



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL KORONER ANJİYOPLASTİ VE İNTRA
KORONER STENT UYGULANAN BİREYLERE VERİLEN EĞİTİMİN, TELE-
HEMŞİRELİK HİZMETİ İLE YAPILAN DANIŞMANLIK VE İZLEMİN İŞLEME
BAĞLI KOMPLİKASYON YÖNETİMİNE ETKİSİ

TUĞBA YILDIZ ASDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

SİVAS

2013

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL KORONER ANJİYOPLASTİ VE İNTRA
KORONER STENT UYGULANAN BİREYLERE VERİLEN EĞİTİMİN,
TELE-HEMŞİRELİK HİZMETİ İLE YAPILAN DANIŞMANLIK VE
İZLEMİN İŞLEME BAĞLI KOMPLİKASYON YÖNETİMİNE ETKİSİ

TUĞBA YILDIZ ASDEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ŞERİFE KARAGÖZOĞLU

SİVAS

2013

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu yönergesine göre hazırlanmıştır.

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Üye Doç. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU _____

Üye Doç. Dr. Meral KELLEÇİ _____

Üye Yrd. Doç. Dr. Dilek ÖZDEN _____

ONAY

Bu tez çalışması, 26/04/2013 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. ÖMER POYRAZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTITÜSÜ MÜDÜRÜ

ÖZET

PERKÜTAN TRANSLÜMİNAL KORONER ANJİYOPLASTİ VE İNTRA KORONER STENT UYGULANAN BİREYLERE VERİLEN EĞİTİMİN, TELE-HEMŞİRELİK HİZMETİ İLE YAPILAN DANIŞMANLIK VE İZLEMİN İŞLEME BAĞLI KOMPLİKASYON YÖNETİMİNE ETKİSİ

Tuğba YILDIZ ASDEMİR

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2013, 59 sayfa

Bu çalışma PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyon yönetimine etkisini belirlemek amacıyla deneysel nitelikte yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini Mart 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Anjiyografi ünitesinde PTCA ve intra koroner stent uygulanan 120 (60 çalışma, 60 kontrol) hasta birey oluşturmuştur. Araştırma verileri Kişisel Bilgi Formu ve Komplikasyon İzlem Formu ile elde edilmiştir. Hemşire tarafından klinikte kişisel bilgi formu doldurulduktan ve hastaya komplikasyon gelişiminin önlenmesine yönelik eğitim verildikten sonra evde 5 telefon görüşmesi ile komplikasyon izlemi yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 15 paket programında frekans dağılımı, aritmetik ortalama, ki kare testi, t testi ve Mann-Withney-U testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, komplikasyonlardan hematoma ve enfeksiyon çalışma grubunda daha az oranda ve kısa sürede izlenirken kontrol grubunda daha uzun sürede ve daha yüksek oranda izlenmiştir. Bu iki komplikasyon için gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Komplikasyonlardan kontrastmadde nefropatisi, femoralnöropati ve arteriyeloklüzyonun çalışma ve kontrol grubu arasında görülme durumları arasındaki fark ise istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Çalışma ve kontrol grubunun hastaneye tekrarlı yatış sayıları karşılaştırıldığında ise kontrol grubunun hastaneye tekrarlı yatış durumu daha fazla bulunurken tele-hemşirelik hizmetinden memnuniyet düzeyi çalışma grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin komplikasyon yönetiminde etkin olduğu, tekrarlı hasta yatışlarını azalttığı ve tele-hemşirelik hizmetinden hasta memnuniyetinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: PTCA, İntra koroner stent, tele-sağlık, tele-hemşirelik, hasta eğitimi, komplikasyon yönetimi

ABSTRACT

THE EFFECT OF GIVING EDUCATION, CONSULTANCE WITH TELE-NURSING SERVICE and MONITORING ON PROCEDURE-RELATED COMPLICATION MANAGEMENT IN THE INDIVIDUALS UNDERGONE PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY AND INTRA CORONARY STENTS

Tuğba YILDIZ ASDEMİR

Master of Science Thesis, Department of Fundamentals of Nursing

Advisor: Assoc. Dr. Şerife KARAGÖZOĞLU

2013, 59 pages

This study was conducted experimentally to determine the effect of giving education, consultancy with tele-nursing service and monitoring on procedure-related complication management in the individuals who underwent percutaneous transluminal coronary angioplasty and intracoronary stents.

The sample of the study consisted of 120 (60 test, 60 control) patients who underwent PTCA and intracoronary stent in Angiography Unit in Sivas Numune Hospital between March 2011-April 2012. The research data were obtained with a Personal Information Form and Complications Follow-up Form. The Complication was monitored with 5 follow-up phone calls after personal information form was filled out and education to prevent the development of complications were given to the patients by a nurse in the clinic. The data obtained from this study were evaluated with test SPSS 15 program and the frequency distribution, arithmetic mean, chi-square test, t test and Mann-Whitney-U were used. According to the findings of the study, the rate of complications such as hematoma, and infection were lower and is observed in the short period in the test group than the control group. The difference between these two groups was statistically significant for complications ($p < 0.05$). There were not statistically significant difference between the study and control groups for complications of contrast media-induced nephropathy, neuropathy, and femoral arterial occlusion situations. It was found that the number of the repeated hospital admission was higher in the control group than the test group when the number of hospital stay was compared

between the test and the control group and the level of satisfaction of tele-nursing services was higher in the test group.

According to the results obtained from the study, it was established that giving education, consultance with tele-nursing service and monitoring in the individuals who undergone percutaneous transluminal coronary angioplasty and intracoronary stents were effective for management of complications, reduced the repeated hospital admission and the level of satisfaction of tele-nursing services was high.

Keywords: PTCA, intra-coronary stent, tele-health, tele-nursing, patient education, management of complications

TEŞEKKÜR

Her konuda desteğini esirgemeyen ve bana yol gsteren saygıdeğer danıőmanım Doç. Dr. Şerife Karagzoğlu'na, beni her zaman destekleyen ve motive eden aileme ve eőime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
ŞEMALAR DİZİNİ.....	xii
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.Koroner Arter Hastalığı	5
2.2.Perkütan Koroner Girişimler.....	5
2.2.1.Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA).....	5
2.2.2.İntra Koroner Stent Uygulaması.....	6
2.2.3.Perkütan Koroner Girişimlerin Komplikasyonları.....	7
2.3.Tele-Sağlık.....	7
2.4.Tele-Hemşirelik.....	10
2.5.Hemşirenin Eğitici ve Danışmalık Rolü.....	12
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1.Araştırmanın Şekli.....	13
3.2.Araştırmanın Yeri.....	13
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	13
3.4.Örnekleme Kriterleri.....	14
3.5.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	14
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu.....	14
3.7.Verilerin Toplanması.....	14

3.8. Veri Toplama Araçları.....	15
3.8.1. Kişisel Bilgi Formu.....	15
3.8.2. Komplikasyonları İzleme Formu.....	15
3.9. Araştırmanın Uygulama Şekli.....	16
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	32
6. SONUÇLAR.....	35
7. ÖNERİLER.....	36
KAYNAKLAR.....	38
EKLER	
Ek-1. Kişisel Bilgi Formu.....	43
Ek-2. Komplikasyon İzlem Formu.....	46
Ek-3. Roter Etkileşim Analiz Sistemi.....	47
Ek-4. Eğitim Rehberi.....	48
HASTA ONAM FORMU.....	56
ETİK KURUL ONAYI.....	58
SİVAS VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI.....	59

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	23
Tablo 2. İşlem Öncesinde Yaşadıkları Yakınmalar.....	27
Tablo 3. Hematomun Birinci, İkinci, Üçüncü ve Dördüncü İzlemlerde Görülme Durumu.....	28
Tablo 4. Enfeksiyonun Birinci ve İkinci İzlemlerde Görülme Durumu.....	29
Tablo 5. Nefropatinin Birinci İzlemlerde Görülme Durumu.....	30
Tablo 6. Nöropatinin Birinci İzlemlerde Görülme Durumu.....	30
Tablo 7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneye Tekrarlı Yatış Sayılarının Puan Ortalaması.....	31
Tablo 8. Tele-hemşirelik Hizmeti İle Yapılan Danışmanlık ve İzlemlerden Duyulan Hasta Memnuniyeti.....	31

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Oklüze olan koroner artere balon anjiyoplasti uygulaması.....6

Şekil.2. Oklüze olan koroner artere balon anjiyoplasti ve stent uygulaması.....6

ŞEMALAR DİZİNİ

Şema 1. Araştırmanın Uygulama Şeması.....21

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. Hematomun Birinci, İkinci, Üçüncü, Dördüncü ve Beşinci Görüşmelerde Çalışma ve Kontrol Grubunda Görülme Durumu.....29

KISALTMALAR DİZİNİ

KAH: Koroner Arter Hastalığı

PTCA: Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti

TKD: Türk Kardiyoloji Derneği

PKG: Perkütan Koroner Girişimler

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalıklar arasında önemli bir yere sahip olan koroner arter hastalığı (KAH) endüstrileşmiş ülkelerde mortalite ve morbidite nedeni olarak ilk sırada yer almaktadır (İldızlı ve ark. 2004; Odell, ve ark. 2006; Bowden, 2009; Jensen ve ark. 2009). Kardiyovasküler hastalıklar dünya çapında, mortalite ve morbiditenin majör nedeni olma yolunda gittikçe artan bir rol üstlenmektedir (Avcı ve ark., 1996; Odell ve ark., 2006; Jensen ve ark., 2009). Avcı ve ark. (1996) tüm dünyada kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranının 1990 ve 2020 yılları arasında, % 28.9'dan % 36.3'e yükseleceğini bildirmektedir. Koroner arter hastalıkları Amerika Birleşik Devletleri'nde ölümlerin en başta gelen sebeplerindendir (Jensen ve ark., 2009). Ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olan KAH erişkin ölüm nedenleri arasında en sık rastlanan sağlık problemidir (Sönmez ve ark., 2002; Onat ve ark., 2011).

Koroner arter hastalığının tedavisinde; ilaç tedavisi, perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA), stent yerleştirilmesi, atherektomi, lazer anjiyoplasti ve koroner arter by-pass cerrahisi gibi yöntemler kullanılmaktadır (Odom, 2008). Bu tedavi yöntemlerinden en uygun olanı, hastanın bireysel özellikleri ve hastalığın hangi düzeyde olduğu göz önüne alınarak belirlenir. İlk bilinen ve uzun yıllardır sürekli gelişerek uygulanan revaskülarizasyon yöntemlerinden biri koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisidir. Diğer revaskülarizasyon yöntemleri olan perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA) ve intra koroner stent uygulamaları (perkütan koroner girişimler) ise 1960'lı yılların sonlarına doğru başlamıştır (Barnason ve ark. 2006). Son yıllarda Birleşik Devletlerde yılda 500.000' den fazla perkütan koroner girişim uygulanmaktadır (Lins ve ark., 2006). Ülkemizde de perkütan girişimler 1986-87 yıllarından itibaren uygulanmaya ve özellikle 1995 yılından bu yana giderek artan sayılarda yapılmaya başlanmıştır (Oto ve Oktay, 2003; TKD Hemşirelik Bakım Klavuzu, 2004). Bu yöntem koroner arter hastalığının tedavisinde güvenilir bir yöntem olmasına rağmen, komplikasyonlar da görülmektedir (Lins ve ark., 2006; Dauterman, 2007; Odom, 2008).

PTCA ve intra koroner stent girişimleri sonrasında majör ve minör komplikasyonlar görülebilmektedir. Majör komplikasyonlar; işlem yapılan damarın yeniden tıkanması, vagovagal reaksiyon, ölüm, serebro-vasküler olaylar, aritmidir. Minör komplikasyonlar ise; periferik vasküler komplikasyonlar (kateterin girdiği femoral bölgede hematoma, psödoanevrizma, arteriyo-venöz fistül, kanama,

tromboemboli), retro-peritoneal kanama, allerjik reaksiyonlar, akut perikardit, koroner rahatsızlıklar, kontrast maddeye bağılı akut böbrek yetmezliği ve enfeksiyondur (Lins ve ark., 2006; Steffenino ve ark., 2006; Dauterman, 2007; Odom, 2008; Tok Özen ve Şenol, 2010). Bununla birlikte PTCA ve intra koroner stent yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin yetersiz olması, sağlığın algılanmasındaki yanlışlıklar, ailenin de hastaya yeterli desteği vermemesi ya da durumun ciddiyetinin farkında olmaması, kısa süreli hastanede kalma ve yüksek düzeyde anksiyete gibi nedenlerle iyi bir eğitim alamama sonucu hastanın bilgi eksikliği, işlem sonrasında da hastaların yeterli takip edilmemesi ve rehabilitasyon programlarının uygulanmaması gibi nedenler hastaların taburculuk sonrasında evde bir takım problemler yaşamasına neden olmaktadır (Odabaşı, 2006; Lins ve ark., 2006; Odom, 2008; Tok Özen ve Şenol Çelik, 2010). Hemşireler, hastanın taburculuktan sonraki yaşamına uyumda ve sorunlarıyla baş etmede; danışmanlık ve sağlık ekibi içindeki entegre edici rolleriyle çok önemli bir konuma sahiptir (Kocaçal ve Khorsid, 2006).

