlık gerektiren bir alandır. Bir çok hastanede kardiyak rehabilitasyon eğitimi almış kardiyak rehabilitasyon hemşireleri tarafından hasta eğitimleri uygulanmaktadır. Kardiyak rehabilitasyon hemşireleri hastanın servise yattığı andan başlayarak, iyileşme sürecinin sonuna kadar eğitim, değerlendirme ve kontrol süreçlerinde eğitimci ve danışmanlık rolü ile yer alır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma; kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yeri, Tarihi ve Özellikleri

Araştırma bir kamu hastanesinin KVC bölümü yataklı hasta servisleri ile özel hastane statüsünde olan yine KVC' ye bağlı servislerde, gerekli izinler (Ek 2) alındıktan sonra Temmuz 2007- Kasım 2007 tarihleri arasında yapıldı.

Evren olarak alınan devlet hastanesi İstanbul ilinde en yoğun kalp damar cerrahisi operasyonlarının gerçekleşen hastane olması, özel hastane ise KVC operasyon sayısı diğer özel hastanelere göre yüksek olması nedeniyle seçildi. Özel hastanenin araştırmaya alınma sebebi hastanede bu alanla ilgilenen özel bir eğitim hemşiresinin bulunmasıydı. Devlet hastanesinde ise hasta eğitimlerini serviste hastaya bakan hemşireler gerçekleştiriyordu. Aşağıda hastaneler hakkında tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Bilgiler hastanelerdeki yetkililerden ve hastanenin web sayfalarından alınmıştır.

Devlet Hastanesi

Araştırma kapsamına alınan devlet hastanesinin 572 yatak kapasitesi, 323 doktoru, 336 hemşire personeli vardır. Kalp damar cerrahisinde uzmanlaşmıştır. Hastanede hemşirelik hizmetlerine bağlı eğitim birimi vardır. Burada hasta eğitimi ile ilgili diyabet eğitim hemşiresi görev yapmaktadır. KVC servislerindeki hemşirelere ayrıca kardiyoloji hemşireliği eğitimi verilmektedir.

Özel Hastane

Araştırma kapsamına alınan özel hastanenin 200 yatak kapasitesi, 190 doktoru, 305 hemşiresi vardır. Burada özellikle uzmanlık alanları olan Kalp-Damar Cerrahisi, Genetik, IVF ve organ nakli alanlarında çalışılmaktadır. JCI (Joint Commision International) akreditasyon kalite belgesini 2000 yılında almıştır. Hastanede hemşirelik hizmetlerine bağlı bir eğitim bölümü bulunmaktadır. Burada iki yönetici eğitim hemşiresi ve ona bağlı hastalara 3 branşta eğitim veren iki eğitim hemşiresi bulunmaktadır. Diyabet ve kardiyak

rehabilitasyon eğitim hemşireliği, Anne sütü ve laktasyon eğitim hemşireliği, alanlarında hasta eğitim hemşiresi bulunmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ilinde hizmet veren bir özel ve bir kamu hastanesinde KVC operasyonu geçirmiş hastalar oluşturdu. Örneklem sayısına ışık tutmak amacıyla aylık ortalama KVC operasyonu geçiren hasta sayıları iki hastanenin de yetkili hemşireleriyle konuşularak belirlendi.

Örneklem seçiminde hastanelerden aylık ortalama KVC operasyonu geçiren hasta sayısı dikkate alındı. Devlet hastanesinde ortalama aylık operasyon sayısı yaz döneminde 70 kişi, özel hastanede ise ortalama 20 kişi olarak verilmişti.

Araştırma 5 ay sürmüş olup, araştırmacının ulaşabildiği ve de araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara anketler uygulandı. Beş ay süresince her iki hastanede toplam 370 operasyon gerçekleşti. Hedeflenen örneklem sayısı literatür ışığında, 160 kişi olarak belirlendi. Özel hastaneden 47, devlet hastanesinden 101 kişiye ulaşıldı.

5.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen 34 sorudan oluşan anket formu kullanıldı (Ek 1).

Anket 7 demografik, 4 hastalık bilgisi, hasta eğitimi ve hemşirenin rolü ile ilgili 23 sorudan oluştu.

5.5. Verilerin Toplanması

Çalışma araştırmanın yapılacağı özel hastane yönetiminden ve devlet hastanesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin ve onaylar (Ek 2) alındıktan sonra yapıldı.

Anket 5 ay içerisinde KVC operasyonu geçirmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden taburculuk zamamı yaklaşmış ya da taburcu olmak üzere olan hastalara uygulandı. Okuma

yazma bilmeyen veya yazı yazmakta zorlanan hastaların yakınları formu hastalar adına, soruları hastalara sorarak anketi yanıtladılar. Bazı durumlarda araştırmacı da hastalara soruları okuyarak anketi doldurmasına yardımcı oldu.

Anketler devlet hastanesinde haftanın iki günü araştırmacı tarafından diğer günlerde taburcu olacak hastalara, servis hemşireleri tarafından açıklama yapılarak verildi ve doldurulduktan sonra geri alındı. Anketi cevaplama süresi ortalama 15 dakikaydı. Anket, devlet hastanesinde yatan hastaların yarısından fazlasına araştırmacı tarafından, kalanı da cerrahi servis hemşireleri tarafından uygulandı. Özel hastanede anketlerin büyük çoğunluğu diyabet ve kardiyak rehabilitasyon eğitim hemşiresi tarafından taburculuk eğitimi sonunda verildi. Anketlerin servis hemşiresi ve kardiyak rehabilitasyon hemşiresi tarafından uygulanmasının hastaların cevaplarını etkiyebilmesi ihtimali, veri toplama aşamasının sınırlılığı kabul edildi.

5.6. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için **SPSS (Statistical Package for Social Siciences) for Windows 14.0 Evaluation Version** programı kullanıldı.

Anket formları değerlendirilerek veriler bilgisayara girildi. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalık hakkındaki bilgileri, hastalıkları süresince eğitim/bilgi alma durumları, hastaların hemşirelerin hasta eğitimcisi rolüne ilişkin görüşleri ve hemşirelerin eğitim/bilgilendirme faaliyetlerine yönelik bulguların dağılımı, frekansları ve yüzdeleri ifade edilerek; karşılaştırmalar ki kare testi ile analiz edildi.

6. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular 3 başlık altında incelendi:

6.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı ve İlgili Karşılaştırmalar

6.2 Hasta ve Yakınlarının Eğitim/Bilgilendirme Sürecine Yönelik Veriler ve İlgili Karşılaştırmalar

6.3 Hemşirelerin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Veriler ve İlgili Karşılaştırmalar

6.1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve İlgili Karşılaştırmalar

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulguların dağılımı Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=148)

Özellik		n	%
Yattığı hastane	Devlet hastanesi	101	68,2
	Özel hastane	47	31,8
Cinsiyet	Kadın	52	35,1
	Erkek	96	64,9
Medeni durum	Bekar	21	14,2
	Evli	127	85,8
Öğrenim düzeyi	Okuma-yazma bilmeyen	13	8,8
	İlköğretim	84	56,7
	Lise	29	19,6
	Üniversite	22	14,9
Meslek	Emekli	27	18,2
	Ev hanımı	34	23
	İşçi	8	5,4
	Memur	16	10,8
	Serbest meslek	63	42,6
Sosyal güvence	Yok	5	3,4
	SSK	75	50,7
	Emekli sandığı	21	14,2
	Bağ-kur	28	18,9
	Yeşil kart	16	10,8
	Özel sigorta	3	2
Sağlığa zarar verici alışkanlık*	Yok	49	33,1
	Sigara	43	29,1
	Alkol	19	12,8
	Spor yapmama	41	27,7
	Düzensiz beslenme	27	18,2
	Uyku düzensizliği	34	23
	Aşırı stresli olma	57	38,5

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Katılımcıların %68,2'si devlet hastanesinde, %31,8'i özel hastanede KVC operasyonu nedeniyle yatmaktadır.

Hastaların %64,9'u erkek, %85,8'i evli, %56,7'si ilköğretim mezunu, %42,6'sı serbest meslek sahibi, %50,7'si Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)'na bağlıdır. Hastaların %33,1'i sağlığa zararlı hiçbir alışkanlığı olmadığını, %38,5'i aşırı stresli ve telaşlı olduğunu, %29,1'i sigara içtiğini, %27,7'si spor yapmadığını ifade etmiştir.

Hastaların %52'sinin ikinci bir hastalığı daha vardır. KVC hastalıkları ile birlikte en fazla görünen hastalıkların sırasıyla diyabet, hipertansiyon ve migren olduğu bulunmuştur.

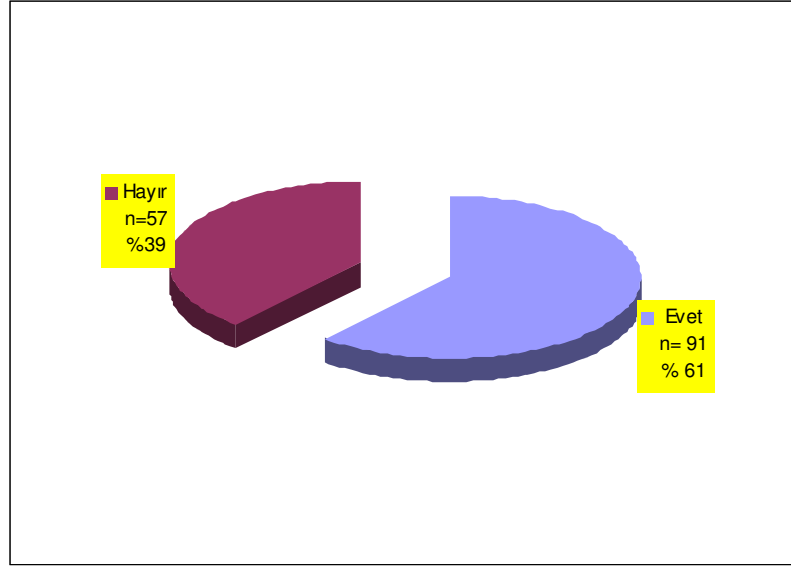
Hastaların yaşları 21 ile 79 arasında değişmektedir. Yaş ortalaması 56,63' tür.

Tablo 3. Hastaların Cinsiyetlerine göre Sağlığa Zarar Verici Alışkanlıklarının Karşılaştırılması (N=148)*

Cinsiyet	Sağlığa Zarar Verici Alışkanlık	Evet		Hayır		
		N	%	n	%	
Kadın	Alkol	1	5,3	51	39,5	x² =8,53 p=0,003
Erkek		18	94,7	78	60,5	
Kadın	Sigara	7	16,3	45	86,5	x² =9,45 p=0,002
Erkek		36	83,7	60	62,5	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Sütun yüzdesi alınmıştır.

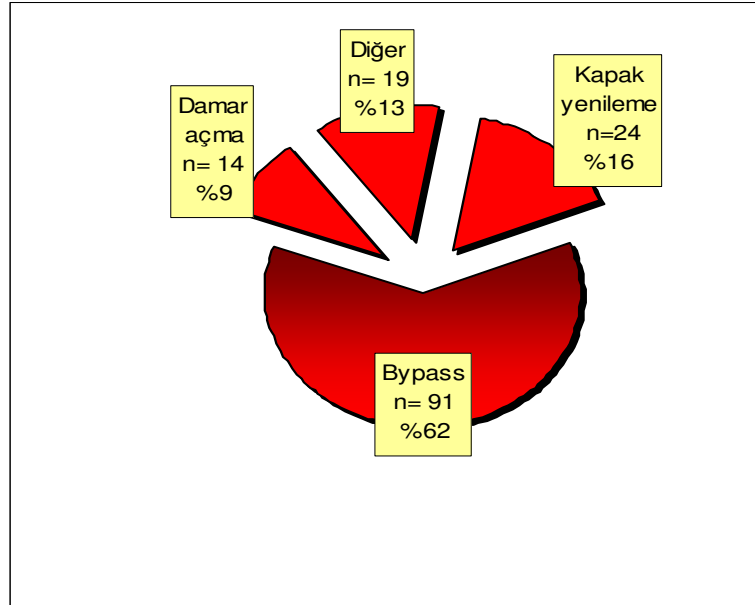
Hastaların cinsiyetlerine göre sağlığa zarar verici alışkanlıkları karşılaştırıldığında alkol alma ($x^2=8,53$, $p=0,003$) ve sigara içme alışkanlığı ($x^2=9,45$, $p=0,002$) arasında anlamlı fark vardır. Erkek hastaların alkol alışkanlığı kadınlara göre daha fazladır. Sigara alışkanlığı ile cinsiyet arasında da anlamlı farklılık belirlenmiştir. Erkek hastaların sigara alışkanlığı daha fazladır. Aşırı stresli olma ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.



Şekil 1. Daha Önce Hastanede Yatma Deneyiminin Dağılımı (N=148)

Hastaların %61'inin daha önce hastanede yatma deneyimi vardır.

Hastaların yarısından fazlasının Baypas operasyonu geçirdiği Şekil. 2' de görülmektedir.



Şekil 2. Hastaların Geçirdiği Ameliyat Türlerinin Dağılımı (N=148)

Hastalar hastanede en az 1 en fazla 45 gündür yatmaktadır. Yatış süresi ortalaması yaklaşık 10 gündür (9,89 gün).