Perkütan koroner girişimler sonrasında da hemşirelik bakımı; komplikasyonları değerlendirme-fark etme, komplikasyonların yönetimi, hasta ve aile eğitimi içerir (Odom, 2008). Her bir komplikasyonun hastanın ağrısını, hastanede kalış süresini, maliyetini, morbidite ve mortalite oranını artırma olasılığı vardır (Katırcıbaşı ve ark., 2004; Lins ve ark., 2006). Çalışmalarda komplikasyon yönetiminde hemşirenin önemli bir rol üstlendiği belirtilmiş olup (Burden, 2003; Kocaçal ve Khorsid, 2006; Bruzi ve Mendes, 2011), Davison ve ark. (2004)' da komplikasyon yönetimini sağlamak, taburculuk eğitiminin etkinliğini artırmak ve devamlılığını sürdürmek için hemşire tarafından telefonla hasta takibinin önemini vurgulamıştır. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, hastaların evde yaşadıkları sorunların yönetimi için bir araç olarak görülebilir (Maguire ve ark., 2008). Özellikle son yıllarda web uygulamaları, iki yönlü interaktif video, telefon, faks veya e-mail gibi gelişmiş iletişim teknolojileri sağlık hizmetleri alanında sıklıkla kullanılmaktadır (Wakefield ve ark., 2008). Tele-sağlık; bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak, iki veya daha fazla birey arasında, sağlıkla ilgili hizmetleri uzaktan sunan bakım sistemidir (Guidelines on Telenursing Australian, 2005). Son zamanlarda çalışmalar evde sağlık bakım hizmetlerinin yönetiminde, tele-sağlık teknolojilerinin etkin olduğunu bildirmektedir (Walsh, 2005; Barnason ve ark., 2006; Fairchild ve ark., 2010).

Tele-sağlığın bir bileşeni olan tele-hemşirelik ile bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak tanı ve tedavi hizmetleri, eğitimsel destek sistemleri, sağlık hizmetleri

organizasyonu ve yönetimi yapılmaktadır (McGinley ve Lucas, 2006; Wakefield ve ark., 2008). Tele-hemşirelik sayesinde; sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşamayan kırsal kesimdeki bireylerin bu hizmetlere ulaşımı, kronik hastalıkları olan bireylerin gözlemlenmesi, evde bakım hizmetlerinin yönetimi ve danışmanlığı yapılmaktadır. (Guidelines on Telenursing Australian, 2005; George ve ark., 2009; Guidelines for Telenursing Practice Nova Scotia, 2010). Evde bakım hizmetlerinin yönetiminde hemşirenin eğitici ve danışmanlık rolü önemli olup, hemşireler kilit noktayı oluşturmaktadırlar (Demir ve Ünsar, 2008).

Tele-hemşirelik hizmeti ile ilgili literatürde çok sayıda çalışma yer almakta olup, çoğunlukla hasta memnuniyeti (McGinley ve Lucas, 2006), tekrarlı yatışların azaltılması (Maguire ve ark., 2008; Shearer ve ark., 2007), komplikasyon yönetimi (Wakefield ve ark., 2008; Fairchild ve ark., 2010), hastaların öz bakım gücüne (Shearer ve ark., 2007; Lyndon ve Tyas, 2010) ve ilaç uyumuna etkisi araştırılmış (Beebe ve ark., 2008), tele-hemşirelik hizmetinin etkin olduğu ortaya konulmuştur. Bu yöntemin hasta desteğini aldığı ve diğer sağlık bakım yöntemleri kadar güvenilir olduğu da ifade edilmektedir (George ve ark., 2009). Tele-hemşirelik hizmeti uygulamaları gelişmiş ülkelerde hastanelerde formal bir sistem haline gelerek uygulamaya geçilmiş olup ülkemizde bu uygulamaya yönelik çalışmalar henüz yetersizdir. Bununla birlikte PTCA ve intra koroner stent uygulaması (perkütan girişimler) yapılan bireylere yönelik tele-hemşirelik hizmetlerini içeren ulusal ve uluslararası düzeyde literatür bilgisine de rastlanılmamıştır.

Çalışmanın yapıldığı kurumda da perkütan girişimler sonrasında evde bakıma yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin olmaması çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Bu çalışma ile PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere eğitim verilip, taburculuk sonrası oluşabilecek komplikasyonların yönetimi amacıyla hemşire tarafından telefon görüşmesi yapılarak hastanın sorunlarına yönelik danışmanlık hizmeti verilmesi sağlanmıştır.

PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyon yönetimine etkisinin incelendiği bu çalışmanın hipotezi;

1.H₁: PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyonlardan hematomun yönetimine etkisi vardır.

2.H₂: PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyonlardan enfeksiyonun yönetimine etkisi vardır.

3.H₃: PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyonlardan kontrast madde nefropatisinin yönetimine etkisi vardır.

4.H₄: PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyonlardan femoral nöropatinin yönetimine etkisi vardır.

5.H₅: PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyonlardan arteriyel oklüzyonun yönetimine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı (KAH)

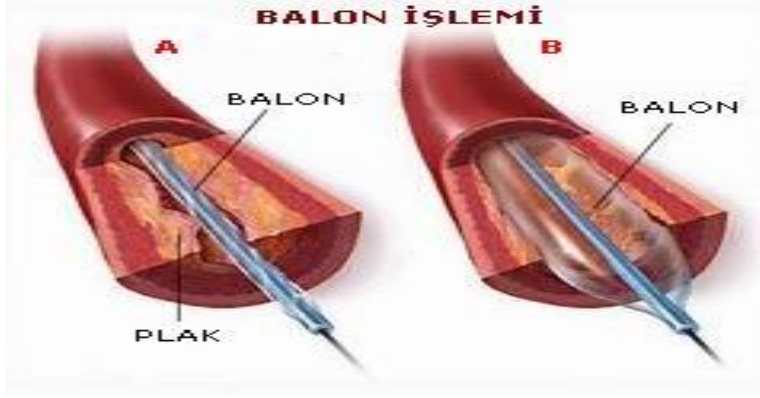
Koroner Arter Hastalığı (KAH); kalbi besleyen koroner arterlerdeki daralmaya bağlı olarak gelişen bir hastalıktır. Koroner daralmalar sıklıkla ateroskleroza bağlı olup kalbin kan dolaşımının bozulmasına ve kalpte iskemi oluşmasına neden olur (Braunwald, 1992; Heper, 2002). KAH günümüzün en önemli sağlık problemlerinin başında gelmekte ve tüm dünyada mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (İldızlı ve ark., 2004; Odell ve ark., 2006; Jensen ve ark., 2009). Her on ölümden dördü kardiyak kökenli olmakta ve bunların % 90'ında ölüm nedeni KAH ile ilişkilidir (Bowden, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde de kardiyovasküler hastalıklar önlenebilir sağlık problemi olmasına rağmen, hastalıkların görülme sıklığı ve yaygınlığı giderek artmaktadır (Eastwood ve ark., 2010). Ülkemizde de kardiyovasküler hastalıklar erişkin ölüm nedenleri arasında en sık rastlanan sağlık problemidir (Avcı ve ark., 1996; Sönmez ve ark., 2002; Onat ve ark., 2011).

Koroner arter hastalığının tedavisinde; ilaç tedavisi, perkütan girişimler ve koroner arter by-pass cerrahisi gibi yöntemler kullanılmakta olup, tedavi amaçlı perkütan (ciltten yapılan, cerrahi olmayan müdahaleler) girişimler ülkemizde son zamanlarda sıklıkla kullanılan yöntemlerdir (TKD, Perkütan Koroner Girişimler ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu, 2004).

2.2. Perkütan Koroner Girişimler

2.2.1. Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti (PTCA)

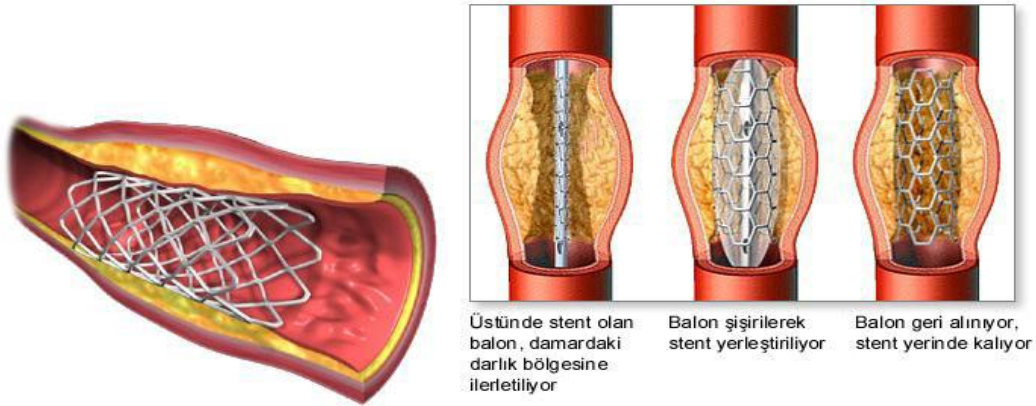
Anjiyoplasti işlemi kalp damarlarında görülen darlık ve tıkanıklıkların açılması ve dolayısıyla kalbin gereksinimi olan kan akımının rahat sağlanması amacıyla darlık bölgesinin mekanik olarak genişletilmesidir (Ryan, 1993; Odom, 2008). Ciltten girilip damar yolu ile ilerlenerek koroner arterdeki darlıkların giderilmesi için geliştirilmiş invazif bir işlemdir. Son aşamada balon uçlu bir kateter koroner arteriyel lezyon içine ilerletilir ve balon darlık seviyesinde şişirilerek daralan lümen açılır (Barnoson ve ark., 2006; TKD, Perkütan Koroner Girişimler ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu, 2004; Akdemir ve Birol, 2004).



Şekil 1. Oklüze olan koroner artere balon anjiyoplasti uygulaması

2.2.2. İntra Koroner Stent Uygulaması

Balon uygulaması ile sağlanan damar açıklığını korumak veya artırmak üzere yerleştirilen metal-ağ tüplerdir. Koroner stentler, iki önemli hedeften birine ulaşmak için kullanılır. Birincisi, balon anjiyoplasti sonrası sağlanan damar açıklığını artırmak, ikincisi de restenoz riskini azaltmaktır (TKD, Perkütan Koroner Girişimler ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu, 2004; Odom, 2008).



Şekil 2. Oklüze olan koroner artere balon anjioplasti ve stent uygulaması

2.2.3. Perkütan Koroner Girişimlerin Komplikasyonları

Perkütan koroner girişimler koroner arter hastalığının tedavisinde güvenilir yöntem olmasına rağmen, bazı komplikasyonlarda gelişebilmektedir (Lins ve ark., 2006; Odom, 2008; Tok Özen ve Şenol Çelik, 2010). PTCA ve intra koroner stent girişimleri sonrasında, işlem yapılan damarın yeniden tıkanması, vagovagal reaksiyon, ölüm, serebro-vasküler olaylar, aritmi, periferal vasküler komplikasyonlar (kateterin girdiği femoral bölgede hematoma, psödoanevrizma, arteriyo-venöz fistül, kanama, tromboemboli), retro-peritoneal kanama, bacakta ağrı, allerjik reaksiyonlar, akut perikardit, sırt ağrısı, koroner rahatsızlıklar, kontrast maddeye bağlı akut böbrek yetmezliği ve enfeksiyon gelişebilmektedir (Sprouse ve ark., 2001; Lins ve ark., 2006; Steffenino ve ark., 2006; Dauterman, 2007; Odom, 2008; Tok Özen ve Şenol, 2010).

Bu komplikasyonların görülme sıklığı %1-16 (Sprouse ve ark., 2001), %1.5-9 (Steffenino ve ark., 2005), %1-14 (Lins ve ark., 2006), %0.75-19.2 (Liew ve ark., 2007), %7.2 (Hamner ve ark., 2010), %3-5 (Amoroso ve ark., 2007) olarak çalışmalarda gösterilmiştir. Hastalarda işlem sonrası problemler en çok ilk 2-4 hafta içinde görülmektedir (Odabaşı, 2006; Tok Özen ve Şenol, 2010).

2.3. Tele-Sağlık

Tele-sağlık; bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak, iki veya daha fazla birey arasında, sağlıkla ilgili hizmetleri uzaktan sunan bakım sistemidir (Guidelines on Telenursing Australian, 2005). Aynı zamanda; bakım vermeye yönelik coğrafik engelleri azaltmak ve bu hizmetleri geliştirmek için klinisyenler ve hastalar arasında iletişim kanalı sağlayan iletişim teknolojilerinin kullanıldığı sistemlerin tümünü içermektedir (Wakefield ve ark., 2008).

Tele-sağlığın tarihçesi 1960'lı yıllara dayanmaktadır (Wittson ve Benschotter, 1972). Ünlü kalp cerrahı Michael DeBakey 1965 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı kalp ameliyatını İsviçre'nin Cenevre şehrindeki doktorlarla uydu sistemleri aracılığı ile paylaşmış ve doktorların operasyon ile ilgili sorularını cevaplamıştır (DeBakey, 1995). Daha sonra ABD' de 1973 yılında tele-sağlıkla ilgili ulusal konferanslar ve workshoplar yapılmıştır. 1970' lerde ABD' de canlanan tele-sağlık uygulamaları; teknolojiye yüksek maliyetler, görüntülerin kalitesiz olması, hizmet alımındaki yetersizlik gibi nedenlerle duraksamıştır (Darkins ve Carry, 2000). Yirmi yıldır duraksama yaşayan tele-sağlık uygulamaları 1990' larda Norveç' deki tele-sağlık uygulamaları ile tekrar canlanmıştır. Özellikle coğrafik olarak uzak bölgelerdeki

pratisyen hekimlerle, üniversite hastanesindeki uzman hekimler arasında iki yönlü ses ve video bağlantısı aracılığı ile konsültasyonlar yapılmıştır. Bu sayede Norveç’ de uzak bölgelerdeki uzman hekim sayısı sıkıntısı çözümlenmiştir (Nordrura ve ark., 1991).

Norveç’ deki tele-sağlık uygulamaları ile ilgili bu canlanma dünya çapında örnek olmuştur. İngiltere, ABD, Fransa, Kanada, Hong Kong, Avustralya, Yeni Zelanda gibi birçok ülkede tele-sağlık uygulamaları ile ilgili projeler başlatılmıştır. 20.yy.’ da İngiltere, Fransa, Kanada, Hong Kong, Avustralya ve Yeni Zelanda’ da tele-sağlıkla ilgili önemli programlar ve projeler olmasına rağmen tele-sağlık uygulamaları açısından en aktif ülke ABD olmuştur. Tele-sağlık uygulamaları bir takım canlanmalar ve duraksamalar yaşayarak günümüze kadar gelmiştir (Darkins ve Carry, 2000).

Son yıllarda sağlık hizmetleri alanında web uygulamaları, iki yönlü interaktif video, telefon, faks veya e-mail gibi gelişmiş iletişim teknolojileri kullanılmaktadır (Wakefielda ve ark. 2008). Bu iletişim modelleri, sağlık bakım hizmetlerine ulaşma, hizmetlerin elde edilebilirliği, kalitesini artırma ve etkin maliyet göstermesinde de büyük öneme sahiptir (Jean Sorrells ve ark., 2006; Wakefielda ve ark., 2008). Tele-sağlık hizmetlerinde her bir girişim hastanın otonomisini artıracak biçimde oluşturulmuştur (Frantz, 2004). Böylece hasta kendi sağlığını sürdürme ya da sağlığını iyileştirme konusunda maksimum bağımsızlık kazanmaktadır (Hebert ve ark., 2006).

Tele-sağlık sistemlerinin amacı; hastanın durumundaki değişiklikleri erken saptayarak, erken müdahalesinin yapılması, hastanın akut bakımdan öz bakımına geçişi sağlanarak bireylerin sağlık hizmetlerine yönelik maliyetlerinin azaltılması, semptomların ve/veya komplikasyonların yönetimi ile hastane ortamına tekrarlı yatışların önlenmesidir (Shearer ve ark., 2007; Blake, 2008; Maguire ve ark., 2008; Fairchild ve ark., 2010). Tele-sağlık hizmetlerinin; hasta ve bakım verici ilişkisinin kalitesini, hasta memnuniyetini (Shearer ve ark., 2007; Wakefielda ve ark., 2008), tedaviye uyum (Beebe ve ark., 2008; Wakefielda ve ark., 2008; George ve ark., 2009) gibi hasta sonuçlarını önemli derecede etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir. Tele-sağlık hizmetleri özellikle uzak bölgelerde yaşayan yaşlı kişilerin evde bakım yönetimi açısından da son derece önemlidir (Lorentz, 2008). Evde bakım; bireylerin sağlık gereksinimlerinin evinde karşılanması olup, hastalığın etkilerini en az düzeye indirmek, yaşam kalitesini artırmak, komplikasyonları önlemek ve sağlığı geliştirmek amacıyla yapılmaktadır (Karahan ve Güven, 2002; Gölbaşı, 2003). Evde bakım hizmetlerinin enfeksiyon riskini azaltmak, iyileşmeyi hızlandırmak, tekrarlı kurum gereksinimini azaltmak, hastane sirkülasyonunu artırmak, aile ve ülke ekonomisine katkı sağlamak,

yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmak gibi yararları bulunmaktadır (Oğlak, 2007). Ayrıca bireye bağımsızlık ve özgürlük sağlamak ve stresi azaltmak, aile bütünlüğünü korumak, kişiye özel hizmet sağlamak, tanı konduktan sonra iyileşme dönemine kadar kesintisiz hizmet sağlamak, kişinin kendi alışık olduğu çevrede olmasını sağlamak gibi geleneksel yapımıza uygun bir model olması açısından da önemlidir (Karahan ve Güven, 2002). Son zamanlarda çalışmalar evde sağlık bakım hizmetlerinin yönetiminde tele-sağlık teknolojilerinin etkinliğini bildirmiş ve tele-sağlık uygulaması ile evde bakım uygulamasının entegre edilmesi üzerine yoğunlaşmışlardır (Barnason ve ark., 2006; Lorentz, 2008; Fairchild ve ark., 2010).

Tele-sağlık hizmetleri ücretsiz bir hizmet değildir, belirli bir maliyeti vardır. Ancak ABD’ de yapılan bir pilot çalışmada 4 hastanın 60 günlük ev ziyareti ve tele-sağlık ziyareti maliyetleri karşılaştırılmıştır. Hemşire ev ziyaretinin 121 \$, tele-sağlık hizmetinin maliyetinin ise 43 \$ olduğu saptanmıştır (Walsh, 2005). McGinley ve Lucas’ın (2006) diz enjeksiyonu olan hastalara enjeksiyon sonrası semptomların oluşumunun incelendiği tele-hemşirelik hizmeti çalışmasında; hastaların semptomlarına yönelik telefon izlemi yapılarak gerekli görüldüyse tekrar diz enjeksiyonu için randevu verilmiştir. Hastaların diz enjeksiyonu için 12 hafta olan bekleme süresinin, gereksiz ziyaretlerin azaltılmasına yönelik yapılan 3 aylık pilot çalışma sonucunda 5 haftaya düştüğü bildirilmiştir. Ayrıca çalışmaya katılan 30 hastadan sadece 10 hastaya memnuniyet durumu sorulabilmiş ve 9 hasta tele-hemşirelik izleminden memnun olduğunu ve bu uygulamayı tercih ettiğini ifade etmiştir.

Shearer ve ark. (2007)’ nin kalp yetmezliği olan hastalara tele-hemşirelik hizmeti ile öz-bakım yönetimini güçlendirmeye yönelik yaptıkları çalışmada ise hastalar taburcu olduktan sonra 3 ay içerisinde 6 kez arama yapılarak kalp yetmezliği semptomları yönünden sorgulanmıştır. Bu semptomlara yönelik neler yapabileceği açıklanmış, ayrıca ilaçlar, diyet, egzersiz hakkında deney grubuna hemşire tarafından telefonla bilgi verilmiştir. Üç ay sonra deney ve kontrol grubuna değerlendirme yapılmıştır. Sonuç olarak; tele-hemşirelik hizmetinin kalp yetmezliği olan bireylerde öz bakım yönetimini kolaylaştırdığını ve hastaneye tekrarlı yatışları azalttığını bildirmişlerdir. Çalışmalarda da gösterildiği gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı, hastaların evde yaşadıkları sorunların yönetimi için bir araç olarak görülebilir (Maguire ve ark., 2008).

2.4. Tele-Hemşirelik

Tele-hemşirelik; tanı ve tedavi hizmetleri, eğitimsel destek sistemleri, sağlık hizmetleri organizasyonu ve yönetiminde hemşirelik bakımını sunmak ve hemşirelik uygulamasını devam ettirmek için bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır (McGinley ve Lucas, 2006; Wakefield ve ark., 2008). Tele-sağlığın bir bileşeni olan tele-hemşireliği; Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN): “ Hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (<http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives/>). Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tele-sağlığın bir formu olan tele- hemşirelik hizmetini: “ İletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyetidir. ” şeklinde tanımlamaktadır (Kumar ve Snooks, 2011). Tele-hemşirelik hizmeti; ses ve görüntü gibi verileri ve video iletişim sinyallerini göndermek için elektromanyetik kanalların kullanılmasını içerir (McGinley ve Lucas, 2006).

Günümüzde birçok hemşire dünyada tele-hemşirelik hizmetinin 35 yıldır var olduğunun farkında değildir ve bu duruma şaşırılmaktadır. Oysa 1974’ de hemşire Marry Quinn ilk kez Massachusetts Boston Hastanesi’ nde çalışırken tele-monitör aracılığı ile Logan Havaalanı’ ndaki hastalara verdiği bakımı belgelemiştir. Birleşik Devletlerde 1970 ve 1980’ lerde tele-sağlıkla ilgili ilk projelerde tele-hemşirelikle ilgili tanımlamalara yer verilmesine rağmen, projede hemşirelerin aktif olarak yer almaması tartışmalara neden olmuştur (Fairchild ve ark., 2010). Tele-hemşirelik gelişmiş ülkelerde Avustralya’ dan (Turner ve ark., 2002), Yeni Zelenda’ ya (George ve Cullen, 2001), Danimarka’ dan (Christensen ve Olsen, 1998), İsveç’ e (Marklund ve Bengtsson), İngiltere’ den (Department of Health, 1997), Kanada’ ya (Lafrance ve Leduc, 2002), ve ABD’ de (Barber ve ark., 2002) artan oranlarda kullanılmaktadır. ABD’ de tele-hemşireliğin profesyonel rolünü, bireysel özelliklerini, iş memnuniyetini, rol stresini, rol belirsizliğini ve rol çatışmasını belirlemek için Tele-hemşirelik 2000 Rol Çalışması (Fairchild ve ark., 2010) ve bunu takiben Eylül 2004-Ocak 2005’ de uluslararası düzeyde bir tele-hemşirelik çalışması yapılmıştır. Çalışmaya 36 ülke katılmış olup, ülkemiz bu çalışmada yer almamıştır. Çalışma e-mail aracılığı ile yürütülmüştür. Bu çalışmayı Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve birçok mesleki kuruluş da desteklemiştir. Çalışmada aktif olarak tele-hemşirelik yapan veya tele-sağlığı destekleyen organizasyonlarda çalışan hemşireler örnekleme alınmıştır. Çalışmaya katılan 719 kişinin büyük çoğunluğunu klinik uzman hemşireler oluşturmuştur. Katılım

en çok ABD ve Kanada'dan olmuştur. Çalışmaya katılan hemşireler tele-hemşirelik rollerinin uygulandığı alanların en çok hastane ortamı olduğunu (%25.3), bunu kolej ve üniversitelerin izlediğini (%22.1) bildirmişlerdir. Tele-hemşirelik yapan hemşirelerin çoğu kronik hastalığı olan bireylere (%18), cerrahi hastalarına (%14) ve pediatri hastalarına (%14) bakım verdiklerini ifade etmişlerdir. Tele-hemşireler zamanlarının %74' ünü ilaç bilgisi, konsültasyon, birebir direkt hasta bakımı, araştırma, denetleme, meslektaşlar ve öğrenciler ile öğretim yapma ile geçirdiklerini iletmişlerdir. Hemşireler tele-hemşirelik sayesinde zamanlarını etkin kullanmalarından ve az zamanda daha çok hastaya ulaşmalarından bahsetmişlerdir (Grady ve Fairchild, 2007).