Tablo 4. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Duygu ve Düşüncelerinin Dağılımı (N=148)*

Duygu ve Düşünce	n	%
Hastalığının işine engel olacağını düşünme	60	40,5
Hastalığı hakkında bilgisinin yetersiz olduğunu düşünme	42	28,4
Kendini yarım insan gibi hissetme	57	38,5
Tekrar hastalanmaktan korkma	67	45,3
Ölüm korkusu	43	29,1
Tamamen iyileşememe korkusu	58	39,2

***Birden çok seçenek işaretlenmiştir.**

Hastalar, tekrar hastalanmaktan korktuklarını (%45,3), hastalığının işine engel olacağını düşündüklerini (%40,5), tamamen iyileşememekten korktuklarını (%39,2) ve kendilerini yarım insan gibi hissettiklerini (%38,5) ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Hastaların Öğrenim Düzeyi ile Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=148)

Öğrenim Düzeyi	Hastalık Hakkında Bilgisinin Yetersiz Olduğunu Düşünme			
	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Okuma yazma bilmeyenler	5	38,5	8	61,5
İlköğretim	28	33,3	56	66,7
Lise	5	17,2	24	82,8
Üniversite	4	18,2	18	81,8

Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların öğrenim düzeyleri ile hastalıkları hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmeleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark ($\chi^2=26,82$, $p=0,000$) bulunmuştur. Öğrenim seviyesi yükseldikçe hastaların hastalıkları hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme oranı artmaktadır.

Tablo 6. Hastaların Oldukları Ameliyat ile Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=148)

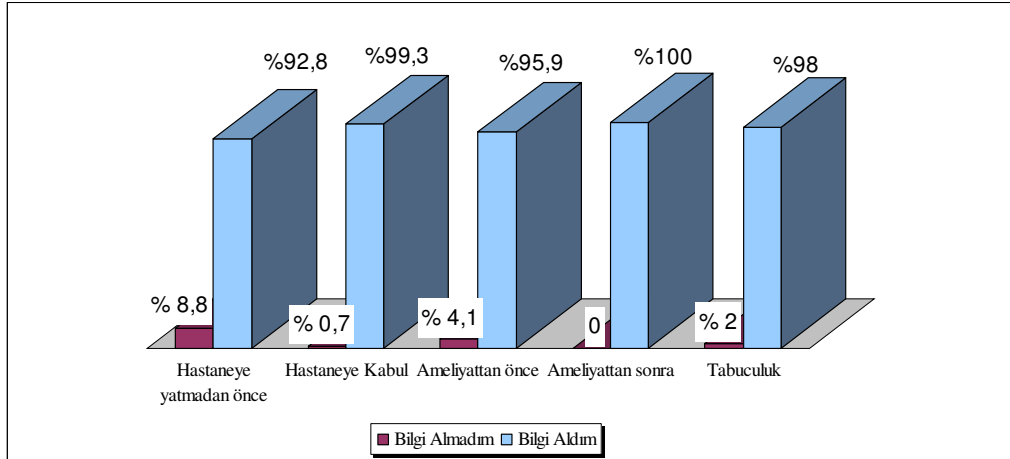
Ameliyat Türü	Hastalık hakkında bilgisinin yetersiz olduğunu düşünme				$\chi^2=9,17$ $p=0,027$
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Kapak yenileme	8	19	16	15,1	
Baypas	19	45,2	72	67,9	
Damar açma	8	19	6	5,7	
Diğer	7	16,8	12	11,3	

Sütun yüzdesi alınmıştır.

Hastaların geçirdikleri operasyon ile hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark ($\chi^2=9,17$, $p=0,027$) bulunmuştur. Hastalığı hakkında bilgisinin yetersiz olduğunu düşünenler, daha çok Baypas operasyonu geçirmiş hastalardır.

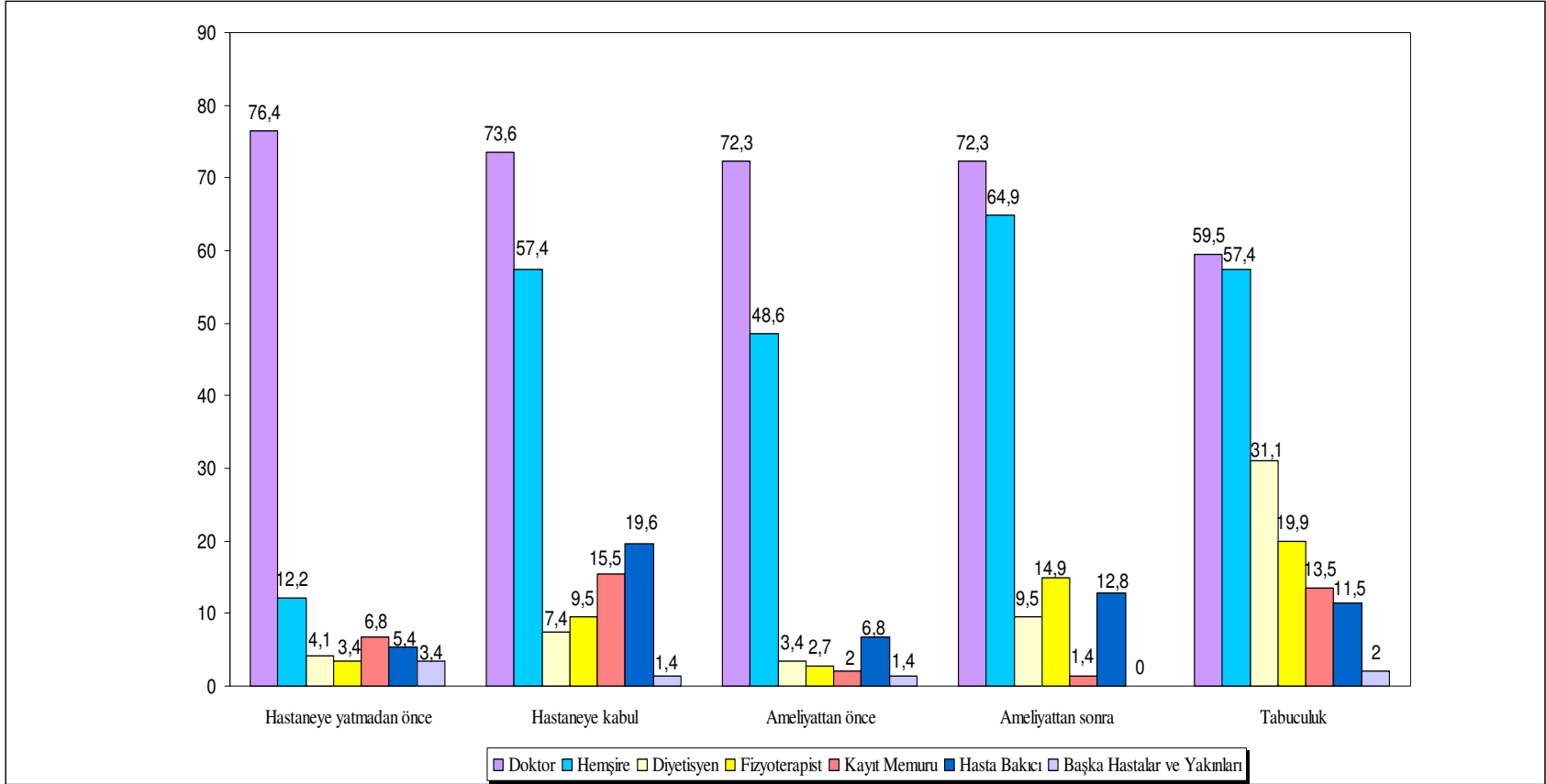
6.2 Hasta ve Yakınlarının Eğitim/Bilgilendirme Sürecine Yönelik Veriler ve İlgili Karşılaştırmalar

Aşağıdaki grafiklerde hastaların hastalıkları süresince bilgi alma durumları ile ilgili veriler yer almaktadır.



Şekil 3. Hastaların Hastalıkları Süresince Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı (N=148)

Şekil incelendiğinde, hastaların %8,8'inin hastaneye yatmadan önce, %0,7'sinin hastaneye kabulde, %4,1'inin ameliyat öncesinde, %2'sinin taburculukta hiçbir bilgi almadığı görülmektedir.



Şekil 4. Hastaların Hastalıkları Süresince Sağlık Profesyonelleri ve Diğer Kaynaklar Tarafından Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı (N=148)*
***Birden çok seçenek işaretlenmiştir.**

Hastaneye yatış öncesinde, hastalar en fazla sırasıyla doktor (%76,4), hemşire (%12,2) ve kayıt memuru (%6,8) tarafından bilgilendirilmişlerdir.

Hastaneye kabul sürecinde, hastalar en fazla sırasıyla doktor (%73,6), hemşire (%57,4) ve hasta bakıcı (%19,6) tarafından bilgilendirilmişlerdir.

Ameliyat öncesinde, hastalar en fazla sırasıyla doktor (%72,3), hemşire (%48,6) ve hasta bakıcı (%6,8) tarafından bilgilendirilmişlerdir.

Ameliyat sonrasında, hastalar en fazla sırasıyla doktor (%72,3), hemşire (%64,9) ve fizyoterapist (%14,9) tarafından bilgilendirilmişlerdir.

Taburculuk döneminde hastalar en fazla sırasıyla doktor (%59,5), hemşire (%57,4) ve diyetisyen (%31,1) tarafından bilgilendirilmişlerdir.

Tüm süreçlerde, hastaların en fazla doktorlar ve ikinci sırada da hemşireler tarafından bilgilendirilmiş olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Hastanelere Göre Hastaneye Kabulde Bilgi Alınan Kişilerin Karşılaştırılması (N=148)*

Hastane	Hastaneye Kabulde Bilgi Alınan Kişi	Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Devlet	Hemşire	50	49,5	51	50,5	$x^2 = 8,17$ $p = 0,004$
Özel		35	74,5	12	25,5	
Devlet	Diyetisyen	1	1	100	99	$x^2 = 19,18$ $p = 0,000$
Özel		10	21,3	37	78,7	
Devlet	Fizyoterapist	2	2	99	98	$x^2 = 20,77$ $p = 0,000$
Özel		12	25,5	35	74,5	
Devlet	Kayıt memuru	10	9,9	91	90,1	$x^2 = 7,70$ $p = 0,006$
Özel		13	27,7	34	72,3	
Devlet	Başka hastalar ve çevre	3	3	98	97	$x^2 = 9,20$ $p = 0,002$
Özel		8	17	39	83	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların, yattıkları hastaneler ile hastaneye kabul sürecinde bilgi aldıkları kişiler karşılaştırıldığında, hemşire ($x^2=8,17$, $p=0,004$), diyetisyen ($x^2=19,18$, $p=0,000$), fizyoterapist ($x^2=20,77$, $p=0,000$), kayıt memuru ($x^2=7,70$, $p=0,006$), başka hastalar ve çevreden ($x^2=9,20$, $p=0,002$) bilgi alma durumları arasında özel hastane lehinde anlamlı

farklar bulunmuştur. Özel hastanede tedavi gören hastaların hasta kabul sürecinde daha fazla bilgilendirildiği bulunmuştur. Doktordan bilgi alma ise anlamlı fark göstermemektedir.

Tablo 8. Hastaneler ile Ameliyattan Önce Hemşirelerden Bilgi Alan Hastaların Karşılaştırılması (N=148)

Hastane	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Devlet	40	39,6	61	60,4	$x^2 = 10,41$
Özel	32	68,1	15	31,9	p=0,001

Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların, yattıkları hastaneler ile ameliyattan önce hemşireler tarafından bilgi alma durumları karşılaştırılmış ve arasında anlamlı fark ($x^2 = 10,41$, $p=0,001$) bulunmuştur. Özel hastanede yatan hastalar, ameliyat öncesi hemşireler tarafından daha fazla bilgilendirilmiştir.