Tele-hemşirelik hizmeti çok sayıda hastaya kendi ortamlarında uygun bakım sağlayan bir uzmanlık alanı olarak da görülmektedir (Benhuri, 2010). Tele-hemşirelik, özellikle evde sağlık bakımının yönetimi için sürekli gelişen önemli bir hizmet şeklidir (Lorentz, 2008). Tele-hemşirelik sayesinde bir hemşire izlem, eğitim, ağrı yönetimi, uzaktan müdahale, veri analizi, aile desteği, yara bakımı yönetimi ve mutidisipliner bakım sağlayabilir (Grady ve Fairchild, 2007). Tele-hemşirelik hizmeti; sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşamayan kırsal kesimdeki bireylerin, bu hizmetlere kolaylıkla ulaşmasını sağlamak amacıyla planlanmış hizmetlerin tümünü içerir. Aynı zamanda, kronik hastalıkları olan bireylerin gözlenmesini ve evde bakım hizmetlerinin yönetimini de kolaylaştırır (Guidelines on Telenursing Australian, 2005; Lorentz, 2008; George ve ark., 2009; Guidelines for Telenursing Practice Nova Scotia, 2010). Tele-hemşirelik hizmetinin, toplumda diyabet, astım, kanser, kalp ve kronik hastalıkların yönetiminde etkili olduğu bildirilmektedir (Blake, 2008, Maguire ve ark., 2008). Ayrıca sağlık hizmeti için gereken bekleme zamanını, acil servis ve doktor muayenehanelerine olan gereksiz ziyaretleri azaltacağı yapılan çalışmalarda gösterilmektedir (McGinley ve Lucas, 2006; Kashem ve ark., 2008; Shearer ve ark., 2007).

Beebe ve ark. (2008) şizofreni tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalara tele-hemşirelik hizmetinin ilaç uyumuna etkisini incelemiş ve araştırmacılar riskli kişilerde ilaç uyumunu artırmada problem çözmek için tele-hemşirelik hizmetinin kullanılmasını önermişlerdir. Bohnenkamp ve ark. (2004) ise ostomili olan kanser hastalarına yaptıkları çalışmada uzman hemşireler tarafından verilen tele-hemşirelik hizmetinin hasta bakımını bireyselleştirdiğini, maliyeti azalttığını ve hasta memnuniyetini artırdığını belirtmiştir. Bu çalışmada evde bakım hizmeti ile tele-hemşirelik hizmetinin maliyeti üzerine etkisi karşılaştırılmış, evde bakımda bir hastanın maliyeti 63 \$ olduğu tele-hemşirelik hizmeti maliyetinin ise 18.9 \$ olduğu saptanmıştır. Ayrıca memnuniyet

düzeıi incelendiğinde evde bakımdan memnuniyetin %81, tele-hemşirelikten memnuniyetin ise %93 olduğu bulunmuştur.

ABD' nin Colorado eyaletinde 2006 yılında bir sağlık fuarı yapılmıştır. Bu fuara katılan 4489 katılımcıya kardiyovasküler hastalık yönünden risk grubunu belirleyen Framingham risk skoru uygulanmıştır. Katılımcılardan 521 kişi kardiyovasküler hastalık yönünden yüksek riskli bulunmuştur. Bu katılımcılardan fuar sonrasında 447 kişiye ulaşılmış ve hemşire tarafından telefon görüşmesi yapılmıştır. Hemşire tarafından diyet, egzersiz, sigara bırakma, medikal tedaviye başlayıp başlamadığı hakkında sorular sorulmuş ve kardiyovasküler hastalık riskini önlemeye yönelik farkındalık oluşturma ve olumlu sağlık davranışı geliştirebilmesi için bireylerle motivasyonel görüşmeler yapılmıştır. Görüşme yapılan bireylerde istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yaşam tarzı değişiklikleri ve medikal tedaviye başlama gözlenmiştir (Jensen ve ark., 2009).

2.5. Hemşirenin Eğitici ve Danışmanlık Rolü

Sağlık eğitimi, profesyonel hemşirenin tüm sağlık bakım kuruluşlarında ve her türlü uygulamalarında üstlenmiş olduğu en önemli sorumluluk ve yükümlülüklerden birisidir. Zira profesyonel hemşireliğin sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik üstlenmiş olduğu rol ve işlevler sağlık eğitiminin onun temel görevleri arasında olmasını zorunlu kılmıştır (Ertok, 1997; Kadda ve ark., 2012). Profesyonel bir hemşire, eğitimci olmalı ve sahip olduğu bilgiyi doğru ve anlamlı kullanmalıdır (Büyükaşık, 2008; Kadda ve ark., 2012). Hasta ve ailesinin eğitimi; bilgilendirme, danışmanlık ve davranış değişikliğine yönelik tekniklerin kullanılarak hastanın sağlığa yönelik bilgi ve davranışlarında değişiklik meydana getirmek amacıyla yapılan eğitimidir (Büyükaşık, 2008).

Hemşirenin değişen ve gelişen rolü sağlık ekibi içerisindeki etkinliğini artırmış olup, sağlığın korunması ve sürdürülmesinde önemli bir rol almasını sağlamıştır. Bu nedenle hemşire, eğitici ve danışmanlık fonksiyonu ile bu yardımın verilmesinde önemli bir yer almaktadır (Ertok, 1997). Danışmanlık hemşirenin primer fonksiyonlarından birisidir. Hemşirenin danışmanlık rolü ilk kez 1999 yılında tanımlanmıştır (Dawson ve McEwen, 2005). Hemşire danışmanlık yoluyla bireyi eldeki alternatifleri gözden geçirme, kendisine en yararlı ve uygun tercihleri seçme ve bir kontrol duygusu geliştirmesi için destekler (Yıldız, 2003). Sağlık bakım hizmetlerinde hemşirenin eğitici ve danışmanlık rolü önemli olup hemşireler bu alanda kilit noktayı oluştururlar (Demir ve Ünsar, 2008).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin işleme bağlı komplikasyon yönetimine etkisini belirlemek amacıyla deneysel nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Sivas Numune Hastanesi Anjiyo Ünitesi' nde PTCA ve intra koroner stent uygulaması yapılan ve koroner yoğun bakımda takip edilen hastalar üzerinde yapılmıştır. Sivas Numune Hastanesi, Sivas şehir yerleşkesinde yer alan, 21 klinik, 4 üniteden oluşan 524 yataklı bir hastanedir. Anjiyo ünitesinde 3 sağlık memuru, 2 hemşire, 7 kardiyolog çalışmaktadır. Sağlık memuru ve hemşirelerin çalışma saatleri 08-15, 13-18 şeklindedir. Üniteye işlem sonrası hastaların ortalama 1 saat takip edildikleri gözlem odası bulunmaktadır. Hastalar burada gözlemlendikten sonra koroner yoğun bakım ünitesine gönderilip ortalama 1-3 gün içerisinde taburcu edilmektedir. Koroner yoğun bakım ünitesi toplam 9 yataktan oluşmakta olup 10 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri hafta içi 8-17, 16-08 hafta sonu ise 08-08 şeklinde olup her vardiyada 2 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sivas Numune Hastanesi Anjiyografi ünitesinde PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireyler oluşturmuştur. Sivas Numune Hastanesi istatistik birimi verilerine göre Ocak-Eylül 2010 tarihinde toplam 625 PTCA ve intra koroner stent uygulaması yapılmıştır.

Örneklem seçimi ise;
$$\frac{N.P.Q.t^2}{(N-1).(d^2+P.Q.t^2)}$$
 formülü kullanılarak çalışma ve

kontrol grubuna seçilecek birey sayısı hesaplanmıştır. N=balon ve stent yapılan toplam hasta sayısı, P=literatürde işlem sonrası komplikasyon görülme oranı (komplikasyon görülme oranlarından en fazla olanı alınarak hesaplama yapılmıştır.), Q=komplikasyon görülmeme oranı (1-P), t=% 95 yanılma düzeyinde t tablo değeri, d=öngörülen \pm yanılma miktarıdır. Araştırmaya parametrik test varsayımlarını karşılama amacıyla bu formüle göre 120 birey alınmıştır. Bu bireylerin 60'ı kontrol, 60'ı çalışma grubunu

oluşturmuştur. Çalışma 120 bireyin tamamı ile devam etmiş olup, çalışmadan ayrılmayı isteyen birey olmamıştır.

3.4. Örneklem Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden, işitme ve konuşma problemi olmayan, iletişimi engelleyecek herhangi bir ruhsal rahatsızlığı olmayan, soruların algılanmasını/iletişim kurmasını etkileyecek düzeyde narkotik analjezik kullanmayan, yetişkin hasta bireyler çalışmaya alınmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada iletişim teknolojilerinden sadece telefonun kullanılması, diğer iletişim teknolojilerinin kullanılmaması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın Sivas Numune Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Anjiyografi Ünitesinde gerçekleştirebilmesi için hastane yönetiminden, Sağlık İl Müdürlüğü'nden, Sivas Valiliği'nden ve C.Ü. Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan gerekli yazılı izinler alınmıştır.

Çalışmada 'insan onuruna saygı' ilkesi göz önüne alınarak çalışmaya katılanlar çalışmaya katılma ya da katılmaya karar vermede özgür oldukları ayrıca katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, bilgi vermeyi reddetme ve çalışmaya ilişkin aydınlatılmaya hakları oldukları konusunda sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Çalışmaya katılma kriterlerine uygun olan hastalar 'gizlilik' ilkesine bağlı olarak kendilerinden alınan kişisel bilgilerin kimseye açıklanmayacağı ya da bu bilgilere kimsenin ulaşmasına izin verilmeyeceği, gizliliğin sağlanacağı konusunda bilgilendirilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri bireylere yönelik Kişisel Bilgi Formu ve Komplikasyon İzlem Formu ile toplanmıştır.

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu

PTCA ve intra koroner stent yapılan bireylerin sorunlarına yönelik literatüre dayalı olarak hazırlanan bu formda; bireylerin yaş, cinsiyet, telefon, adres, eğitim durumu, meslek, sağlık güvencesi, medeni durum, çocuk sayısı, anjiyografi öyküsü, eşlik eden hastalıklar, işlem öncesi yaşanan yakınmalar, hastalığın bireyin yaşamını etkileme durumu, kullanılan ilaçlar, yapılan egzersizler, uyku problemi, sigara/alkol kullanımı, diyet, evde bakımına yardımcı olacak kişinin varlığı, taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar gibi soruların yer aldığı 24 maddeden oluşan, bireysel özellikleri ve tıbbi durumları içeren bilgiler yer almaktadır.

3.8.2. Komplikasyon İzlem Formu

İşlem sonrası görülebilen komplikasyonlardan hematoma, enfeksiyon, kontrast madde nefropatisi, femoral nöropati, arteriyel oklüzyonu tanımlayan ve bireyde bu komplikasyonların varlığını değerlendirmek için oluşturulan bir izleme rehberidir. İşlem sonrası gelişebilen komplikasyonları izlemek için çalışma ve kontrol grubu ile taburcu olduktan sonra komplikasyonların izlemi bu rehber ile yapılmıştır. Literatürde PTCA ve intra koroner stent uygulamalarında işleme bağlı komplikasyonlar %1-14 (Lins ve ark., 2006), %0.75-19.2 (Liew ve ark., 2007), %1.5-9 (Steffenino ve ark., 2005), %7.2 (Hamner ve ark., 2010) oranlarında görülmüş olup bireylerin yaşadıkları sorunların en çok 2-4 hafta içerisinde geliştiği (Odabaşı, 2006; Tok Özen ve Şenol, 2010) bildirilmektedir. Bu nedenle komplikasyonların izlemi taburcu olduktan 1 gün sonra başlanıp 1. hafta, 2. hafta, 3. hafta, 4. hafta sonunda olmak üzere toplam 5 telefon görüşmesi ile 1 ay içerisinde yapılmıştır. Form literatür bilgileri göz önüne alınarak dizayn edilmiştir. Komplikasyon İzlem Formu, telefon danışmanlığı ile izlenilebilir kontrol altına alınabilmesi göz önünde bulundurularak işlem sonrası gelişebilen komplikasyonlardan hematoma, enfeksiyon, kontrast madde nefropatisi, femoral nöropati, arteriyel oklüzyon olmak üzere 5 komplikasyon izleminden oluşturulmuştur. İşlem sonrası gelişebilen komplikasyonlardan retroperitoneal kanama, psödoanevrizma, arteriovenöz fistül, diseksiyon, tamponat, perforasyon, strok, vazovagal reaksiyon, alerjik reaksiyon tıbbi tetkik ve tıbbi müdahale içerip telefonla izlemi yapılamayacağından izlem rehberine alınmamıştır.