Tablo 9. Hastanelere Göre Hastaların Ameliyattan Sonra Bilgi Aldıkları Kişilerin Karşılaştırılması (N=148)*

Hastane	Ameliyattan Sonra Bilgi Alınan Kişi	Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Devlet	Hemşire	60	59,4	41	40,6	$x^2 = 4,15$
Özel		36	76,6	11	23,4	p=0,041
Devlet	Diyetisyen	2	2	99	98	$x^2 = 20,77$
Özel		12	25,5	35	74,5	p=0,000
Devlet	Fizyoterapist	5	5	96	95	$x^2 = 24,70$
Özel		17	36,2	30	63,8	p=0,000

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların, yattıkları hastaneye göre bilgi aldıkları kişiler karşılaştırılmış ameliyattan sonra, hemşire ($x^2 = 4,15$, $p=0,041$), diyetisyen ($x^2 = 20,77$, $p=0,000$) ve fizyoterapist ($x^2 = 24,70$, $p=0,000$) tarafından bilgi alma durumları arasında özel hastane lehine anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 10. Hastanelere Göre Hastaların Taburculukta Bilgi Aldıkları Kişilerin Karşılaştırılması (N=148)*

Hastane	Taburculukta Bilgi Alınan Kişi	Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Devlet	Hemşire	46	45,5	55	54,5	x² =10,83 p=0,001
Özel		35	74,5	12	25,5	
Devlet	Diyetisyen	23	22,8	78	77,2	x² =10,25 p=0,001
Özel		23	48,9	24	51,1	
Devlet	Fizyoterapist	7	6,9	94	93,1	x² =29,79 p=0,000
Özel		21	44,7	26	55,3	
Devlet	Kayıt memuru	9	8,9	92	91,1	x² =5,76 p=0,016
Özel		11	23,4	36	76,6	
Devlet	Başka hastalar ve çevre	4	4	97	96	x² =5,57 p=0,018
Özel		7	14,9	40	85,1	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların, yattıkları hastaneye göre taburculuk döneminde; hemşire ($x^2=10,83$, $p=0,001$), diyetisyen ($x^2=10,25$, $p=0,001$), fizyoterapist ($x^2=29,79$, $p=0,000$), kayıt memuru ($x^2=5,76$, $p=0,016$), başka hastalar ve çevreden ($x^2=5,57$, $p=0,018$) bilgi alma durumları arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir. Özel hastanede yatan hastalara taburculuk döneminde yapılan bilgilendirmelerin, devlet hastanesindeki hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 11. Hastaların Hastalıkları Sürecinde Bilgi Aldıkları Konuların Dağılımı (N=148)*

Bilgi Alma Zamanı	Konular	N	%
Hastaneye yatmadan önce	1. Hastalık hakkında bilgi	103	69,6
	2. Ameliyat hakkında bilgi	115	77,7
	3. İlaçlar	79	53,4
	4. Gerekli evraklar ve eşyalar	79	53,4
Hastaneye kabul	1. Hastanenin kuralları	65	43,9
	2. Ameliyat günü yapılacaklar	130	87,8
	3. Ameliyat hakkında bilgi	102	68,9
	4. Ameliyat ekibi	65	43,9
	5. Yoğun bakım ünitesi	94	63,5
Ameliyattan sonra	1. Beslenme	96	64,9
	2. Ayağa kalkma	125	84,5
	3. Boşaltım	95	64,2
	4. Refakatçi	90	60,8
	5. Ziyaretçi kabul	75	50,7
	6. Verilen ilaçlar	93	62,8
	7. Ruhsal değişiklikler	53	35,8
	8. Fiziksel değişiklikler	67	45,3
	9. Ağrı Kontrolü	64	43,2
Taburculuk	1. Göğüs kemiğini koruma	108	73
	2. Triflo kullanımı	75	50,7
	3. Yan etkiler	82	55,4
	4. İlaç kullanımı	93	62,8
	5. Beslenme ve diyet	106	71,6
	6. Seyahat etme	54	36,5
	7. Dini ibadet	18	12,2
	8. Banyo yapma	90	60,8
	9. Giyinme	66	44,6
	10. Uyku ve dinlenme	53	35,8
	11. Cinsel aktivite	21	14,2
	12. Hareket ve egzersiz	77	52
	13. Hastaneden çıkış ve ödeme	58	39,2
	14. Doktor kontrolü tarihi	104	70,3
	15. İlgili dernek ve kuruluşlar	12	8,1
	16. Evde bakım hizmetleri	12	8,1
	17. İyileşme ve işe geri dönebilme	48	32,4

***Birden çok seçenek işaretlenmiştir.**

Hastaların; hastaneye yatmadan önce en fazla ameliyat (%77,7), hastaneye kabulde ameliyat günü yapılacaklar (%87,8), ameliyattan sonra ayağa kalkma (%84,5), taburcu olmadan önce ise göğüs kemiğinin korunması (%73) hakkında daha fazla bilgilendirildiği görülmektedir.

Tablo 12. Hastanelere Göre Hastalara Hastaneye Kabulde Verilen Bilgilerin Karşılaştırılması (N=148)*

Hastane	Hastaneye Kabulde Bilgi Alınan Konular	Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Devlet	Ameliyat süreci	58	57,4	43	42,6	$\chi^2 = 19,61$ $p = 0,000$
Özel		44	93,6	3	6,4	
Devlet	Ameliyata girecek sağlık ekibi	36	35,6	65	64,4	$\chi^2 = 8,84$ $p = 0,003$
Özel		29	61,7	18	38,3	
Devlet	Yoğun bakım ortamı	57	56,4	44	43,6	$\chi^2 = 6,87$ $p = 0,009$
Özel		37	78,7	10	21,3	
Devlet	Verilen ilaçlar	56	55,4	45	44,6	$\chi^2 = 7,44$ $p = 0,006$
Özel		37	78,7	10	21,3	
Devlet	Olası fiziksel değişiklikler	40	39,6	61	60,4	$\chi^2 = 4,12$ $p = 0,042$
Özel		27	57,4	20	42,6	
Devlet	Ağrı kontrol yöntemleri	38	37,6	63	62,4	$\chi^2 = 4,09$ $p = 0,043$
Özel		26	55,3	21	44,7	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların, tedavi gördükleri hastaneler ile hastaneye kabul sürecinde bilgi aldıkları konular arasında; ameliyat süreci ($\chi^2=19,61$, $p=0,000$), ameliyata girecek sağlık ekibi ($\chi^2=8,84$, $p=0,003$), yoğun bakım ortamı ($\chi^2=6,87$, $p=0,009$), verilen ilaçlar ($\chi^2=7,44$, $p=0,006$), gerçekleşmesi olası fiziksel değişiklikler ($\chi^2=4,12$, $p=0,042$) ve ağrı kontrol yöntemleri ($\chi^2 =4,09$, $p=0,043$) anlamlı farklar bulunmuştur. Özel hastanede yatan hastaların devlet hastanesindeki hastalara göre hasta kabul sürecinde daha fazla bilgi aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 13. Hastanelere Göre Taburculukta Verilen Bilgilerin Karşılaştırılması (N=148)*

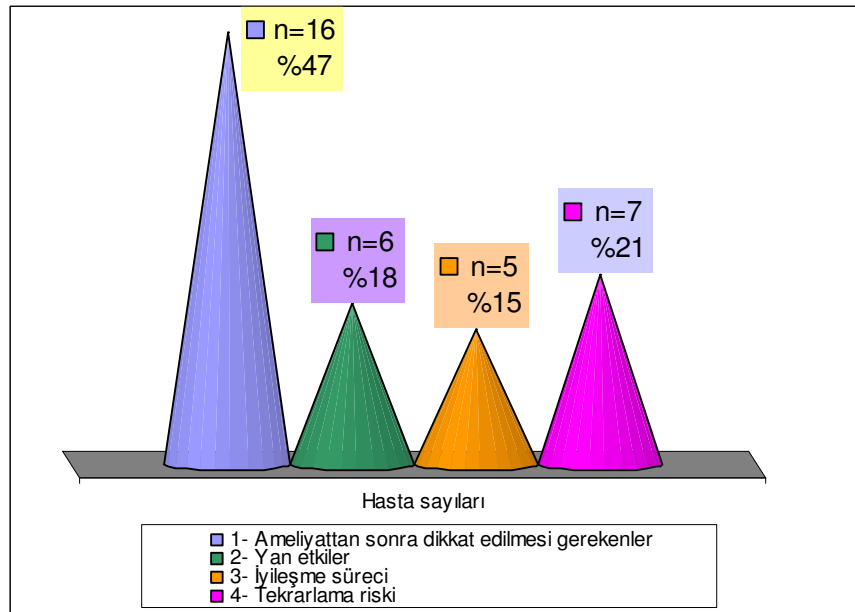
Hastane	Taburculuk Sürecinde Verilen Bilgiler	Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Devlet Özel	Göğüs kemiğinin korunması	65 43	64,4 91,5	36 4	35,6 8,5	$x^2 = 11,97$ p=0,001
Devlet Özel	Triflo kullanımı	41 34	40,6 72,3	60 13	59,4 27,7	$x^2 = 12,93$ p=0,000
Devlet Özel	Yan etkiler	43 39	42,6 83,0	58 8	57,4 17,0	$x^2 = 21,19$ p=0,000
Devlet Özel	İlaç kullanımı	58 35	57,4 74,5	43 12	42,6 25,5	$x^2 = 3,98$ p=0,046
Devlet Özel	Beslenme	63 43	62,4 91,5	38 4	37,6 8,5	$x^2 = 13,37$ p=0,000
Devlet Özel	Seyahat etme	20 34	19,8 72,3	81 13	80,2 27,7	$x^2 = 38,20$ p=0,000
Devlet Özel	Dini ibadet uygulaması	7 11	6,9 23,4	94 36	93,1 76,6	$x^2 = 8,14$ p=0,004
Devlet Özel	Banyo yapma	48 42	47,5 89,4	53 5	52,5 10,6	$x^2 = 23,55$ p=0,000
Devlet Özel	Giyinme	28 38	27,7 80,9	73 9	72,3 19,1	$x^2 = 36,64$ p=0,000
Devlet Özel	Uyku ve dinlenme	30 53	63,8 35,8	17 95	36,2 64,2	$x^2 = 23,52$ p=0,000
Devlet Özel	Hareket ve egzersiz	41 36	40,6 76,6	60 11	59,4 23,4	$x^2 = 16,65$ p=0,000
Devlet Özel	Doktor kontrolüne gelme zamanı	62 42	61,4 89,4	39 5	38,6 10,6	$x^2 = 12,01$ p=0,001
Devlet Özel	İyileşme süreci	22 26	21,8 55,3	79 21	78,2 44,7	$x^2 = 16,46$ p=0,000

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların tedavi gördükleri hastanelere göre taburculuk döneminde yapılan bilgilendirmeler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Hastaların, yattıkları hastaneye göre taburculuk döneminde; göğüs kemiğinin korunması ($x^2=11,97$, $p=0,001$), triflo kullanımı ($x^2 = 12,93$, $p=0,000$), yan etkiler ($x^2 = 21,19$, $p=0,000$), ilaç kullanımı ($x^2 = 3,98$, $p=0,046$), beslenme ($x^2=13,37$, $p=0,000$), seyahat etme ($x^2=38,20$, $p=0,000$), dini ibadet uygulaması

($x^2=8,14$, $p=0,004$), giyinme ($x^2=36,64$, $p=0,000$), uyku ve dinlenme ($x^2=23,52$ $p=0,000$), hareket ve egzersiz ($x^2=16,65$, $p=0,000$), doktor kontrolüne gelme zamanı ($x^2=12,01$, $p=0,001$) ve iyileşme süreci ($x^2=16,46$, $p=0,000$) hakkında bilgi alma durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Uyku ve dinlenme dışında taburculuk döneminde, özel hastanedeki hastalar devlet hastanesindekilere göre daha fazla bilgilendirilmiştir.

Hastalara hastalıkları ile ilgili bilgi almak istedikleri konular sorulmuş ve önem sırasına göre yazmaları istenmiştir.



Şekil 5. Hastaların En Fazla Öğrenmek İstedikleri Konuların Sıralaması (N=34)

Hastaların en fazla öğrenmek istedikleri konular sırasıyla ameliyattan sonra dikkat edilmesi gerekenler (%47), hastalığın tekrarlama riskinin olup olmadığı (%21), yan etkiler (%18) ve iyileşme sürecidir (%15).

Tablo 14. Hasta Eğitimi Uygulamaları ile İlgili Verilerin Dağılımı (N=148)*

Hasta Eğitimi Uygulamaları	Uygulama Yöntemi	n	%
Kullanılan yöntem ve materyal	1. Sözlü anlatım	135	91,2
	2. Uygulama	30	20,3
	3. Video gösterimi	16	10,8
	4. Resim ve şekillerle gösterim	44	29,7
	5. Broşür verme	60	59,5
Tercih edilen yöntem	1. Sözlü anlatım	118	79,7
	2. Uygulama	49	33,1
	3. Video gösterimi	54	36,5
	4. Basılı materyaller kullanılması	50	33,8
	5. İnternet	26	17,6
Eğitim/bilgi verilen yer	1. Hasta odası	126	85,1
	2. Özel eğitim odası	14	9,5
	3. Doktor odası	42	28,4
	4. Hemşire odası	6	4,1
	5. Diğer (koridor, bahçe...)	8	5,4
Tercih edilen eğitim/bilgilendirilme Ortamı	1. Hasta odası	96	64,9
	2. Özel eğitim odası	65	43,9
	3. Doktor odası	38	25,7
	4. Hemşire odası	10	6,8
	5. Diğer (koridor, bahçe...)	3	2,0

***Birden çok seçenek işaretlenmiştir.**

Hastaların hasta eğitimi süreçlerinde en fazla sözlü olarak (%91,2) bilgilendirildikleri ve %59,5'ine broşür verildiği görülmektedir. Hastaların eğitim almak istediklerini eğitim yöntemi; sözlü anlatım (%79,7), video gösterimi (%36,5), görsel materyaller (%33,8), uygulama (%33,1), internetten araştırma (%17,6) 'dır. Hastaların %85,1'inin odasında bilgi aldığını ancak %64,9'unun kendi odasında, %43,9'u ise özel bir eğitim odasında eğitim almak istediği belirlenmiştir.

Tablo 15. Hasta Yakınlarının Eğitimi ile İlgili Verilerin Dağılımı (N=148)*

Uygulamalar		n	%
Hasta yakınlarına bilgi verilmesi	Evet	100	67,6
	Hayır	32	21,6
	Bilmiyorum	16	10,8
Bilgilendirilmesi tercih edilen hasta yakını*	Anne, baba	10	6,8
	Kardeş	29	19,6
	Çocuklar	75	50,7
	Eş	80	54,1
Hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin önemi	Önemli	143	96,6
	Önemli değil	0	0
	Kısmen önemli	5	3,4
Hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin önem nedeni*	Daha çabuk iyileşme	110	74,3
	Yan etkileri önleme	110	74,3
	Endişe ve korkuyu azaltma	89	60,1
	Diğer	12	8,1
Hasta bilgilendirilmesinde/ eğitiminde rol alması istenen kişiler*	Hastaya bakan hemşire	96	64,9
	Eğitim hemşiresi	93	62,8
	Doktor	120	81,1
	Diğer sağlık personelleri	38	25,7
	Hasta yakınları	24	16,2
	Başka hasta ve yakınları	5	3,4
	Kendim araştırmalıyım	8	5,4

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hastalar, yakınlarının (%67,6) bilgilendirildiğini ifade etmişlerdir. Hastaların bilgi verilmesini istedikleri yakınları arasında eşleri (%54,1) ilk sırada yer almakta, bunu çocuklar (%50,7) izlemektedir. Hastaların tamamına yakını hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin çok önemli olduğunu düşünmektedir. Yakınlarının bilgilendirilmesinin iyileşme sürecini hızlandırma (%74,3), yan etkileri önleme (%74,3), endişe ve korkuyu azaltma (%60,1) açısından önemli olduğunu düşünmektedirler. Diğer seçeneğinde, hastanın bakımının kolay olması, hastanın duygularının daha iyi anlaşılması, dikkatli olunması, acil bir durumda müdahale edilebilmesi, hastaya yardım edilebilmesi açısından yakınlarının bilgilendirilmesinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir.

Hastalar, hasta eğitimlerinde doktorun en önemli rolü üstlendiğini (%81,1) hastaya bakan hemşirenin (%64,9) ve eğitim hemşiresinin (%62,8) de hasta eğitiminde önemli rolü olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 16. Hastaneler Göre Hasta Yakınlarının Bilgilendirilme Durumunun Karşılaştırılması (N=148)

Hastane		Evet		Hayır		Bilmiyorum		
		n	%	n	%	n	%	
Devlet	Hasta yakınlarına	59	58,4	27	26,7	15	14,9	$x^2 = 12,58$ $p = 0,002$
Özel	Bilgi verilmesi	41	87,2	5	10,6	1	2,1	

Hastaların tedavi gördükleri hastaneye göre yakınlarına bilgi verilmesi arasında anlamlı fark ($x^2=12,58$, $p=0,002$) vardır. Özel hastanedeki hastaların yakınları devlet hastanesindekilere göre daha fazla bilgilendirilmektedir.

Tablo 17. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Bilgi Verilmesini Tercih Ettikleri Yakınlarının Karşılaştırılması (N=148)*

Cinsiyet	Bilgi Verilmesi Tercih Edilen Hasta Yakını	Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Kadın	Çocuklar	35	67,3	17	32,7	$x^2 = 8,87$ $p = 0,003$
Erkek		40	41,7	56	58,3	
Kadın	Eş	19	36,5	33	63,5	$x^2 = 9,90$ $p = 0,002$
Erkek		61	63,5	35	36,5	

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların cinsiyetlerine göre bilgi verilmesini tercih ettikleri yakınlarını karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuş, kadın hastaların en fazla çocuklarının ($x^2=8,87$, $p=0,003$), erkek hastaların ise en fazla eşlerinin ($x^2=9,90$, $p=0,002$) bilgilendirilmesini tercih ettikleri belirlenmiştir.

6.3. Hemşirelerin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Veriler ve Karşılaştırmaları

Hemşirelerin hasta eğitimindeki rolüne yönelik veriler Tablo. 18’de yer almaktadır.

Tablo 18. Hastaların Hemşirelerin Yaptığı Eğitim Faaliyetlerine Yönelik Düşüncelerinin Dağılımı (N=148)*

Eğitim Faaliyetlerine Yönelik Düşünceler		n	%
Hemşireler tarafından yapılan bilgilendirilmelerin yeterliliği	1. Yeterli	91	61,5
	2. Yetersiz	12	8,1
	3. Kısmen yeterli	45	30,4
Hemşirelerin ilgisinden memnun olma	1. Memnunum	133	89,9
	2. Memnun değilim	1	0,7
	3. Kısmen memnunum	14	9,6
Hemşirelere rahatça soru sorabilme	1. Evet	129	87,2
	2. Hayır	4	2,7
	3. Kısmen	15	10,1
Hemşirelerin hastaların soruları verdikleri cevapların yeterliliği	1. Yeterli	120	81,1
	2. Yetersiz	5	3,4
	3. Kısmen yeterli	23	15,5
Hastanede özel bir eğitim hemşiresinin olmasını isteme	1. Gerekli	140	94,6
	2. Gerekli değil	8	5,4
Hastalara göre iyi bir hemşirenin sahip olması gereken özellikler*	1. Güler yüzlü, sıcak	128	86,5
	2. Deneyimli olma	134	90,5
	3. İhtiyaçları karşılayabilme	81	54,7
	4. Bilgilendirici	115	77,7
	5. Güven verebilme	98	66,2

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hastalar hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bulmuş (%61,5) hemşirelerin ilgisinden (%89,9) memnun kalmışlardır. Hastalar hemşirelere rahatça soru sorabildiklerini (%87,2) ve sorularına karşılık aldıkları cevapların yeterli olduğunu (%81,1) düşünmektedir. Hastaların % 94,6’sı hastanede özel bir eğitim hemşiresinin olmasını gerekli görmüştür. Hastalar iyi bir hemşirenin sahip olması gereken özellikleri; deneyimli (%90,5), güler yüzlü, sıcak (%86,5), bilgilendirici (%77,7) şeklinde sıralamıştır.

Tablo 19. Hastanelere Göre Eğitim Hemşiresinden Eğitim Almak İsteyen Hastaların Karşılaştırması (N=148)

Hastane	Eğitimci Tercihi	Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Devlet	Eğitim hemşiresinden bilgi	57	56,4	44	43,6	$\chi^2=5,58$
Özel	almak isteyen hastalar	36	76,6	11	23,4	p=0,018

Satır yüzdesi alınmıştır.

Hastaların tedavi gördükleri hastaneye göre eğitim hemşiresinden eğitim/bilgi almak istemeleri arasında anlamlı fark ($\chi^2=5,58$, $p=0,018$) vardır. Özel hastanedeki hastalar daha fazla eğitim hemşiresinden eğitim almak istemektedir.

Tablo 20. Hastaların Hemşirelerden Aldıkları Bilgilerin Yeterli Olduğunu Düşünceleri ile Hastalıkları Süresince Verilen Bilgilerin Karşılaştırılması (N=148)

Konular	Hemşireler Tarafından Verilen Bilgilerin Yeterli Olduğunu Düşünme						
	Evet		Hayır		Kısmen		
	n	%	N	%	n	%	
Ameliyat sonrası kullanılan ilaçlar	60	75,9	7	8,9	12	15,2	$\chi^2=18,78$ p=0,000
Ameliyat sonrası beslenme	66	68,8	7	7,3	23	24	$\chi^2=6,30$ p=0,043
Taburculuk sonrası beslenme	72	67,9	7	6,6	27	25,5	$\chi^2=6,55$ p=0,038
Seyahat etme	39	72,2	1	1,9	14	25,9	$\chi^2=6,25$ p=0,044
Egzersiz	51	66,2	1	1,3	25	32,5	$\chi^2=9,99$ p=0,007

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Hastaların hemşirelerden aldıkları bilgilerin yeterli olduğunu düşünceleri ile hastalıkları süresinde bilgi aldıkları konular arasında; ameliyattan sonra kullanılan ilaçlar ($\chi^2=18,78$, $p=0,000$), ameliyat sonrası beslenme ($\chi^2=6,30$, $p=0,043$), taburculuk sonrası beslenme ($\chi^2=6,55$, $p=0,038$), seyahat ($\chi^2=6,25$, $p=0,044$) ve egzersiz ($\chi^2=9,99$, $p=0,007$) anlamlı farklar bulunmuştur. Hemşirelerin bu konularda yaptıkları bilgilendirme ve eğitimler hastalar tarafından yeterli bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

Araştırma KVC operasyonu geçirmiş hastaların bilgilendirilme durumlarını ve hemşirenin eğitici rolüne ilişkin hastaların görüşlerini incelemek amacıyla İstanbul ili sınırları içinde bulunan Sağlık Bakanlığı' na bağlı biri kamu diğeri özel olan iki hastanede 148 hasta ile gerçekleştirilmiş olup elde edilen bulgular literatür bilgilerinin ışığında 3 bölümde tartışılmıştır:

7.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2 Hasta ve Yakınlarının Eğitim Sürecine Yönelik Verilerin Tartışılması

7.3 Hemşirelerin Hasta Eğitimindeki Rolüne Yönelik Verilerin Tartışılması

7.1 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların %68,2'si devlet hastanesinde, %31,8'i özel hastanede KVC operasyonu nedeniyle yatmaktadır. Hastaların %85,5'i evli, %64,9'u erkek ve %56,7'si ilköğretim mezunudur (**Tablo 2**). Hastaların öğrenim düzeyi, hasta eğitiminde dikkate alınacak önemli bir değişkendir (Taşocak 2003). Araştırmadaki hastaların yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olması, eğitim içeriklerinin ve kullanılan dilin basit, anlaşılır olması ve hastaların düzeyine uygun şekilde yapılandırması gerektiğini göstermektedir. Hastaların yaşları 21 ile 79 yaş arasında değişmektedir, yaş ortalaması 56,6'dır. Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 2002 yılında yapılan Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) araştırmasında, ülkemizdeki kalp damar hastalarının yaş ortalamasının 51,7 olduğu bulunmuştur (Keleş 2008). Bu sonuç, çalışmamızda elde edilen ortalamanın, ülke profiline uygun olduğunu göstermektedir.

Hastaların hastalıkla ilgili diğer özellikleri sorgulandığında, yarısının bu hastalık dışında ikinci (diyabet, hipertansiyon, migren) bir hastalığı olduğu ve %61'inin daha önce hastanede yattığı (**Şekil 1**) belirlendi. Hastalar, sağlığa zararlı davranışlarını sırasıyla, aşırı stresli ve telaşlı olma, sigara içme ve spor yapmama olarak ifade ettiler (**Tablo 2**). Literatürde, koroner kalp hastalıklarının majör risk faktörleri; ileri yaş, erkek cinsiyet, aile hikayesi, hipertansiyon, diyabet, spor yapmama, sigara içme olarak sıralanmakta ve stresin de risk oluşturduğu belirtilmektedir (Tekbaş 2008, Braunwald ve ark. 2000, Keleş 2008, Committee on the Management of Patients with Unstable Angina, ACC/AHA 2000). Hastaların tanıtıcı özellikleri, kalp hastalıklarına yakalanmada risk gurubu içinde bulduklarını göstermektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre zarar verici alışkanlıkları karşılaştırıldığında, alkol alma ($\chi^2=8,53$, $p=0,003$) ve sigara içme alışkanlığı ($\chi^2=9,45$, $p=0,002$) arasında anlamlı fark bulundu. Erkek hastaların kadınlara göre sigara ve alkol alışkanlığı daha fazladır (**Tablo 3**). TEK HARF çalışmasına göre, erişkin erkeklerin %59,4'ü, kadınların %18,9'u sigara içicisidir (Keleş 2008). Sigara ve alkol kullanımının erkeklerde daha fazla olmasının ülkemizin sosyo- kültürel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %62'sini baypas operasyonu geçirmiş hastalar oluşturmaktadır (**Şekil 2**). Yatış süresi ortalaması yaklaşık 10 gündür. Bu sürenin hastaya ve ailesine eğitim verilmesi için yeterli bir süre olduğu düşünülmektedir.

Hastalar hastalıkları ile ilgili duygu ve düşüncelerini; tekrar hastalanmaktan korkma, işine engel olacağı düşüncesi, tamamen iyileşememekten korkma, kendini yarım insan gibi hissetme olarak sıralamışlardır (**Tablo 4**). İşkesen, Yıldırım ve Şirin (2007) tarafından yapılan araştırmada, baypas operasyonu geçirmiş hastaların anksiyete düzeylerinde ameliyat öncesine göre, ameliyat sonrasında anlamlı düzeyde artış olduğu, Demirtaş (1992) tarafından yapılan araştırmada, akut miyokard infarktüsü geçiren hastalarda, ölüm korkusu yaşandığı, anksiyete ve depresyon geliştiği ve hastanın kendine güveninin azaldığı bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen bulgular diğer araştırma sonuçlarıyla uyumludur.

Hastaların öğrenim düzeyleri ile hastalıkları hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmeleri karşılaştırıldığında, anlamlı fark ($\chi^2=26,82$, $p=0,000$) bulundu (**Tablo 5**). Öğrenim seviyesi yükseldikçe, hastaların hastalıkları hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme oranı artmaktadır. Öğrenim seviyesi arttıkça hastaların öğrenmeye ilgilerinin arttığı ve bilgi kaynaklarını daha etkili kullandıkları düşünülmektedir.

Hastaların geçirdikleri operasyon ile hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark ($\chi^2=9,17$, $p=0,027$) bulundu. Hastalığı hakkında bilgisinin yetersiz olduğunu düşünenler, daha çok baypas operasyonu geçirmiş hastalardır (**Tablo 6**). Hastaların çoğunluğunu (%62) oluşturan baypas hastalarının, hastalıkları hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğunu düşünmeleri hasta eğitimlerinin etkinliği açısından dikkat çekici ve üzücü bir sonuçtur. İşkesen, Yıldırım ve Şirin (2007), baypas hastalarının ameliyat sonrasında nörokognitif etkilenme (konsantrasyon, problem çözme, zeka, hafıza, öğrenme fonksiyonlarında azalma) durumlarında değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir. Baypas operasyonu geçirmiş hastaların bir kısmının öğrenme fonksiyonlarının etkilenmiş olması bu sonuca etki etmiş olabilir.