3.9. Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırma Mart 2011-Nisan 2012 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Anjiyo ünitesinde PTCA ve intra koroner stent yapılan hastalar üzerinde uygulanmıştır. Deneysel nitelikte olan bu çalışmada kontrol ve çalışma grubu oluşturulup, bu gruplar basit rasgele örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Veri toplama araçlarından Kişisel Bilgi Formu PTCA ve intra koroner stent işlemi yapıldıktan bir gün sonra kardiyoloji kliniğinde hasta odasında araştırmacı tarafından yüz-yüze görüşme yoluyla hasta bireylere sorular sorularak uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından çalışma grubuna Kişisel Bilgi Formu doldurulduktan sonra işlem sonrası görülebilen komplikasyonlar ve bunları önlemeye yönelik uygulamaları içeren hasta eğitimi (Ek-4) verilmiş ve taburcu olduktan sonra bu komplikasyonların izlemi için telefonla bir ay içerisinde beş görüşme yapılacağı bildirilmiştir. Eğitim süresince hasta odasının kapısına eğitim var levhası asılıp, giriş-çıkışlar kontrol altına alınmıştır. Eğitim verilirken bireyin dinlenmesine izin verilmiş olup, eğitim yaklaşık 20dk. sürmüştür. Kontrol grubuna ise Kişisel Bilgi Formu klinikte doldurulup, işlem sonrası görülen komplikasyonların gelişimini izlemek amacıyla taburcu olduktan sonra bir ay içerisinde beş kez telefonla aranacakları söylenmiştir. Kontrol grubuna herhangi bir eğitim verilmeyip kliniğin rutin uygulamasına bırakılmıştır.

Telefon görüşmeleri taburcu olduktan bir gün sonra, birinci hafta, ikinci hafta, üçüncü hafta ve dördüncü hafta sonunda yapılmıştır. Telefon görüşmeleri yaklaşık 10-25 dk. sürmüştür. Telefon görüşmelerinde komplikasyonların izlemi Komplikasyon İzlem Formu kullanılarak gerçekleştirilmiş ve bulgular bu forma kayıt edilmiştir. Çalışma grubuna işlem sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti literatüre dayalı hazırlanan eğitim rehberi (Ek-4) ile verilmiştir. Eğitim rehberi, komplikasyonlara yönelik hemşirelik müdahalesi, hastanın yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaçları hakkında literatüre dayalı bilgilerle hazırlanmıştır. Kontrol grubu ise kliniğin rutinine bırakılıp sadece komplikasyonların izlemi yapılmıştır. Ancak etik ilkeler göz önüne alınarak kontrol grubunun soruları cevapsız bırakılmayıp tedavi hizmetleri için kliniğe yönlendirilmiştir. Araştırmacı çalışma grubuna telefon numarasını vererek problemleri oldukları zaman arayabileceklerini bildirmiştir. Çalışma ve kontrol grubuna yapılan 5. telefon görüşmesinde komplikasyon izlem formuna ek olarak tele-hemşirelik izleminden memnuniyet düzeylerini ölçmek için 1-10 arasında oluşan bir skala ile değerlendirme yapılmış olup, bireylere 1 'in en az memnuniyeti 10' un en çok memnuniyeti belirttiği açıklanmıştır. Ayrıca tekrar hastaneye yatış durumu

olup olmadığı sorulmuştur. Görüşmenin içeriğini, tıbbi görüşmelerde kullanılan Roter Etkileşim Analiz Sistemi modeli (Ek-3) oluşturmuştur. Roter etkileşim analiz sistemi (RIAS) ise; ABD ve Avrupa'da yaygın olarak kullanılan Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde tıbbi görüşmelerde iletişimi analiz etmek için uygulanan bir yöntemdir (Roter ve Larson, 2002; Wakefield ve ark., 2008). Bu etkileşim modeli iki önemli bileşenden; affektif odaklı ve davranış odaklı iletişim boyutlarından oluşmuştur. Affektif odaklı iletişim ile görüşme başlatılarak birey ile bir ilişki oluşturulup bireye güven verme ve samimiyet duyguları oluşturulmuştur. Daha sonra davranış odaklı iletişim boyutu çerçevesinde bireye soru sorularak veri toplama ve durum değerlendirilmesi yapılarak bu kapsamda gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

TELEFON GÖRÜŞMELERİ

1. GÖRÜŞME

Hemşire bireye kendisini tanıttıktan sonra nasılsınız sorusu ile görüşme başlatıldı. Birey ile sıcak bir görüşme ortamı oluşturulduktan sonra veri toplamaya yönelik görüşmeye başlandı. Komplikasyon izlem formunda bulunan semptomların var olup olmadığı tek tek sorgulandı. Semptom var ise, daha önce klinikte verilen eğitim içeriği tekrarlanarak bu noktada daha özenli ve dikkatli olarak uyması gerekliliği vurgulandı.

Hematoma yönelik; işlem yapılan alanda morluk (1), el ile dokunulduğunda sertlik (2), hassasiyet (3), bacak hareketlerinde zorlanma (4), kasık bölgesinde ağrı (5) oluyor mu? soruldu. Hematom bulgularından morluk var ise; morluğun etrafını kalemle çizmesi (1), her geçen gün büyüme olursa verilen telefon numarasını arayarak haber vermesi (2), işlem yapılan bölgeye banyo sırasında temizleme materyali ile sürtme hareketi yapmaması (3), merdiven çıkarken önce sağlam bacağı, daha sonra diğer bacağı atması (4), işlem yapılan bacağı zorlayıcı, gerginlik yaratan hareketlerden koruması (5), ilk 1 hafta ağır aktivitelerden kaçınması (6) gerektiği anlatıldı.

Enfeksiyona yönelik; ateş (1), titreme (2), işlem yapılan bölgede kızarıklık (3), akıntı (4), koku (5) oluyor mu? soruldu. Enfeksiyon bulgularından bir tanesi var ise; banyoyu ayakta duş şeklinde yapması (1), işlem yapılan bölgeye temizleme materyali ile sürtme hareketi yapmaması (2), şikâyetler devam ederse kontrole

gelmesi (3) söylendi. İşlemden sonra kapatılan pansumanı ne zaman açtığı (4) sorgulandı.

Kontrast madde nefropatisine yönelik; İdrar miktarında azalma (1), rengine değişiklik (2) var mı? soruldu. Nefropati bulgularından bir tanesi var ise; bireye aldığı günlük sıvı miktarının (çay, su, meyve suyu, çorba, ayran, süt) kaç su bardağı olduğu (1), bir günlük idrarını biriktirmesi (2), miktarını ölçmesi (3), AÇT' ye birkaç gün devam etmesi (4), verilen telefon numarasını araması (5) istendi. Anormallik varsa kontrole gelmesi (6) söylendi.

Femoral nöropatiye yönelik; işlem yapılan bacakta ağrı (1), uyuşma (2), karıncalanma (3), bacak hareketlerinde zorlanma (4) oluyor mu? soruldu. Femoral nöropati bulgularından bir tanesi var ise; her iki bacak bu şikâyetler yönünden karşılaştırması (1), bu şikâyetler devam ederse ek tetkikler için hastaneye gelmesi (2) söylendi.

Arteriyel oklüzyona yönelik; işlem yapılan bacakta ağrı (1), morarma (2) soğukluk (3), dokunulduğunda bölgeyi hissetmeme gibi bir durum (4) oldu mu? soruldu. Her iki grupta da arteriyel oklüzyona yönelik bulgu saptanmadı. Ancak komplikasyon gelişimini izlemeye yönelik; her iki bacağı renk ve ısı yönünden karşılaştırması (1), klinikte öğretildiği gibi ayağın üst kısmından nabza bakılması (2) na yönelik eğitim içeriği tekrarladı.

Kontrol grubuna sadece semptomlar sorularak herhangi bir müdahalede bulunulmayıp kliniğin rutinine bırakıldı. Alınan veriler Komplikasyon İzlem Formuna kayıt edildi. Telefonla 1 hafta sonra tekrar aranacağı söylendi. Çalışma grubuna, bir problemi olursa daha öncesinde kendisine verilen telefon numarasını arayabileceği söylenerek görüşme sonlandırıldı.

2. GÖRÜŞME

Hemşire bireye kendisini tanıttıktan sonra nasılsınız sorusu ile görüşme başlatıldı. Birey ile sıcak bir görüşme ortamı oluşturulduktan sonra semptomların/problemlerin devam edip etmediği birinci görüşmedeki gibi her bir komplikasyon için tek tek sorgulandı. Bireyin bu problemleri önlemeye yönelik nelere dikkat ettiği sorgulanarak uygulamaları gözden geçirildi. İlk görüşmede verilen bilgiler tekrarlandı. Bireyin soruları cevaplandı. Yeni bir bulgu saptanmışsa buna yönelik bilgi verilerek 1 hafta sonra tekrar aranacağı söylendi. Bireye güven verilerek dikkat etmesi gereken durumlar (ilaçlar, diyet, yaşam tarzı değişiklikleri)

tekrar vurgulandı. Bir problemi olursa verilen telefonu arayabileceğini söyleyerek görüşme sonlandırıldı.

3. GÖRÜŞME

Bireye hemşire kendisini tanıttıktan sonra nasılsınız sorusu ile görüşme başlatıldı. Birey ile sıcak bir görüşme ortamı oluşturulduktan sonra semptomların/problemlerin devam edip etmediği birinci görüşmedeki gibi her bir komplikasyon için sorgulandı ve bir önceki görüşme ile karşılaştırma yapıldı. Bireyin problemleri önlemeye yönelik nelere dikkat ettiği sorgulanarak uygulamaları gözden geçirildi. Devam eden semptomların hangi düzeyde olduğu açık uçlu sorular sorularak analiz edildi. Daha önceki görüşmelerde verilen bilgiler tekrarlandı. Bireyin soruları cevaplandı. Doktor kontrolüne gelmesi gerekiyorsa gelip gelmediği sorgulandı ve bir hafta sonra tekrar aranacağı söylendi. Bireye güven verilerek dikkat etmesi gereken durumlar (ilaçlar, diyet, yaşam tarzı değişiklikleri) tekrar vurgulandı. Bir problemi olursa verilen telefonu arayabileceği söyleyerek görüşme sonlandırıldı.

4. GÖRÜŞME

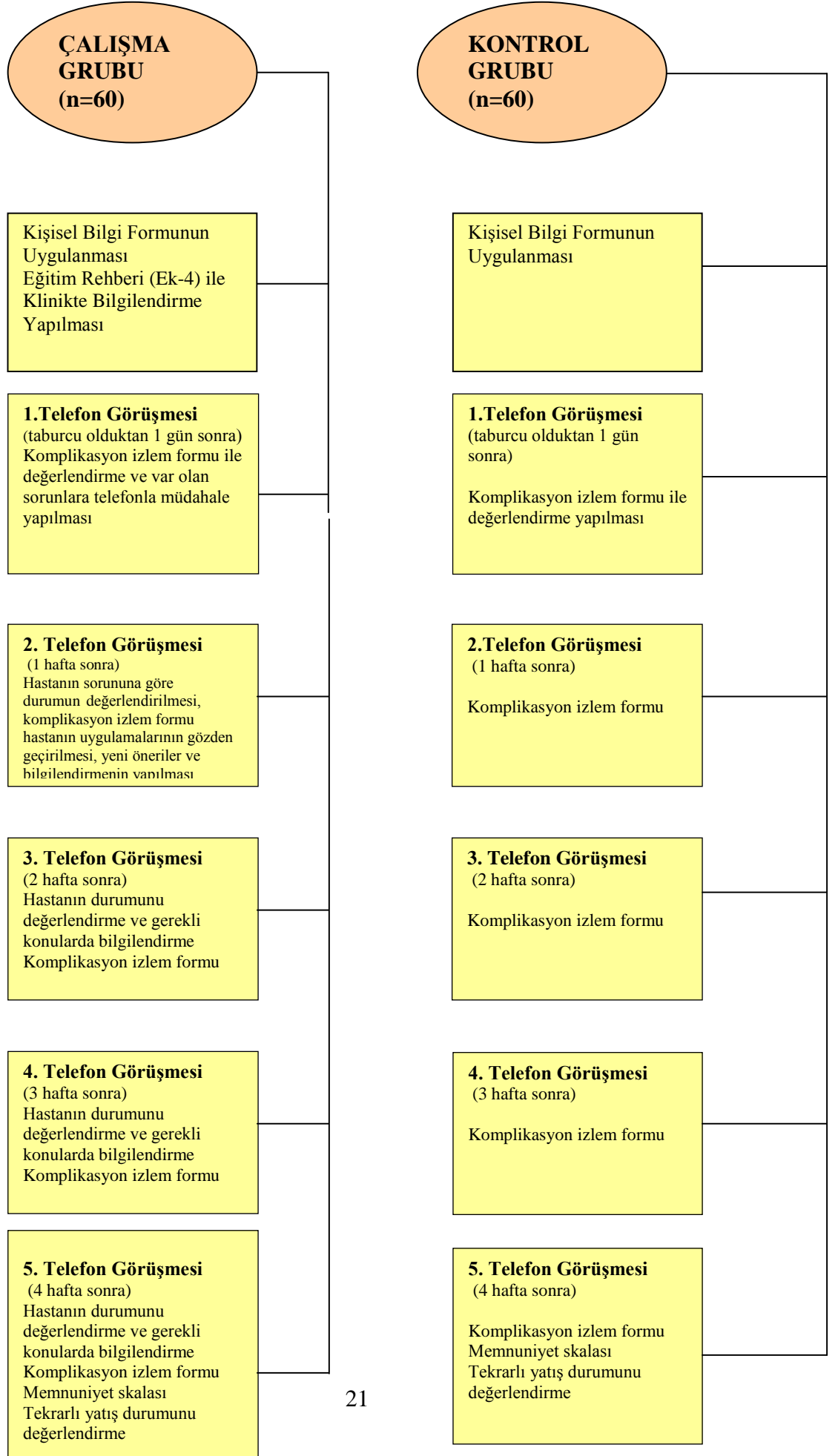
Bireye hemşire kendisini tanıttıktan sonra nasılsınız sorusu ile görüşme başlatıldı. Birey ile sıcak bir görüşme ortamı oluşturulduktan sonra semptomların/problemlerin devam edip etmediği birinci görüşmedeki gibi her bir komplikasyon için tek tek sorgulandı. Devam ediyor ise, Ne düzeyde? olduğu sorgulanarak bir önceki görüşme ile karşılaştırma yapıldı. Bireyin uygulamaları gözden geçirilerek gerekli bilgiler verildi. Bireyin soruları varsa cevaplandı. Bireye güven verilerek dikkat etmesi gereken hususlar (ilaçlar, diyet, yaşam tarzı değişiklikleri) tekrar vurgulandı. Telefonla 1 hafta sonra tekrar aranacağı söylendi. Bir problemi olursa daha öncesinde kendisini arayabileceğini söyleyerek görüşme sonlandırıldı.

5. GÖRÜŞME

Hemşire bireye kendisini tanıttıktan sonra nasılsınız sorusu ile görüşme başlatıldı. Birey ile sıcak bir görüşme ortamı oluşturulduktan sonra semptomların/problemlerin devam edip etmediği birinci görüşmedeki gibi her bir komplikasyon için sorgulandı. Hastanın soruları varsa dinlendi. Daha önceki

görüşmelerde verilen bilgiler tekrarlandı. İlaçlar, diyet, yaşam tarzı değişiklikleri gibi konularda verilen eğitimlere uyması gerektiği tekrar hatırlatıldı. Diğer görüşmelere ek olarak bireyin bu süre zarfında hastaneye tekrarlı yatış durumu oldu mu sorgulandı. Telefonla durumunun takip edilmesinden memnun olup olmadığı soruldu. Bu memnuniyete 1-10 arasında kaç puan vereceği soruldu. Bireye 1' in en az memnuniyeti, 10' un en çok memnuniyeti ifade ettiği açıklandı. Bu çalışmaya katıldığından dolayı bireye teşekkür edilip görüşme sonlandırıldı.

1. Araştırmanın Uygulama Şeması



3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 15 paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; frekans dağılımı, aritmetik ortalama, ki kare testi, t testi ve Mann-Withney-U testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 1. Çalışma ve Kontrol Grubunun Bazı Tanıtıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Özellikler	Çalışma (n=60)	%	Kontrol (n=60)	%	SONUÇ
Cinsiyet					
Kadın	13	21.7	15	25.0	X ² =0.186 p=0.666 p>0.05
Erkek	47	78.3	45	75.0	
Yaş (X±S =63.2±9.5)					
44-53	9	15.0	11	18.3	X ² =0.478 p=0.924 p>0.05
54-63	22	36.7	19	31.7	
64-73	21	35.0	21	35.0	
74↑	8	13.3	9	15.0	
Eğitim Durumu					
Okur yazar değil	6	10.0	8	13.3	X ² =2.331 p=0.675 p>0.05
Okur yazar	9	15.0	7	11.7	
İlkokul mezunu	26	43.4	32	53.3	
Ortaokul mezunu	8	13.3	6	10.0	
Lise mezunu	11	18.3	7	11.7	
Meslek					
Memur	3	5.0	4	6.7	X ² =2.768 p=0.736 p>0.05
İşçi	2	3.3	1	1.7	
Çiftçi	9	15.0	5	8.3	
Emekli	26	43.3	31	51.7	
Serbest meslek	4	6.7	6	10.0	
Çalışmıyor	16	26.7	13	21.6	

Sosyal Güvence					
SSK	28	46.7	33	55.0	X ² =4.267 p=0.234 p>0.05
Emekli Sandığı	20	33.3	12	20.0	
Yeşil Kart	4	6.7	2	3.3	
Bağkur	8	13.3	13	21.7	
Medeni Hali					
Evli	52	86.7	56	93.3	X ² =1.481 p=0.224 p>0.05
Bekar	8	13.3	4	6.7	
Eski Anjiyografi Öyküsü					
Var	23	38.3	21	35.0	X ² =0.926 p=0.336 p>0.05
Yok	37	61.7	39	65.0	
Eski Anjiyografi Öyküsü					
Olanlarda Yapılan İşlem		(n=23)	(n=21)		
Stent	2	8.7	-	-	
Ptca	11	47.8	10	47.6	
Ptca+Stent	6	26.1	7	33.4	
Yalnız Anjiyografi	4	17.4	4	19.0	
Sistemik Hastalık					
Var	43	71.7	34	56.7	X ² =1.742 p=0.187 p>0.05
Yok	17	28.3	26	43.3	
Var Olan Sistemik Hastalıklar		(n=43)	(n=34)		
DM	8	18.6	2	6.0	
HT	29	67.4	21	61.7	
DM+HT	6	14.0	11	32.3	
Hastaneye Yatış Öncesi Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	47	78.3	41	68.3	X ² =0.657 p=0.418 p>0.05
Yok	13	21.7	19	31.7	

Sürekli kullanılan ilaçlar	(n=47)		(n=41)		
Antihipertansif	23	49.0	14	34.1	
*Kan sulandırıcılar	6	12.8	7	17.1	
Antidiyabetik	5	10.6	1	2.4	
Antiaritmal	1	2.1	1	2.4	
Birden fazla grup ilaç kullanımı	12	25.5	18	44.0	
**Düzenli Egzersiz					
Var	3	5.0	4	6.7	X ² =0.152 p=0.697 p>0.05
Yok	57	95.0	56	93.3	
**Düzenli Uyku					
Var	43	71.7	37	61.7	X ² =1.350 p=0.245 p>0.05
Yok	17	28.3	23	38.3	
Sigara Kullanımı					
Var	13	21.6	18	30.0	X ² =3.115 p=0.211 p>0.05
Yok	22	36.7	26	43.3	
Bırakmış	25	41.7	16	26.7	
Alkol Kullanımı					
Var	-	-	4	6.7	X ² =3.800 p=0.062 p>0.05
Yok	60	100.0	56	93.3	
**Diyet					
Var	40	66.7	33	55.0	X ² =2.222 p=0.136 p>0.05
Yok	20	33.3	27	45.0	
**Diyete Uyum		(n=40)		(n=33)	
Evet	22	55.0	18	54.5	X ² =1.715 p=0.424 p>0.05
Hayır	18	45.0	15	45.5	
Evde Bakıma Yardımcı					
Var	58	96.7	60	100.0	X ² =2.034 p=0.154 p>0.05
Yok	2	3.3	-	-	

*Antikoagülan, antitrombolitik, antiagregan

**Hastanın kendi ifadesi

Araştırmaya katılanların çalışma grubunda %78.3' ü erkek, %21.7' si kadın; kontrol grubunda ise %75' i erkek, %15' i kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya katılanların yaş aralıkları yüksek oranda çalışma grubunda %36.7 ile 54-63 yaş grubundan oluşurken, kontrol grubunda ise bunu %35 ile 64-73 yaş grubu oluşturmaktadır. Araştırmamızda çalışma grubunun %43.4'ü, kontrol grubunun ise %53.3'ü ilkokul mezunudur. Katılımcıların çalışma grubunda %43.3'ü, kontrol grubunda ise %51.7'si emekli olup; çalışma grubunun %46.7'sinin, kontrol grubunun ise %55'inin sosyal güvencesi SSK'dır. Araştırmaya katılanların çalışma grubunda %86.7' si kontrol grubunda %93.3' ü evlidir.

Araştırmaya katılanların çalışma grubunda %38.3' ünün kontrol grubunda ise %35' inin eski anjiyografi öyküsü var olup bu hastaların çalışma grubunda %47.8'ine kontrol grubunda ise %47.6' sına daha önceden PTCA işlemi uygulanmıştır. Araştırmaya katılanlarda çalışma grubunun %71.7' sinde kontrol grubunda ise %56.7' sinde sistemik hastalık bulunmakta olup; ilk sırayı çalışma grubunda %67.4, kontrol grubunda %61.7 ile hipertansiyon oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanlardan çalışma grubunun %78.3' ünde, kontrol grubunun ise %68.3'ünde yatış öncesi sürekli ilaç kullanımları mevcut olup; çalışma grubunda %49, kontrol grubunda %34.1 ile ilk sırayı antihipertansif ilaçlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanlardan çalışma grubunun %95' i, kontrol grubunun ise %93.3' ü düzenli egzersiz yapmamaktadır. Araştırmaya katılan bireylerden çalışma grubunda %28.3' ünde, kontrol grubunda ise %38.3' ünde düzenli uyku uyuyamama problemi bulunmaktadır.

Araştırmaya katılanların çalışma grubunda %21.6' sı kontrol grubunda ise %30'u sigara kullanmakta olup çalışma grubunun %41.7' si, kontrol grubunun %26.7'si sigara kullanmayı bırakmıştır. Araştırmaya katılanlardan çalışma grubunda %100'ü, kontrol grubunda ise %93.3' ü alkol kullanmamaktadır.

Araştırmaya katılanlardan çalışma grubundaki bireylerin %66.7' sinin, kontrol grubundaki bireylerden ise %55' inin daha önceden uyması gereken diyet programı var olup bunlardan sadece çalışma grubunda %55' i, kontrol grubunda ise %54.5' i diyetine uyduğunu ifade etmektedir. Araştırmaya katılan bireylerden çalışma grubunda %96,7'sinin, kontrol grubunda ise %100' ünün işlem sonrasında evde bakımına yardımcı olacak bir yakını bulunmaktadır.