7.2 Hasta ve Yakınlarının Eğitim Sürecine Yönelik Verilerin Tartışılması

Hastaların hastalıkları süresince bilgi alma durumları ile ilgili veriler incelendiğinde; hastaların %8,8'inin hastaneye yatmadan önce, %0,7'sinin hastaneye kabulde, %4,1'inin ameliyat öncesinde, %2'sinin taburculukta hiçbir bilgi almadığı görülmektedir (**Şekil 3**). Hastaneye yatmadan önce hiç bilgi verilmemesinin, diğer süreçlere göre fazla olması, kalp hastalıklarında acil olarak hastaneye yatış ve ameliyata alınmayla bağlantılı olabilir.

Hastaların hastalıkları süresince sağlık profesyonelleri ve diğer kaynaklar tarafından bilgilendirilme durumlarının dağılımına bakıldığında; hastaneye yatış öncesinde, hastaneye kabulde, ameliyat öncesinde ve taburculuk sürecinde hasta ve yakınlarının en fazla doktorlar tarafından bilgilendirildiği, bunu hemşirelerin izlediği belirlenmiştir (**Şekil 4**). Doktorların bu süreçte aktif rol oynaması beklenen bir sonuçtur. Babacan (2008) tarafından yapılan araştırmada, hemşirelerin günlük faaliyetleri sıralaması içinde hasta eğitiminin beşinci sırada yer aldığı, ilaç tedavisine ağırlık verdikleri bulunmuştur. İlgili çalışmalarda; hemşirelerin eğitici rolünü, uygulama ve bakım verici rollerine göre daha az oranda gerçekleştirdiği, hemşirelerin hasta eğitimini etkin şekilde uygulamadıkları ifade edilmiştir (Babacan 2008).

Dikkat çekici bir başka bulgu da, hasta bakıcıların diyetisyen ve fizyoterapist kadar hastaların bilgilendirilmelerinde rol aldıklarıdır. En fazla hastaneye kabul, ameliyat sonrası ve taburculukta aktif bilgilendirme yaptıkları görülmektedir. Bunun nedeni hasta kabulde ve taburculukta hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle, bazı bilgilerin hasta bakıcı tarafından verilmesi olabilir. Hasta bakıcıların hasta eğitiminde aktif rol oynaması hasta bakıcıların hasta eğitimi konusunda bilgilendirilmesi ihtiyacını doğurmaktadır.

Fizyoterapistlerin ameliyat sonrasında, diyetisyenlerin de taburculuk sırasında hasta eğitiminde aktif rol almaları beklenen bir sonuçtur. Ancak fizyoterapist ve diyetisyen tarafından eğitim verilen hasta sayısının toplamda düşük olması üzücüdür. Demirtaş (1992) kardiyak hastaların ameliyat sonrası egzersiz yapmalarının, hastanın iyileşme sürecini hızlandırdığını ve komplikasyonları azalttığını gösteren bir çok araştırma olduğunu belirtmiştir. Kalp damar cerrahi operasyonu sonrasında, fizyoterapist ve diyetisyenler tarafından egzersiz ve beslenme konusunda hastaların eğitilmesi, iyileşme sürecini

etkileyen önemli bir faktördür. Hastanelerde diyetisyen ve fizyoterapist sayısının yeterli olmaması, hasta eğitimi açısından sıkıntı yaratmakta olup ülkemiz şartlarında bilinen bir gerçektir.

Hastaların, yattıkları hastanelere göre **hastaneye kabul sürecinde** bilgi aldıkları kişiler karşılaştırıldığında, hemşire ($x^2=8,17$, $p=0,004$), diyetisyen ($x^2=19,18$, $p=0,000$), fizyoterapist ($x^2=20,77$, $p=0,000$), kayıt memuru ($x^2=7,70$, $p=0,006$), başka hastalar ve çevreden ($x^2=9,20$, $p=0,002$) bilgi alma durumları arasında özel hastane lehine anlamlı fark bulunmuştur (**Tablo 7**). Özel hastanede tedavi gören hastaların hasta kabul sürecinde daha fazla bilgilendirildiği bulundu. Doktordan bilgi alma ise anlamlı fark göstermemektedir. Hastaların, yattıkları hastaneler ile **ameliyattan önce** hemşireler tarafından bilgi alma arasında anlamlı fark ($x^2=10,41$, $p=0,001$) bulundu (**Tablo 8**). Özel hastanede yatan hastalar, ameliyat öncesi hemşireler tarafından daha fazla bilgilendirilmiştir. Hastaların, yattıkları hastaneye göre **ameliyattan sonra** hemşire ($x^2 =4,15$, $p=0,041$), diyetisyen ($x^2=20,77$, $p=0,000$) ve fizyoterapist ($x^2 =24,70$, $p=0,000$) tarafından bilgi alma durumları arasında özel hastane lehine anlamlı fark vardır (**Tablo 9**). Hastaların, yattıkları hastaneye göre **taburculuk döneminde** hemşire ($x^2=10,83$, $p=0,001$), diyetisyen ($x^2=10,25$, $p=0,001$), fizyoterapist ($x^2=29,79$, $p=0,000$), kayıt memuru ($x^2=5,76$, $p=0,016$), başka hastalar ve çevreden ($x^2=5,57$, $p=0,018$) bilgi alma durumları arasında anlamlı fark vardır (**Tablo 10**). Özel hastanede yatan hastalara taburculuk döneminde yapılan bilgilendirmelerin, devlet hastanesindeki hastalara göre daha fazla olduğu belirlendi.

Hasta kabul sürecinde, ameliyat öncesinde, ameliyat sonrasında ve taburculuk döneminde özel hastanedeki hastaların devlet hastanesindeki hastalara göre daha fazla bilgi aldığı bulundu. Bu durum devlet hastanesi ve özel hastanede görevli sağlık personeli sayısından kaynaklanmış olabilir. Araştırmamızın yapıldığı devlet hastanesinde 16 yataklı KVC servisinde 3 hemşire, 1 hasta bakıcı bulunmakta, 3 katı bulunan KVC bölümünde 1 fizyoterapist ve 1 diyetisyen; özel hastanede ise 6 yataklı serviste 3 hemşire, 1 hasta bakıcı, 2 servisi bulunan KVC bölümünde 1 fizyoterapist ve 1 diyetisyen görev yapmaktadır. Özel hastane lehine çıkan sonuçlarda sağlık personeli dağılımının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastaların hastalıkları sürecinde bilgi aldıkları konular incelendiğinde; hastaneye yatmadan önce en fazla ameliyat (%77,7), hastaneye kabulde ameliyat günü yapılacaklar (%87,8), ameliyattan sonra ayağa kalkma (%84,5), taburcu olmadan önce ise göğüs kemiğinin korunması (%73) hakkında daha fazla bilgilendirildiği belirlendi (**Tablo 11**). KVC hastalarının hastalıkları süresince en çok bilgi aldıkları konular, ameliyat ve hazırlıkları, ameliyat sonrası ayağa kalkma, göğüs kemiğinin korunmasıdır. Hemşireler tarafından yapılan eğitimlerin hastanın hayati ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olduğu görülmektedir.

Hastaların, tedavi gördükleri hastaneler ile hastaneye kabul ve taburculuk sürecinde bilgi aldıkları konular arasında anlamlı fark belirlendi. **Hastaneye kabulde**, ameliyat süreci ($x^2=19,61$, $p=0,000$), ameliyata girecek sağlık ekibi ($x^2=8,84$, $p=0,003$), yoğun bakım ortamı ($x^2=6,87$, $p=0,009$), verilen ilaçlar ($x^2=7,44$, $p=0,006$), gerçekleşmesi olası fiziksel değişiklikler ($x^2=4,12$, $p=0,042$) ve ağrı kontrol yöntemleri ($x^2=4,09$, $p=0,043$) konularında anlamlı farklar bulundu (**Tablo 12**). **Taburculuk döneminde** ise; göğüs kemiğinin korunması ($x^2=11,97$, $p=0,001$), triflo kullanımı ($x^2=12,93$, $p=0,000$), yan etkiler ($x^2=21,19$, $p=0,000$), ilaç kullanımı ($x^2=3,98$, $p=0,046$), beslenme ($x^2=13,37$, $p=0,000$), seyahat etme ($x^2=38,20$, $p=0,000$), dini ibadet uygulaması ($x^2=8,14$, $p=0,004$), giyinme ($x^2=36,64$, $p=0,000$), uyku ve dinlenme ($x^2=23,52$, $p=0,000$), hareket ve egzersiz ($x^2=16,65$, $p=0,000$), doktor kontrolüne gelme zamanı ($x^2=12,01$, $p=0,001$) ve iyileşme süreci ($x^2=16,46$, $p=0,000$) hakkında bilgi alma durumları arasında anlamlı fark bulundu (**Tablo 13**). Uyku ve dinlenme dışındaki tüm konularda, özel hastanedeki hastalar daha fazla bilgilendirilmiştir. Hastaneye yatmadan önce ve ameliyattan sonra verilen bilgiler arasında kurumsal farklılıkların olmaması memnuniyet vericidir. Özellikle ameliyattan sonraki dönemin hastanın iyileşme sürecindeki etkisi düşünüldüğünde kurumsal farklılıkların olmaması istenen bir sonuçtur. Hastaneye kabul ve taburculuk döneminde kurumsal farklılıkların olmasının özel hastanede taburculukta kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin hastalara planlı ve sistematik bir hasta eğitimi yapmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Özel hastanede yatan hastalara bu konularda daha fazla bilgi verilmiştir. Özel hastanede hasta eğitimine daha fazla ağırlık verilmesinin, hastane politikalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmamıza katılan özel hastanenin JCI akreditasyon

belgesinin olması, hastaneye kabul sürecinde uygulanan sistematik işlemlerin hasta eğitimine katkıda bulunduğunu göstermektedir.

Hastalara hastalıkları ile ilgili en fazla öğrenmek istedikleri konular sırasıyla; ameliyattan sonra dikkat edilmesi gerekenler, hastalığın tekrarlama riskinin olup olmadığı, yan etkiler ve iyileşme sürecidir (**Şekil 5**). Bu bulgular doğrultusunda, hastaların ameliyat sonrası döneme yönelik duyarlılıklarının arttığını söylemek mümkündür. Hemşirelerin hasta eğitiminde bu konulara öncelik vermeleri, hastaların beklentisini karşılamaya yardımcı olacaktır.

Hastaların hasta eğitimi süreçlerinde en fazla sözlü olarak (%91,2) bilgilendirildikleri ve %59,5'ine broşür verildiği belirlendi (**Tablo 14**). KVC operasyonları sonrasında komplikasyon gelişme riski yüksektir (Yılmaz 2002). Komplikasyonların önlenmesi için hastaların bilgilendirilmesi çok önemlidir (Yılmaz 2002, Taşocak 2003, Oğuz 2003). Hastaların sözlü olarak bilgilendirilme oranlarının yüksek olması sevindirici, bilgilendirilmede kalıcılığı sağlamak için verilen yazılı materyallerin ve broşürlerin oranının düşük olması üzücüdür. Hastaların eğitim almak istedikleri eğitim ve materyaller; sözlü anlatım, video gösterimi, görsel materyaller, uygulama, internetten araştırmadır. Hasta eğitiminde verilen bilginin kalıcı olmasını sağlamak amacıyla hasta ve yakınlarına göre çeşitli eğitim yöntemleri kullanılabilir (Okçabol 1996, Taşocak 2003). Hastalar sözlü olarak anlatımın yanı sıra video gösterimi, görsel materyaller, uygulama yaptırılması ve internetten araştırarak bilgi edinmek istediklerini ifade etmişlerdir. Hasta eğitimcilerinin, hasta eğitimlerinde birden fazla eğitim yöntemini kullanması gerekliliği hastalar tarafından da ifade edilmektedir. Hastaların %85,1'i odasında bilgi aldığını, ancak %64,9'unu kendi odasında, %43,9'u ise özel bir eğitim odasında eğitim almak istediğini belirtmiştir. Hasta eğitimi için özel bir eğitim odasının olmasının hastalar tarafından da istendiğini görülmektedir.

Hasta yakınlarının eğitimi ile ilgili veriler (**Tablo 15**) incelendiğinde; %67,6 oranında hasta yakınlarının bilgilendirildiği belirlenmiştir. Hastaların bilgi verilmesini istedikleri yakınları arasında eşleri ilk sırada yer almakta, bunu çocuklar izlemektedir. Hastaların tamamına yakını hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin çok önemli olduğunu düşünmektedir. Yakınlarının bilgilendirilmesinin iyileşme sürecini hızlandırma, yan

etkileri önleme, endişe ve korkuyu azaltma açısından yararlı olduğuna inanmaktadırlar. Hastaların tamamına yakını, yakınlarının bilgilendirilmesini önemli bulurken sadece %67'sinin yakınının bilgilendirilmesi hastaların bu beklentisinin karşılanmadığını göstermektedir. KVC operasyonu gibi ciddi bir ameliyat süreci sonrasında hasta ailesinin bilgi ve desteği iyileşme sürecini etkileyen önemli bir faktördür. Hastaların tamamına yakını, yakınlarının bilgilendirilmesini önemli bulurken, buna karşın sadece %67'sinin yakınlarına bilgi verilmesi, hastaların bu ihtiyacının yeterince karşılanmadığını düşündürmektedir.

Hastalara hasta eğitiminde rol almasını istedikleri kişiler sorulduğunda; hasta eğitimlerinde %81,1 oranında doktorun, %64,9 oranında hastaya bakan hemşirenin ve %62,8 oranında eğitim hemşiresinin rol almasını istemişlerdir. Hastaların doktor ve hemşireleri eğitimci olarak istemelerinin nedeni, onlarla yakın iletişimde olmaları ve güven duymalarıdır. Ayrıca şekil 4'te hastaların, hastalıkları süresince eğitim aldıkları kişilere bakıldığında, doktor ve bakım veren hemşirenin ilk sırada ve yakın değerlerde olması, hastaların beklentilerine yönelik bir bulgudur.

Hastaların tedavi gördükleri hastane ile yakınlarına bilgi verilmesi arasında anlamlı fark ($\chi^2=12,58$, $p=0,002$) vardır. Özel hastanedeki hastaların yakınları devlet hastanesindekilere göre daha fazla bilgilendirilmektedir (**Tablo 16**). Hasta yakınlarının bilgilendirilmesinde, hayati önem taşıyan bu hastalık zorunluluktur. Hasta yakınlarının eğitimine gereken önemin hastane farkı olmaksızın verilmesi ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre bilgi verilmesini tercih ettikleri yakınlarını karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuş, kadın hastaların en fazla çocuklarının ($\chi^2=8,87$, $p=0,003$), erkek hastaların ise en fazla eşlerinin ($\chi^2=9,90$, $p=0,002$) bilgilendirilmesini tercih ettikleri belirlenmiştir (**Tablo 17**). Kadınların eşlerinin daha çok dışarıda çalışmasından dolayı, çocuklarını tercih ettikleri düşünülmektedir. Hasta yakınlarının eğitimine eşlerin dahil edilmesi ve desteğinin alınması önerilmektedir. Tokem, Bahar ve Özcan (1999) da, kalp hastalarıyla yaptıkları bir araştırmada ameliyat sonrası hastaların eşlerinin bilgilendirilmesinin hastanın iyileşme sürecinde çok önemli olduğunu belirtmişlerdir.

7.3 Hemşirelerin Hasta Eğitimindeki Rolü ile İlgili Verilerin Tartışılması

Hastalar hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bulmuş ve hemşirelerin ilgisinden memnun kalmışlardır. Hastalar, hemşirelere rahatça soru sorduklarını ve sorularına karşılık aldıkları cevapların yeterli olduğunu düşünmektedir (**Tablo 18**). Çoban ve Kaşıkçı' nın hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarına yönelik yaptıkları araştırmalarında (2008), hastalar; hemşirelerin istekleriyle hemen ilgilendiklerini, hemşirelerin hastalıkları hakkında bilgi verdiğini, hemşirelerin yaptığı açıklamaların rahatlatıcı olduğunu bulmuşlardır. Bulgular araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların % 94,6'sı hastanede özel bir eğitim hemşiresinin olmasını gerekli görmüştür (**Tablo 18**). Hastaların neredeyse tamamına yakını, hastanelerde eğitimden sorumlu özel bir hemşirenin olmasını istemektedir. Hastanelerde, hasta eğitiminden sorumlu eğitim hemşiresi sayısı oldukça azdır. Hastanelerde sadece hasta eğitimi ile ilgilenen hemşirelerin bulunması hastalar tarafından da ifade edilen önemli bir gerekliliktir.

Hastalar iyi bir hemşirenin sahip olması gereken özellikleri; deneyimli, güler yüzlü, sıcak, bilgilendirici şekilde sıralamıştır (**Tablo 18**). Yapılan araştırmalarda, hasta ve ailelerine etkili iletişim ve emosyonel destek ile verilen eğitimin hastaların iyileşme sürecini hızlandırmada katkıda bulunduğunu belirtilmektedir. Davis (2003), hastaların hemşirelerden beklentilerini; hemşirelerin mesleki bilgilerinin yeterli olması, nazik davranmaları, bilgilendirme yapmaları ve kendilerine yeterince zaman ayırmaları olarak belirtmiştir. Hastalar beklentileri karşılayan hemşireleri "iyi hemşire" olarak adlandırmıştır. Bir başka araştırmada hastaların iyi hemşire tanımlamasında; iyi iletişim kurabilen, sorulan sorulara cevap veren, hemşirelik bakımını kaliteli sunan hemşireler vardır (İzumi, Konishi, Yhiro and Kodama 2006). Ameliyat sonrası hastalar ile hemşireler arasındaki iyi iletişimin ameliyat sonrası iyileşmede olumlu etkisi olduğu belirtilmiştir (Backstrom, Wynn and Sorlie 2006). Bu durumda hastaların "iyi hemşire" tanımlaması; güçlü iletişim kurmayı, deneyimli olmayı, kaliteli bakım sunmayı, nazik davranmayı kapsamaktadır.

Hastaların tedavi gördükleri hastaneye göre eğitim hemşiresinden eğitim/bilgi almak istemeleri arasında anlamlı fark ($\chi^2=5,58$, $p=0,018$) vardır. Özel hastanedeki hastalar daha

fazla eğitim hemşiresinden eğitim almak istemektedir (**Tablo 19**). Özel hastanede kardiyak rehabilitasyon hemşiresinin hastalara eğitim vermesi, özel hastanede yatan hastaların bu uygulamadan memnun kaldığını düşündürmektedir. Erdem ve Bayraktar'ın (2003), araştırmasında hastaların hemşirelerin eğitimci rollerinin diğer rollerine göre 5. sırada olduğunu düşünmektedirler. Hastanelerde hastaya bakım veren hemşirelerin hasta eğitimlerinde çeşitli nedenlerden aktif rol alamamaları, hastanelerde özel eğitim hemşiresi ihtiyacını doğurmaktadır.

Hastaların hemşirelerden aldıkları bilgilerin yeterli olduğunu düşünmeleri ile hastalıkları süresinde bilgi aldıkları konular arasında; ameliyattan sonra kullanılan ilaçlar ($x^2=18,78$, $p=0,000$), ameliyat sonrası beslenme ($x^2=6,30$, $p=0,043$), taburculuk sonrası beslenme ($x^2=6,55$, $p=0,038$), seyahat ($x^2=6,25$, $p=0,044$) ve egzersiz ($x^2=9,99$, $p=0,007$) anlamlı farklar bulunmuştur. Hemşirelerin bu konularda yaptıkları bilgilendirme ve eğitimler hastalar tarafından yeterli bulunmuştur (**Tablo 20**). Erdem ve Bayraktar'ın (2003) hastaların hemşirenin rollerine ilişkin algılarını değerlendirdikleri araştırmalarında, hastaların, hemşirelerin eğitici ve danışmanlık rolünü %8,11 olarak ifade etmişlerdir. Bununla birlikte aynı hastanedeki hemşirelere uygulanan ankette, hemşirelerin tedavi edici rollerini benimsedikleri, taburculuk eğitimi ve hasta eğitimi gibi eğitici role ilişkin uygulamaların bir kısmının kendi rolleri olmadığını düşünmekte olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin, iş yükün hafifletilmesinin eğitimci rollerini aktif olarak uygulamaları için çözüm olacağı düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar;

Araştırmaya katılan hastaların %68,2'si devlet hastanesinde, %31,8'i özel hastanede KVC operasyonu nedeniyle yatmaktadır. Hastaların %86'sı evli, %65'i erkek ve %57'si ilköğretim mezunudur. Hastaların yaşları 21 ile 79 yaş arasında değişmektedir, yaş ortalaması 56,6'dır.

Hastaların hastalıkla ilgili diğer özellikleri sorgulandığında, yarısının bu hastalık dışında ikinci (diyabet, hipertansiyon, migren) bir hastalığı olduğu ve daha önce hastanede yattığı belirlenmiştir.

Hastalar, sağlığa zararlı davranışlarını sırasıyla aşırı stresli ve telaşlı olma, sigara içme ve spor yapmama olarak ifade etmişlerdir. Erkek hastaların kadınlara göre sigara ve alkol alışkanlığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasını baypas operasyonu geçirmiş hastalar oluşturmaktadır. Yatış süresi ortalaması yaklaşık 10 gündür.

Hastalar hastalıkları ile ilgili duygu ve düşüncelerini; tekrar hastalanmaktan korkma, işine engel olacağı düşüncesi, tamamen iyileşememekten korkma, kendini yarım insan gibi hissetme olarak sıralamışlardır. Öğrenim seviyesi yükseldikçe, hastaların hastalıkları hakkında bilgilerinin yeterli olduğunu düşünme oranlarının da arttığı bulunmuştur. Daha çok baypas operasyonu geçirmiş hastalar, hastalıkları hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Hastaların, hastalıkları süresince bilgi alma durumları oldukça yüksek çıkmıştır.

Hastaların hastalıkları süresince sağlık profesyonelleri ve diğer kaynaklar tarafından bilgilendirilme durumlarının dağılımına bakıldığında; hastaneye yatış öncesinde, hastaneye kabulde, ameliyat öncesinde ve taburculuk sürecinde hasta ve yakınlarının en fazla doktorlar tarafından bilgilendirildiği, bunu hemşirelerin izlediği belirlenmiştir

Özel hastanede tedavi gören hastaların hasta kabul sürecinde, ameliyat öncesinde ve sonrasında, taburculukta devlet hastanesinde yatan hastalara oranla daha fazla bilgilendirildiği bulunmuştur.

Hastaların; hastaneye yatmadan önce en fazla ameliyat süreci, hastaneye kabulde ameliyat günü yapılacaklar, ameliyattan sonra ayağa kalkma, taburcu olmadan önce ise göğüs kemiğinin korunması konularında daha fazla bilgilendirildiği belirlenmiştir. Taburculuk döneminde, uyku ve dinlenme dışında, özel hastanedeki hastalara devlet hastanesindekilere göre daha fazla bilgi verilmiştir.

Hastaların en fazla öğrenmek istedikleri konular sırasıyla ameliyattan sonra dikkat edilmesi gerekenler, hastalığın tekrarlama riskinin olup olmadığı, yan etkiler ve iyileşme sürecidir.

Hastalar, hasta eğitimi süreçlerinde en fazla sözlü olarak bilgilendirilmiş ve yarısına hastalık hakkında broşür verildiği belirlenmiştir. Hastaların eğitim almak istedikleri eğitim

yöntem ve materyalleri sırasıyla; sözlü anlatım, video gösterimi, görsel materyaller, uygulamalı, internetten araştırmadır. Hastaların çoğu kendi odasında bilgilendirilmiştir. Hastaların yarısına yakını özel bir eğitim odasında eğitim almak istediğini belirtmiştir.

Hasta yakınlarının yarısından fazlasının bilgilendirildiği belirlenmiştir. Hastaların en fazla bilgi verilmesini istedikleri yakınları eşleri ve çocuklarıdır. Kadın hastaların en fazla çocuklarının, erkek hastaların ise en fazla eşlerinin bilgilendirilmesini tercih ettikleri belirlenmiştir. Hastaların tamamına yakını hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin çok önemli olduğunu düşünmektedir. Yakınlarının bilgilendirilmesinin iyileşme sürecini hızlandırma, yan etkileri önleme, endişe ve korkuyu azaltma açısından önemli olduğunu düşünmektedirler. Özel hastanedeki hastaların yakınlarının devlet hastanesindekilere göre daha fazla bilgilendirildiği belirlenmiştir.

Hastalar, en fazla doktorun, daha sonra hastaya bakan hemşirenin ve eğitim hemşiresinin hasta eğitiminde rol almasını istemişlerdir.

Hastaların yarısından fazlası, hemşirelerin verdiği bilgileri yeterli bulmuş, hemşirelerin ilgisinden memnun kalmışlardır. Hastalar, hemşirelere rahatça soru sorabildiklerini ve sorularına karşılık aldıkları cevapların yeterli olduğunu düşünmektedir. Hastaların tamamına yakını, hastanede özel bir eğitim hemşiresinin olmasını gerekli görmüştür. Hastalar iyi bir hemşirenin sahip olması gereken özellikleri; deneyimli, güler yüzlü ve sıcak, bilgilendirici şeklinde sıralamıştır.

Özel hastanedeki hastalar, devlet hastanesindeki hastalara göre daha fazla eğitim hemşiresinden eğitim almak istemektedir.

Hemşirelerin ameliyattan sonra kullanılan ilaçlar, ameliyat sonrası beslenme, taburculuk sonrası beslenme, seyahat, egzersiz konularında yaptıkları bilgilendirme ve eğitimler hastalar tarafından yeterli bulunmuştur.