Tablo 2. İşlem Öncesinde Yaşadıkları Yakınmalar

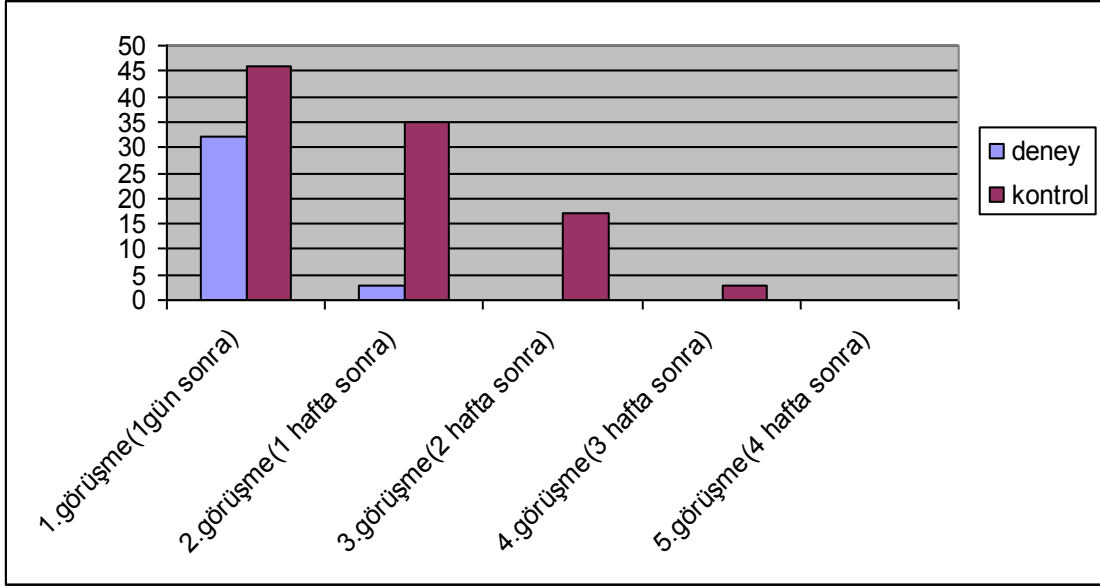
Özellikler	Çalışma (n=60)	%	Kontrol (n=60)	%	SONUÇ
İşlem Öncesi Göğüs Ağrısı Yakınması					
Var	57	95.0	52	86.7	X ² =2.502 p=0.114 p>0.05
Yok	3	5.0	8	13.3	
İşlem Öncesi Çarpıntı Yakınması					
Var	41	68.3	39	65.0	X ² =0.150 p=0.699 p>0.05
Yok	19	31.7	21	35.0	
İşlem Öncesi Yorgunluk Yakınması					
Var	44	73.3	48	80.0	X ² =0.745 p=0.388 p>0.05
Yok	16	26.7	12	20.0	
İşlem Öncesi Güçsüzlük Yakınması					
Var	44	73.3	46	76.7	X ² =0.178 p= 0.673 p>0.05
Yok	16	26.7	14	23.3	
İşlem Öncesi Nefes Darlığı Yakınması					
Var	45	75.0	44	73.3	X ² =0.043 p=0.835 p>0.05
Yok	15	25.0	16	26.7	
İşlem Öncesi Uykusuzluk Yakınması					
Var	39	65.0	40	66.7	X ² =0.037 p=0.847 p>0.05
Yok	21	35.0	20	33.3	
İşlem Öncesinde Hastalığın Hastanın Yaşamına Olumsuz Etkisi					
Var	40	66.7	38	63.3	X ² =0.147 p=0.702 p>0.05
Yok	20	33.3	22	36.7	

Araştırmaya katılan bireylerde işlemden önce çalışma grubunun %95' inde, kontrol grubunda ise %86,7' sinde göğüs ağrısı; çalışma grubunun %68.3' ünde, kontrol grubunda ise %65' inde çarpıntı; çalışma grubunun %73.3' ünde, kontrol grubunda ise %80' inde yorgunluk; çalışma grubunun %73.3' ünde, kontrol grubunda ise %76.7'sinde güçsüzlük; çalışma grubunun %75' inde, kontrol grubunda ise %73.3' ünde nefes darlığı; çalışma grubunun %65' inde, kontrol grubunda ise %6.7' sinde uykusuzluk yakınması bulunmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerde görülen bu yakınmalar çalışma grubunun %66.7' sinin, kontrol grubunda ise %63.3' ünün yaşamını olumsuz yönde etkilemiştir.

Tablo 3. Hematomun Birinci, İkinci, Üçüncü ve Dördüncü İzlemlerde Görülme Durumu

		ÇALIŞMA n=60	%	KONTROL n=60	%	SONUÇ
HEMATOM 1.GÖRÜŞME	Var	32	53.3	46	76.7	X ² =7.179 p=0.007
	Yok	28	46.7	14	23.3	
HEMATOM 2.GÖRÜŞME	Var	3	5.0	35	58.3	X ² =39.435 p=0.0001
	Yok	57	95.0	25	41.7	
HEMATOM 3.GÖRÜŞME	Var	-	-	17	28.3	X ² =19.086 P=0.0001
	Yok	60	100.0	43	71.7	
HEMATOM 4.GÖRÜŞME	Var	-	-	3	5.0	X ² =3.077 P=0.081
	Yok	60	100.0	57	95.0	

Komplikasyon gelişimi yönünden birinci, ikinci ve üçüncü görüşmelerde kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) daha yüksek oranda hematoma geliştiği saptanmıştır. Ancak dördüncü görüşmede hematoma çalışma ve kontrol grubu arasında görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Beşinci görüşmede ise hematoma çalışma grubunda da kontrol grubunda da görülmemiştir. Çalışma ve kontrol grubunda komplikasyonlar karşılaştırıldığında en çok görülen komplikasyon hematoma olmuştur.



Grafik 1. Hematomun Birinci, İkinci, Üçüncü, Dördüncü ve Beşinci Görüşmelerde Çalışma ve Kontrol Grubunda Görülme Durumu

Tablo 4. Enfeksiyonun Birinci ve İkinci İzlemlerde Görülme Durumu

		ÇALIŞMA n=60	%	KONTROL n=60	%	SONUÇ
ENFEKSİYON 1.GÖRÜŞME	Var	1	1.7	7	11.7	$X^2=4.821$ $p=0.021$
	Yok	59	98.3	53	88.3	
ENFEKSİYON 2.GÖRÜŞME	Var	1	1.7	4	6.7	$X^2=1.878$ $P=0.364$
	Yok	59	98.3	56	93.3	

Araştırmamızda birinci görüşmede kontrol grubundaki enfeksiyon gelişim oranının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak ikinci görüşmede enfeksiyonun çalışma ve kontrol grubu arasında görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Üçüncü, dördüncü ve beşinci görüşmelerde ise enfeksiyon her iki grupta da görülmemiştir.

Tablo 5. Nefropatinin Birinci İzlemde Görülme Durumu

		ÇALIŞMA n=60	%	KONTROL n=60	%	SONUÇ
NEFROPATİ 1.GÖRÜŞME	Var	-	-	1	1.7	$X^2=1.008$ $p=0.315$
	Yok	60	100.0	59	98.3	

Komplikasyonlardan nefropatinin birinci görüşmede çalışma ve kontrol grubu arasında görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci görüşmelerde ise nefropati çalışma grubunda da kontrol grubunda da görülmemiştir.

Tablo 6. Nöropatinin Birinci İzlemde Görülme Durumu

		ÇALIŞMA n=60	%	KONTROL n=60	%	SONUÇ
NÖROPATİ 1.GÖRÜŞME	Var	-	-	3	5.0	$X^2=3.077$ $p=0.079$
	Yok	60	100.0	57	95.0	

Komplikasyonlardan nöropatinin birinci görüşmede çalışma ve kontrol grubunda görülme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci görüşmelerde ise nöropati çalışma grubunda da kontrol grubunda da görülmemiştir.

Tablo 7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneye Tekrarlı Yatış Sayılarının Puan Ortalaması

	Çalışma *(n=5)	Kontrol *(n=14)	Sonuç
Tekrarlı Yatış Sayılarının Puan – Ortalaması	X±S	X±S	t=4.939
	0.30±0.49	0.91±0.82	p=0.0001

*İstatistiksel değerlendirmeler tekrarlı yatış sayıları üzerinden yapılmıştır.

Kontrol grubunun hastaneye tekrarlı yatış puan ortalaması çalışma grubundan büyük olup, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 8. Tele-hemşirelik Hizmeti İle Yapılan Danışmanlık ve İzlemden Duyulan Hasta Memnuniyeti

	Grup	n	Ortanca	Sonuç
Tele-hemşirelik hizmetinden hasta memnuniyet düzeyi	Çalışma	60	7.105	U=1167.0 p=0.0001
	Kontrol	60	4.995	
	Toplam	120		

Çalışma grubunun ortancası kontrol grubunun ortancasından yüksek olup çalışma grubundaki hastaların memnuniyeti kontrol grubundaki hastaların memnuniyetinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$).

Komplikasyonlardan arteriyel oklüzyonun her iki grupta yapılan tüm görüşmelerde de gelişmediği saptanmıştır. Hastaların tanıtıcı özelliklerindeki değişkenler (yaş, cinsiyet, eski anjiyografi öyküsü, sistemik hastalık) ile komplikasyonların her iki grupta da görülme oranları karşılaştırılmış ve görülme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Tele-hemşirelik ve Komplikasyon Yönetimi

Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti (PTCA) ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin komplikasyon yönetimine etkisini incelediğimiz çalışmamızda, izlem yaptığımız komplikasyonlardan çalışma ve kontrol grubu arasında hematoma ve enfeksiyon açısından istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Tele-hemşirelikle müdahale yapılan çalışma grubunda hematoma daha az oranda ve kısa sürede izlenirken, kontrol grubunda daha yüksek oranda ve uzun sürede izlenmiştir (Tablo 3). Literatürde hasta eğitimi ve tele-hemşireliğin PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylerde komplikasyon yönetimine etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanılmamasına rağmen, bu işlemler sonrasında hastalarda görülen komplikasyonlara ait çalışmalar bulunmaktadır. McCabe ve ark. (2001), Andersen ve ark. (2005), Steffenino ve ark. (2006) perkütan koroner girişimler sonrası en yaygın görülen komplikasyonun hematoma olduğunu bildirmişlerdir. McCabe ve ark. (2001)'nin perkütan koroner girişim uygulanan 306 hasta üzerinden komplikasyonların görülme oranına yönelik yaptıkları çalışmada hematoma %8.8, enfeksiyon %1, arteriovenöz fistül ve arteriyel oklüzyon %0 oranında izlenmiştir. Yine Jenny ve ark. (2005)'nin da 47 hasta üzerinden yaptıkları çalışmada ise hematoma %38.3, enfeksiyon %4.3 oranında görülmüştür. Katırcıbaşı ve ark. (2004)'da perkütan translüminal koroner anjiyoplasti yaptıkları 321 hastada vasküler komplikasyonları incelediklerinde %19.6 hematoma, %5.9 enfeksiyona bağlı psödoanevrizma, %0.9 arteriovenöz fistül, %0 oranında ise arteriyel oklüzyon görüldüğünü ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda tele-hemşireliğin komplikasyon yönetimine etkisine baktığımızda komplikasyonlardan çalışma ve kontrol grubu arasında hematoma ve enfeksiyon gelişimi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta olup, komplikasyonlardan kontrast madde nefropatisi, femoral nöropati ve arteriyel oklüzyon açısından çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Tele-hemşirelik ile izlem yaptığımız komplikasyonlardan kontrast madde nefropatisi, femoral nöropati ve arteriyel oklüzyon açısından çalışma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmaması perkütan koroner girişimlerde ileri teknolojinin uygulanması ve bu komplikasyonların literatürde görülme oranlarının düşük olması ile ilişkilendirilebilir. Odom (2008), Rolley ve ark. (2010)'da bizim bulgularımızı destekler nitelikte

gelecekte teknolojideki gelişmeler paralelinde perkütan koroner girişimler sonrası görülen komplikasyonların azalacağını vurgulamaktadırlar.

Bowden (2009) çalışmasında, perkütan koroner girişimler sonrasında komplikasyon yönetiminde hemşirelik bakımı ve hasta eğitiminin önemini vurgulamıştır. Odom (2008)' da perkütan koroner girişimler sonrası hemşirelik bakımının komplikasyonları değerlendirme, fark etme, etkin yönetimi ve hasta-aile eğitimi içermesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu durumda hemşireler kilit noktada olan profesyonellerdir (Demir ve Ünsar, 2008). Çalışmamızda da tele-hemşirelik hizmeti ile izlem ve danışmanlık yapıp, gerekli eğitimler verilen çalışma grubunda daha etkili komplikasyon yönetimi sağlanmıştır. PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylerde komplikasyon görülme sıklığı ve süresinin azalması ile sağlık bakım hizmetlerinin maliyeti düşürülebilir. Tele-hemşireliğin semptom yönetiminde etkinliği (Wakefield ve ark., 2008), komplikasyon yönetimini sağladığı ve bu sayede hastaneye tekrarlı yatışları azaltarak hasta maliyetini azalttığından bahsedilmiştir (Fairchild ve ark. 2010). Barnoson ve ark (2006)' da tele-sağlık hizmetleri müdahalesinin yüksek maliyeti azalttığını ve mali tasarruf sağladığını bildirmişlerdir. Lins ve ark. (2006)' da perkütan koroner girişimlere bağlı olarak gelişen her bir komplikasyonun hastanın hastanede kalış süresini, maliyetini, morbidite ve mortalite oranını artırma olasılığını ifade etmektedir. Çalışmalar doğrultusunda tele-hemşirelik hizmetinin komplikasyon yönetiminde yarattığı pozitif etki ile sağlık bakım hizmeti maliyetinin düşürülebileceği ve bu paralelde ülke ekonomisine katkı sağlanabileceği sonucuna varılabilir.