Öneriler;

- Hastaların da ifade ettiği gibi, hastanelerde sadece eğitimden sorumlu bir eğitim hemşiresinin olması
- Hasta eğitim süreci tüm sağlık profesyonellerinin temel sorumluluğu olduğu için ekibin işbirliği içerisinde hasta ve ailesine eğitim vermesi
- Hasta ve yakınlarının eğitimi planlı ve sistematik olarak yapılması ve değerlendirilmesi
- Eğitim sonucunda hastaya bilgiyi hatırlatıcı yazılı (görsel) materyaller verilmesi
- Hastalar, hasta bakıcılarla sık karşılaşp bilgi aldığı için, hasta bakıcıların hasta ve yakınlarının sorularına doğru cevaplar verebilmesi için eğitilmesi
- Kurum politikalarında hasta eğitimine yer verilmesi ve gerekli koşulların sağlanması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Akalın ŞH. (2005). Türk Dil Kurumu Yazım Kılavuzu. Türk Dil Kurumu, 24. Baskı, Ankara.
2. Aktürk A, Dağdeviren N, Özer C, Şahin C. (2002). Birinci Basamakta Hasta Eğitimi. Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, s.22-24.
3. Aktürk Z. (2005) Nedeni ve nasılıyla sağlık eğitimi. *Sağlıkta Nabız Dergisi*, Sayı 17, s.19
4. Atalay M. (1997). Hemşirelik Esasları El Kitabı. Birlik Ofset, İstanbul, s.16-19.
5. Aykut M, Ceylan O, Çetinkaya F, Gün İ, Öztürk Y, Günay O, Öztürk A.(Ed) (1999). Sağlık Eğitimi, Temel Sağlık Bakımında Sağlık Eğitimi El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, s.1.
6. Babacan E. (2008). Hemşirelerin Hasta Eğitimi İle İlgili Düşünce ve Uygulamaları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. (Tez Danışmanı: Yard.Doç.Dr. Sevim Ulupınar Alıcı)
7. Backstrom S, Wynn R, Sorlie T. (2006). Coroner bypass surgery patients' experiences with treatment and perioperative care- a qualitative interview- based study. *Journal of Nursing Manegement*, 14, Norway, p.140-147.
8. Bahar Z, Bayık A. (Eds), (1998). Sağlıkın Geliştirilmesi ve Sağlık Eğitimi, DSÖ: LEMON Hemşirelikte Eğitim Materyali, Bölüm 5, Sağlık Bakanlığı Matbaası, 1. Baskı, Ankara.
9. Barutçugil İ. (2002). Eğitimcinin Eğitimi. Kariyer Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul, s.15-23
10. Bayat M. (2005). Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, Hemşirelik Özel Sayısı, s.66-72.
11. Bayram N. (2004). Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. Ezgi Kitabevi, 1.Baskı, Bursa.
12. Bulut H. (2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 12, Ankara, s.288-298.
13. Büyükaşık Ö. (2008). Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Tez Danışmanı:Yard.Doç.Dr. Ayşe Yıldız).
14. Committee on the Management of Patients with Unstable Angina.(2000). Jacc/AHA Guidelines For The Management Of Patients With Unstable Angina And Non–St-Segment Elevation Myocardial Infarction: A Report of The American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, Published by Elsevier Science, Journal of the American College of Cardiology Vol. 36, no.3.
15. Çoban İG. Kaşıkçı M. (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, Cilt 16, Sayı 63, s.165-171.

16. Davis L. (2003). A Phenomenological Study Of Patients' Expectations Concerning Nursing Care. A Dissertation Submitted on Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in the Graduate School of The Texas Woman's University, Texas, (M.Prof.Dr. Tommie Nelms).
17. Demitaş N. (1992). Myokard infarktüsülü hastalarda kardiyak rehabilitasyon. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, Cilt 1, s.192-196.
18. Erdem Y, Bayraktar G. (2003). Klinikte Yatan Hastaların Hemşirelik Rollerini Algılama Durumlarının Belirlenmesi. II. Uluslararası IV.Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya.
19. Erdem Y, Bayraktar G. (2003). Klinikte Yatan Hastaların Hemşirelik Rollerini Algılama Durumlarının Belirlenmesi. II. Uluslar arası IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya.
20. Erdemir F. (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Sayı 13, s.59-63.
21. Erden M, Fidan N. (1998). Eğitime Giriş. Alkım Yayınları, İstanbul, s.2-12.
22. Eroğlu Büyüköner E. (2008) Kardiyovasküler hastalıkların epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, Sayı.3, s.4-11.
23. Esen A, Akyol A, Ergün FŞ. (1997). Klinik hemşirelerin eğitici rollerinin etkinliği. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı, İstanbul Üniversitesi *Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları*,s.15-18.
24. Gündoğdu F. (2004). Etkin Kemoterapi Uygulamaları, Hasta ve Ailesinin Eğitimi. XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi Kitabı, s.164-165.
25. Harm T. (2001). Patient education in estonia. *Patient Education and Counseling*, r.44, p.75-78.
26. Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998, Sayı: 23420, HEMAR-GE Yayınları, 1.Baskı, İstanbul.
27. Hesapçıoğlu M. (1994). Öğretim İlke ve Yöntemleri. Beta Yayınları, 1.Baskı, İstanbul.
28. Irwin GW. (1972). The Future Role Of The Nurse in General Practice. Role of the Nurse in General Practice Symposium Book, Belfast City Hospital, Northern Ireland.
29. İşkesen İ, Yıldırım F, Şirin H. (2007). Koroner arter bypass cerrahisinde kardiyopulmoner bypass'ın nörokognitif fonksiyonlara etkisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, Cilt 15, Sayı 4, s.275-280.
30. İzumi S, Konishi E, Yhiro ., Kodama M. (2006). Japanese Patient' descriptions of "the good nurse" personal involvement and professionalism- advances. *Nursing Science*. Vol 29, No.2, p.14-16.
31. Joint Commission International Accreditation Standarts for Hospitals (JCI). (2008). Patient and Family Education. Printed USA, p.131-137.

32. Kalp ve Damar Cerrahisi Rehberi. (2008). Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
33. Karanisoğlu H. (1990). Hemşirenin geleneksel ve değişen rolü içinde tedavi edici, koruyucu ve eğitici rolü. *Hemşirelik Bülteni*, Cilt 4, Sayı 17, İstanbul, s.17-21.
34. Karlıkaya C, Öztuna F, Solak AZ, Özkan M, Örsel O. (2006). Tütün kontrolü. *Toraks Dergisi*, Sayı 7, s.51-64.
35. Kaya H, Acaroğlu R, Aştı T, Kaya N, Şendir M. (2005). Öğrenci gözlemlerine göre hasta haklarının uygulanma durumu. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, Cilt 14, Sayı 3, s.140-144.
36. Kayış A. (2003). Hemşirelerin hasta eğitimine verdikleri önem ve eğitim verirken karşılaştıkları güçlüklerin saptanması. I. Uluslar arası & V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, Özlem Grafik Matbaacılık, İstanbul.
37. Keleş İ. (2008). Türk erişkinlerinde kalp hastalıkları ve risk faktörleri. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Kardiyoloji Gündemi, Sempozyum Dizisi*, No: 64, s. 11-14.
38. Kemertaş İ. (1999). Uygulamalı Genel Öğretim Yöntemleri, Öğretimde Planlama ve Değerlendirme. Birsen Yayınevi, 3.Baskı, İstanbul.
39. Kocaman G, Uyer G. (1996). Hemşirelik ve Eğitim Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Birlik Matbaacılık, 1. Baskı, İstanbul.
40. Kruger FS. (1987). The Nurse's Role As Patient Educator. Kansas State University, Submitted in Partial Fulfilment of Requirements for the Degree of Philosophy, Collage of Education, (Advisor: DR.E. Hausmann) Manhattan, Kansas.
41. Küçükahmet L. (1997). Eğitim Programları ve Öğretim- Öğretim İlke ve Yöntemleri. Gazi Kitabevi, 8.Baskı, Ankara.
42. Lacroix A, Assal JP. (2003) Hastaların Terapötik Eğitimi, Çeviri Editörü: Piyal B, Tabak RS., Palme Yayıncılık, Ankara.
43. Lindquist EF. (2000). İstatistiğe Giriş. Tan H ve Taner T (Ed.), Akım Yayıncılık, İstanbul.
44. Maycock JA. (1991). Role of Health Professionals in Patient Education. *Annals of the Rheumatic Diseases*, no.50, p.429-434.
45. McCann SJ. (2002). Patient Teaching Reference Manual in How To Teach Patients. Springhouse, USA, p.298.
46. Michigan Department of Education Health. (1998). Health Education Standards And Benchmarks, America.

47. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N, Özbay H, Çaylan AK, Ünüvar N, Aydın S. (2007). Türkiye' de Sağlığa Bakış.Bölük Ofset, Ankara, s.47-65.
48. Moyet JL. (2005) Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Ed: F. Erdemir), Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, s. 114.
49. Oğuz S. (2003). Kardiyak rehabilitasyon. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, Cilt 6, Sayı 4, s.14.
50. Okçabol R. (1996). Halk Eğitimi- Yetişkin Eğitimi. Der Yayınları, 2.Baskı, İstanbul, s.1-15.
51. Önder K.N. (1986). Öğretimde Program İlke ve Yöntemler. Arı Basımevi, Konya.
52. Özbaşaran F. (2001). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, I.Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, s.76-85
53. Özden M. (2003). Sağlık Eğitimi. Özkan Matbaacılık, 3. Baskı, Ankara.
54. Özden Y. (1998). Eğitimde Dönüşüm Yeni Değer ve Oluşumlar. Pagem Yayıncılık, Ankara.
55. Özkan S. (2003). Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolü, I.Uluslar arası & V.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kitabı, İstanbul. s.89-92.
56. Öztekin DS. (2001). Kalp cerrahisinde port uygulaması. I. Uluslar arası & V.Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi Kongre Kitabı, Nevşehir, s.309.
57. Öztürk H, Yılmaz F, Hindistan S, Çilingir D, Yeşilçiçek K. (2007). Hekim, hemşire ve hastaların hastanede uygulanan hasta haklarını değerlendirmeleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, Sayı.15, s.145-152.
58. Rankin SH, Stallings KD. (2001). Patient Education Principles and Practice. Lippincott Company, 4. Edition, Philadelphia.
59. Redman BK. (1981). Issues and Concepts Patient Education (Appleton Patient Education Series). A Publishing Division of Prentice-Hall, New York.
60. Redman BK. (1997). The Practice of Patient Education. Mosby-Year Book, 8. Edition, St. Louis.
61. Sipahi B, Yurtkoru SE, Çinko M. (2008). Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. Beta Yayıncılık, 2.Baskı, İstanbul.
62. Smith Boswell K. (1993). Nurse Perceptions of Their Educational Preparation as Patient Educator. Texas Woman's University, Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science, College of Health Science, Denton, Texas (Advisor: B. Cramer).
63. Sohbet R. (1999). Sivil Toplum Örgütlerinin Son Beş Yılda Yaptığı Sağlık Eğitim Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Osman Hayran).

64. Sözen C. (2003). Hemşirelikte Öğretim. Palme Yayıncılık, Ankara.
65. Springhouse Corporation Staff (2002) Patient Teaching Reference Manual. Lippincott Williams & Wilkins, 2nd Edition, p. 2-20.
66. Şahin F. (2005). Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlık Eğitimi Faaliyetleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara (Danışman: Doç.Dr.Ayşegül Yarpuzlu).
67. Şanlı T. (1992). Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir.
68. Şenyuva E, Taşocak G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nigthingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, Cilt 15, Sayı 19, s.100-106.
69. Tabak RS. (2000). Sağlık Eğitimi. Somgür Yayıncılık, Ankara.
70. Taoklam B. (1991). The Nurse's Role As Patient Educator. Metropolitan Administration, Michigan State University Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, Department of Educational Administration Collage of Education, Tahailand.
71. Taşocak G. (2003). Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Yayınevi, İstanbul.
72. Tekbaş ÖF. (2008). Kalp damar hastalıkları ve çevresel faktörler. *TAF Sağlık Bülteni*, Sayı 7, s.435-444.
73. Teke A, Uçar M, Demir C, Çelen Ö, Karaalp T. (2007) Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, Sayı 6, s.4.
74. Thoma GB. (1999). A Comprasion of The Role of Patient Educator to Other Nursing Roles: Identifying Influences Affecting the Attainment of the Patient Educator Role Among Staff Nurses, A Dissertation Presedent fort the Doctor of Education Degree, The University of Memphis.
75. Tokem Y, Bahar Z, Özcan A. (1999). Miyokard İnfarktüsü geçiren hastalara uygulanan eğitim programının bakım sonuçlarına etkisi. *VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri*, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Erzurum.
76. Türk Kardiyoloji Derneği. (2004). Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu.s.9.
77. Ulupınar S, Kaya H. (1995). Yetişkin eğitiminde temel ilkeler ve eğitimcinin rolü. Türk Hemşireliğinde Yüksek Öğrenimin 40.yılı Simpozyumu, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.

78. Ulusoy Gökkoça Z. (2001a). Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. *Sted Dergisi*, Cilt 10, Sayı 10, s.371-374.
79. Ulusoy Gökkoça Z. (2001b). Sağlık eğitimi açısından yetişkin eğitimi. *Sted Dergisi*, Cilt 10, Sayı 11, s.414.
80. Uzun M. (2007). Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, Sayı 7, s.298-304.
81. Ültanır E, Ültanır G. (2005). Estonya, İngiltere ve Türkiye’de yetişkinler eğitiminde profesyonel standartlar. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Sayı 1.
82. Yılmaz M. (2002). Ameliyat öncesi öğretim ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, s.40-49.

9. EKLER

EK 1 Anket Formu

EK 2 Yazılı İzinler

EK 3 Hasta Hakları Yönetmeliği

EK 1

Anket No:

.. / .. /2007

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma; hemşirelerin hasta eğitimi faaliyetlerine yönelik düşünce ve görüşlerinizi belirlemek için yapılmakta olup, sizlere daha iyi hizmet sunabilmeyi amaçlamaktadır. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyarak cevaplamaya özen gösteriniz. Gösterdiğiniz ilgi ve içtenlik için teşekkür ederim.

N.Sim AYGÜL

*Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi*

- 1) Yaşınız
- 2) Cinsiyetiniz:
 - 1) () Kadın
 - 2) () Erkek
- 3) Medeni durumunuz:
 - 1) () Bekâr
 - 2) () Evli
- 4) Öğrenim durumunuz:
 - 1) () Okuma-yazma bilmiyorum
 - 2) () Okuma yazma biliyorum
 - 3) () İlköğretim
 - 4) () Lise
 - 5) () Üniversite
- 5) Mesleğiniz:
- 6) Sosyal güvenceniz nedir?
 - 1) () SSK
 - 2) () Emekli Sandığı
 - 3) () Bağ-kur
 - 4) () Yeşil Kart
 - 5) () Özel Sigorta
 - 6) () Yok
- 7) Sağlığa zarar verici alışkanlıklarınız var mı?
 - 1) () Yok
 - 2) () Sigara kullanıyorum
 - 3) () Alkol alıyorum
 - 4) () Spor yapmıyorum
 - 5) () Düzensiz besleniyorum
 - 6) () Uyku düzenim bozuk
 - 7) () Aşırı stresli ve telaşlıyım
 - 8) () Diğer(Açıklayınız):.....
- 8) Daha önce hastanede yatma tecrübeniz oldu mu?
 - 1) () Evet
 - 2) () Hayır
- 9) Hangi ameliyatı oldunuz?
 - 1) () Kapak yenileme
 - 2) () Baypas
 - 3) () Damar açma
 - 4) () Diğer.....
- 10) Kaç gündür bu hastanede yatıyorsunuz?gün
- 11) Bu hastalık dışında başka bir rahatsızlığınız var mı?
 - 1) () Var (**adım yazınız**).....
 - 2) () Yok

12) Hastalığınız ile ilgili düşünce ve duygularınız nelerdir?(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- 1) () Hastalığımın işimi engelleyeceğini düşünüyorum
- 2) () Hastalığım hakkında bilgimin yetersiz olduğunu düşünüyorum
- 3) () Kendimi yarım insan gibi hissediyorum
- 4) () Gelecekte tekrar hastalanmaktan korkuyorum
- 5) () Ölmekten korkuyorum
- 6) () Eski yaşantıma tekrar dönemeyeceğimden korkuyorum
- 7) () Diğer (Açıklayınız):.....

13) Aşağıdaki tabloda hastalığınız süresince kimlerden eğitim aldığınızı işaretleyiniz. (*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.*)

Eğitim alınan kişiler \ Eğitim alınan zaman	Bilgi almadım	Doktor	Hemşire	Diyetisyen	Fizyoterapist	Kayıt memuru	Hasta bakıcı	Başka hastalar ve yakınları	Diğer
1. Hastaneye yatmadan önce	()	()	()	()	()	()	()	()	()
2. Hastaneye yattıktan sonra	()	()	()	()	()	()	()	()	()
3. Ameliyattan önce	()	()	()	()	()	()	()	()	()
4. Ameliyattan sonra	()	()	()	()	()	()	()	()	()
5. Tabucu olurken	()	()	()	()	()	()	()	()	()

14) Hastaneye yatmadan önce size hangi bilgiler verildi?(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- 1) () Hastalık hakkında bilgi
- 2) () Ameliyat hakkında genel bilgi(ne kadar sürecek, kaç gün hastanede yatılacak)
- 3) () Ameliyata gelmeden önce kullanılacak ya da kesilecek ilaçlar
- 4) () Ameliyata gelirken getirilecek gerekli evraklar ve eşyalar

15) Hastaneye yattıktan sonra size hangi bilgiler verildi?(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- 1) () Hastanenin genel kuralları
- 2) () Ameliyat günü yapılacaklar(Kan, idrar tahlilleri, film çekilmesi)
- 3) () Ameliyat hakkında bilgi (Kaç saat süreceği, nasıl yapılacağı...)
- 4) () Ameliyata hangi sağlık personelinin gireceği
- 5) () Ameliyat sonrası yoğun bakıma alınma ve yoğun bakım ortamı hakkında bilgi

16) Ameliyattan sonra size hangi bilgiler verildi?(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- 1) () Ameliyat sonrası yeme içme zamanı
- 2) () Ameliyat sonrası ayağa kalma zamanı
- 3) () Ameliyat sonrası tualete çıkma zamanı
- 4) () Refakatçi gerekliliği ve kayıt işlemleri
- 5) () Ziyaretçi kabul zamanı
- 6) () Verilen ilaçların neler olduğu ve ne işe yaradığı
- 7) () Ruhsal değişiklikler (Sinirlilik, algılamada zorluk, duygusallık gibi.)
- 8) () Fiziksel değişiklikler (Uykusuzluk ve halsizlik...)
- 9) () Ağrıyı kontrol yöntemleri (Düzenli nefes alma, dikkati başka yöne verme)

- 17) Taburcu olmadan önce size hangi bilgiler verildi?(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
- 1) () Göğüs kemiğinin korunması
 - 2) () Triflo (akciğerleri güçlendirme aracı) kullanımı
 - 3) () Oluşabilecek yan etkiler (kanama, ateş, yaranızda akıntı, şiddetli ağrı)
 - 4) () Kullanılacak ilaçların neler olduğu ve ne işe yaradığı
 - 5) () Beslenme ve diyetle uyulması gereken kurallar
 - 6) () Seyahat etme(otomobil, otobüs, uçak ile)
 - 7) () Namaz kılma ve dini ibadet
 - 8) () Banyo yapma zamanı ve şekli
 - 9) () Giyinmede dikkat edilecek hususlar (özel çoraplar, rahat giysiler)
 - 10) () Uyku ve dinlenme süreleri
 - 11) () Cinsel aktivite zamanı ve sıklığı
 - 12) () Hareket ve egzersiz (spor yapma, merdiven çıkma, araba kullanma)
 - 13) () Hastaneden çıkarken hazırlanacak evraklar ve ödeme koşulları
 - 14) () Doktor kontrolüne gelme tarihi
 - 15) () İlgili dernek ve kuruluşlar (kardiyoloji derneği,...)
 - 16) () Evde bakım hizmetleri veren kuruluşlar
 - 17) () İyileşme ve işe geri dönebilme süresi
- 18) Hastalığınızla ilgili **en çok** öğrenmek istediğiniz üç konuyu sıralayınız.
- 1) ...
 - 2) ...
 - 3) ...
- 19) Hastalığınız hakkında verilen eğitimler nasıl yapıldı? (*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
- 1) () Sadece sözlü olarak anlatıldı
 - 2) () Uygulama yaptırıldı
 - 3) () Videodan izletildi
 - 4) () Resim ve kitapçıktan gösterilerek anlatıldı
- 20) Bilgilendirme/eğitimlerin nasıl yapılmasını istersiniz?(*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
- 1) () Sağlık personelinin dinleyerek
 - 2) () Bizzat kendim uygulayarak
 - 3) () TV ve video izleyerek
 - 4) () Broşürlerden okuyarak
 - 5) () İnternette araştırarak
- 21) Bu bilgilendirme/ eğitimler **nerede** yapıldı? (*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
- 1) () Odamda
 - 2) () Özel bir eğitim odasında
 - 3) () Doktor odasında
 - 4) () Hemşire odasında
 - 5) () Diğer (Koridor, bahçe...)
- 22) Bu bilgilendirme ve eğitimleri **nerede** almak istersiniz?
- 1) () Odamda
 - 2) () Özel bir eğitim odasında
 - 3) () Doktor odasında
 - 4) () Hemşire odasında
 - 5) () Diğer (koridor, bahçe...)
- 23) Hastalığınız hakkında broşür, rehber, yazılı bir materyal verildi mi?
- 1) () Evet
 - 2) () Hayır
- 24) Evde size yardımcı olacak kişiye/yakınıma bakımınızla ilgili bilgi verildi mi?
- 1) () Evet
 - 2) () Hayır
 - 3) () Bilmiyorum

- 25) Hangi yakınınızın bilgilendirilmesini istersiniz?
1) () Annem, babam 2) () Kardeşim 3) () Çocuklarım 4) () Eşim
- 26) Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sizce önemli midir?
1) () Evet 2) () Hayır 3) () Kısmen
- 27) Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi sizce **neden** önem taşır? (*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
1) () Daha çabuk iyileşmek için
2) () Yan etkilerin ortaya çıkmasını önlemek için
3) () Endişe ve korkuyu azaltmak için
4) () Diğer.....
- 28) Hastalara eğitim verilmesinde sizce **kimler** rol almalıdır? (*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
1) () Hastaya bakan hemşire
2) () Eğitim Hemşiresi
3) () Doktor
4) () Diğer Sağlık Personeli (Diyetisyen, Fizyoterapist)
5) () Hasta yakınları
6) () Başka hasta ve yakınları
7) () Kendim araştırmalıyım
- 29) Hemşireler tarafından size verilen bilgilendirme ve eğitimler sizin için yeterli mi?
1) () Evet 2) () Hayır 3) () Kısmen
- 30) Hemşireler tarafından gördüğünüz ilgiden memnun kaldınız mı?
1) () Evet 2) () Hayır 3) () Kısmen
- 31) Hemşirelere, aklınıza takılan soruları rahatça sorabildiniz mi?
1) () Evet 2) () Hayır 3) () Kısmen
- 32) Hemşireler tarafından sorularınıza yeterli ve anlaşılır cevaplar verildi mi?
1) () Evet 2) () Hayır 3) () Kısmen
- 33) Sizce bir hastanede **sadece hastaların eğitiminden** sorumlu bir hemşire olması gerekir mi?
1) () Evet 2) () Hayır
- 34) Sizce bir hemşire, hangi özelliklere sahip olmalıdır? (*Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz*)
1) () Güler yüzlü, sıcak, iletişimi güçlü
2) () Deneyimli ve işini iyi yapan
3) () İhtiyaçlarınızı karşılayan, bakımını yapan
4) () Açıklayıcı ve bilgilendirici
5) () Sakin ve güven verici
6) () Diğer (Açıklayınız).....



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜ

Hemşirelik Öğretimi
Anabilim Dalı

İstanbul, 25.05.2007

Sayı : 332

Konu : Sim Aygöl'ün tez çalışması hk.

ÖZEL MEMORIAL HASTANESİ

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ KOORDİNATÖRLÜĞÜNE,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Eğitim Yüksek Lisans öğrencisi N. Sim Aygöl "Hasta Eğitiminde Hemşirenin Eğitici Rolünün Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi" konusunda bir tez hazırlamaktadır. Araştırmanın kurumunuzda yapılması planlanmaktadır. Kullanılacak anket formu ekte sunulmuştur.

Çalışmanın yapılabilmesi için izin ve onayın verilmesi konusunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uygundur
Azime USLU
Hemşirelik Hizmetleri Koordinatörü

Yard. Doç. Dr. Sevim ULUPINAR ALICI

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı Başkanı

Ek.1. Anket Formu

Dr. CUMRUE KILINÇ
Medikal Direktör
No: 239886
Özel Hastanesi

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile Marmara Üniversitesi
Üniversitesi/Hastanesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş Dr. Sıgırcı Ersek Kalp ve Damar
Çerçivi Eğitim ve Araştırma Hastanesi dir.

Çalışmanın adı Hasta Eğitiminde Hemşirenin Rolünün Hastalar Tarafından
Değerlendirilmesi

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler N. Sim AYBÜL
Donörler: Sevim Uluşaner Alice dir.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç 09.07.07 /Bitiş 10.07

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülecek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.

Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü 3 ay süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.


Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

10.07/2007


Ünvanı-Adı-Soyadı

N. Sim AYBÜL


OLUR
10.07/2007
Vali a.
Uz. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür Vekili

10.07/2007

Ünvanı-Adı-Soyadı

Belgin ZETTİN


EK 3.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ*

(Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998, Sayı: 23420)

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6- Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

Bilgi İsteme

Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir. Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller

Madde 19- Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Hasta Haklarının Korunması

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.

*(Yönetmeliğin tez ile ilgili bölümleri alınmıştır.)

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	N.Sim	Soyadı	Aygül
Doğum Yeri	Bandırma	Doğum Tarihi	1984
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	13036730384
E-mail	sim_aygul@mynet.com	Tel	0536 290 64 28

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi- Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2009
Lisans	Trakya Üniversitesi- Edirne Sağlık Yüksek Okulu	2005
Lise	Şehit Mehmet Gönenç Lisesi	2001

İş Deneyimi

Görevi	(a) Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. İnsan Kaynakları Elemanı	AFM Sinemaları	2007-.....
2. Evde Bakım Hemşiresi	Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri	2006-....
3. Servis Hemşiresi	Florence Nightingale Hastanesi	2005-2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı (2005)	53	54.9	56.2

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ms Office	Çok İyi
SPSS	Orta
Photoshop	Orta

Sertifika ve Ödüller

Eğitimci Eğitimi Sertifikası- İlkyardım, 2006

Trakya Üniversitesi 2004, Satranç Yarışması Bayanlar 1.si