Tele-hemşireliğin komplikasyon yönetiminde çalışma ve kontrol grubu arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı, hastalar taburcu olduktan sonra ilk 3 hafta içerisinde görülmektedir. Andersen ve ark. (2005)' da perkütan koroner girişimler sonrasında kaliteli yaşama geçişin 1-2 ay sürdüğünü belirtmişlerdir. Odabaşı (2006) ve Tok Özen ve Şenol Çelik (2010)' de PTCA ve intra koroner stent uygulamasından sonra hastaların en çok ilk 2-4 hafta sürede problem yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çalışmamızda PTCA ve intra koroner stent uygulaması sonrasında tele-hemşirelik hizmeti ile danışmanlık ve izlem yaptığımız çalışma grubunda komplikasyonlardan hematoma görülme süresi 2 hafta gibi kısa bir süreye inmiştir (Tablo 3). Ayrıca iletişim teknolojilerinden sadece telefonun kullanılması araştırmamızın sınırlılıkları içerisinde olmasına rağmen, komplikasyon yönetiminde önemli düzeyde bir başarı sağlanmıştır. Bu kapsamda çalışmamızda H_1-H_2 hipotezi de desteklenmiş olup PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylerin taburcu olduktan sonra komplikasyonlardan

hematom ve enfeksiyon yönetimini sürdürmek için tele-hemşirelik ile yapılan izlem ve danışmanlığın son derece önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.2. Tele-hemşirelik ve Tekrarlı Yatış Durumları

PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen tele-hemşirelik hizmetinin tekrarlı yatışlara yönelik etkisini de incelediğimiz çalışmada, tele-hemşirelikle izlem yapılan ve danışmanlık hizmeti verilen çalışma grubunun, kontrol grubuna göre hastaneye tekrarlı yatışının da daha az olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 7). Literatürde PTCA ve intra koroner stent yapılan hastaların tekrarlı yatış durumlarına yönelik tele-hemşirelik hizmeti ile ilgili bir çalışmaya rastlanılmamasına rağmen, farklı hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Jerant ve ark. (2003)' nın kalp yetmezliği olan bireylere evde videoya dayalı verdikleri tele-hemşirelik hizmeti çalışmalarında, tele-hemşirelik hizmeti alan grubun, tele-hemşirelik hizmeti almayan gruba göre hastaneye yeniden kabul durumunun %80 azaldığını bildirmişlerdir. Riegel ve ark. (2002) ise kalp yetmezliği olan bireylerin semptomlarına yönelik tele-hemşirelik ile müdahalelerde buldukları çalışmada, 3-6 ay süresince takip ettikleri hastaların hastaneye yatma oranını karşılaştırdıklarında tekrarlı yatış durumunun tele-hemşirelik müdahale grubunda daha az olduğunu belirtmişlerdir. Barnoson ve ark (2006)' da koroner arter bypass cerrahisi sonrası tele-sağlık hizmetleri müdahalesinin etkisini inceledikleri çalışmada, tele-sağlık hizmetlerinin evde bakım yönetimini sağlayarak hastaneye yatış oranını, acil servis oda vizitlerini azalttığını bildirmişlerdir. Walsh (2005)' in çalışmasında da tele-sağlık hizmetleri sayesinde hastaneye kabullerin %82, acil servis başvurularının ise %77 oranında azalacağından bahsedilmektedir. Sharer ve ark. (2007)' da kalp yetmezliği olan hastalara verilen tele-hemşirelik hizmetinin tekrarlı yatışları azalttığını ifade etmiştir.

Literatürde yer alan araştırma bulguları doğrultusunda genel anlamda tele-hemşirelik ile danışmanlık hizmeti verilen hasta gruplarında hastaneye tekrarlı yatış sayılarının azaldığı söylenebilir. Bu anlamda çalışma bulgularımız literatürle paralellik göstermektedir.

5.3. Tele-hemşirelik ve Hasta Memnuniyeti

Çalışmamızda tele-hemşirelik hizmeti ile izlem ve danışmanlık yaptığımız çalışma grubu ile sadece izlemini yaptığımız kontrol grubunun bu hizmetten memnuniyet düzeyleri karşılaştırıldığında, çalışma grubunun memnuniyet düzeyinin

daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.05, Tablo 8). Literatürde PTCA ve intra koroner stent yapılan hastalarda tele-hemşirelik hizmetine yönelik memnuniyetin incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamasına rağmen, farklı hasta grupları üzerinde yapılan çalışmalarda memnuniyetin yüksek olduğu bulunmuştur. Laramée ve ark. (2003) kalp yetmezliği olan hastalara kalp yetmezliğinin yönetimine yönelik tele-hemşirelik ile eğitim ve danışmanlık hizmeti yaptıkları çalışmada; genel bakım uygulaması alan hasta grubu ile tele-hemşirelik müdahale grubunu karşılaştırdıklarında tele-hemşirelik müdahale grubunda tedavi planına uyumun ve hasta memnuniyetinin artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Mair ve Whitten (2000), Bohnenkamp ve ark. (2004), McGinley ve Lucas (2006)' da tele-sağlık uygulamalarının hasta memnuniyetini artırdığını bildirmektedir.

Çalışmamızda PTCA ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin komplikasyon yönetiminde etkin olduğu, tekrarlı hasta yatışlarını azalttığı ve tele-hemşirelik hizmetinden hasta memnuniyetinin yüksek olduğu saptanmıştır.

6. SONUÇLAR

Perkütan translüminal koroner anjioplasti ve intra koroner stent uygulanan bireylere verilen eğitimin, tele-hemşirelik hizmeti ile yapılan danışmanlık ve izlemin komplikasyon yönetimine etkisini incelediğimiz çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılanların çalışma grubunda %78.3' ü erkek, %21.7' si kadın; kontrol grubunda ise %75' i erkek, %15' i kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya katılanların yaş aralıkları yüksek oranda çalışma grubunda %36.7 ile 54-63 yaş grubundan oluşurken, kontrol grubunda ise bunu %35 ile 64-73 yaş grubu oluşturmaktadır. Çalışma grubunun %43.4' ü, kontrol grubunun ise %53.3'ü ilkökul mezunudur. Çalışmaya katılanların çalışma grubunda %86.7' si, kontrol grubunda %93.3'ü evlidir. Çalışmaya katılanların çalışma grubunda %38.3' ünün, kontrol grubunda % 35'inin eski anjiyografi öyküsü var olup bu hastaların çalışma grubunda %47.8' i kontrol grubunda ise %47.6' sına daha önceden PTCA işlemi uygulanmıştır. Çalışmaya katılanlarda çalışma grubunun %71.7, kontrol grubunun ise %56.7' sinde sistemik hastalık bulunmakta olup; ilk sırayı çalışma grubunda %67.4, kontrol grubunda %61.7 ile hipertansiyon oluşturmaktadır.

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan bireylerin tanıtıcı özellikleri ve işlem öncesinde yaşadıkları yakınmalar açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 1, Tablo 2). Grupların bireysel özellikleri birbirine yakındır.

2. Komplikasyonlardan hematom, birinci görüşmede çalışma grubunda %53.3 kontrol grubunda %76.7, ikinci görüşmede çalışma grubunda %5, kontrol grubunda %58.3, üçüncü görüşmede çalışma grubunda hiçbir hastada hematom gözlenmezken kontrol grubunda %28.3, dördüncü görüşmede çalışma grubunda hematom izlenmezken kontrol grubunda %5 oranında izlenmiştir. Beşinci görüşmede ise her iki grupta da hematom izlenmemiştir. Tele-hemşirelik hizmeti ile komplikasyon yönetiminde hematom açısından iki grup arasında istatistiksel olarak önemli farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$, Tablo 3).

Komplikasyonlardan enfeksiyon ise birinci görüşmede çalışma grubunda %1.7 oranında izlenirken kontrol grubunda %11.7 oranında izlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel açıdan önemlidir ($p<0.05$, Tablo 4). Diğer görüşmelerde ise gruplar arasında enfeksiyon açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Komplikasyonlardan kontrast madde nefropatisi, femoral nöropati, arteriyel oklüzyon açısından çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

3. Çalışma ve kontrol grubunun hastaneye tekrarlı yatış sayıları karşılaştırıldığında kontrol grubunun hastaneye tekrarlı yatış durumu daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 7).

4. Çalışma ve kontrol grubunda tele-hemşirelik hizmetinden memnuniyet düzeyine bakıldığında ise çalışma grubunun memnuniyet düzeyi kontrol grubunun memnuniyet düzeyinden yüksektir ($p<0.05$, Tablo 8).

5. Hastaların tanıtıcı özelliklerindeki değişkenler (yaş, cinsiyet, eski anjiyografi öyküsü, sistemik hastalık) ile komplikasyonların her iki grupta da görülme oranları karşılaştırılmış istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen veriler değerlendirildiğinde aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- PTCA ve intra koroner stent uygulaması yapılan bireylere taburculuk sonrasında tele-hemşirelik hizmetinin verilmesi,

- Tele-hemşirelik hizmeti verilmeden önce klinikte hasta ile iş birliği yapılması ve gerekli eğitimlerin verilmesi,
- Tele-hemşireliğin ülkemizde bir uzmanlık alanı olarak görülüp, ulusal politikalar düzeyinde yaygınlaştırılması,
- Evde bakımın devamlılığı ve maliyeti açısından tele-hemşirelik hizmetinin evde bakım hizmetleri ile entegre edilmesi,
- Tele-hemşirelik hizmeti verilirken ileri iletişim teknolojilerinin kombine kullanılması (iki yönlü interaktif video-ses gibi),
- Ülkemizde tele-hemşirelik ile ilgili çalışmaların ve bilimsel etkinliklerin başlatılması ve artırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir, N. ve Birol, L. (2004). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Genişletilmiş 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara.
2. Amoroso, G., Laarman, G. ve Kiemeneij, F. (2007). Overview of the transradial approach in percutaneous coronary intervention, *J. Cardiovasc. Med.*, 8, 230-237.
3. Andersen, K., Bregendahl, M., Kaestel, H., Skriver, M. ve Ravkilde, J. (2005). Haematoma After Coronary Angiography and Percutaneous Coronary Intervention Via the Femoral Artery Frequency and Risk Factors, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 123-127.
4. Avcı, G., Onat, A., Kaplan, N., Sansoy, V., Soydan, İ. ve Tokgözoğlu, L. (1996). Tek Harf: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığının Dünü ve Bugünü, Karakter Color Matbaası, İstanbul.
5. Barber, J., King, W., Monroe, K. ve Nichols, M. (2000). Evaluation of emergency department referrals by telephone triage, *Pediatrics*, 105(4), 819-821.
6. Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J. ve Herizog, M. (2006). Impact of telehealth intervention to augment home health care on functional and recovery outcomes of elderly patients undergoing coronary artery bypass grafting, *Heart Lung*, 15(4), 225-233.
7. Bashshur, R. (1997). Critical issues in telermedicine, *Telemedicine Journal*, 3, 113-126.
8. Beebe, L.H., Smith, K., Crye, C., Addonizio, C., Strunk, D.J., Martin, W. ve Pache, J. (2008). Telenursing Intervention Increases Psychiatric Medication Adherence in Schizophrenia Outpatients, *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 14(3), 217-224.
9. Berry, C., Kelly, J., Cobbe, S. ve Eteiba, H. (2004). Comparison of Femoral Bleeding Complications After Coronary Angiography Versus Percutaneous Coronary Intervention, *Am.J. Cardiol*, 194, 361-363.
10. Benhuri, G. (2010). Teaching Community Telenursing with Simulation, *Clinical Simulation in Nursing*, 6(4), 161-163.
11. Blake, H. (2008). Mobile Phone Technology in Chronic Disease Management, *Nurse Stand*, 23(2), 43-46.
12. Bohnenkamp, S.K., McDonald, P., Lopez A.M., Krupinski, E. ve Blackett, A. (2004). Traditional Versus Telenursing Outpatient Management of Patients With Cancer With New Ostomies, *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 1005-1010.
13. Bowden, T. (2009). Evidence-based care for patients undergoing coronary angiography, *Br. J. Nurs.*, 18(13), 776-783.
14. Braunwald, E. (1992). *Heart Disease A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 4th ed., Philadelphia, 1106-1124.
15. Bruzi, L.M. ve Mendes, D.C. (2011). The importance of nursing care in managing complications related to fully-implantable catheters, *Rev Esc Enferm USP*, 45(2), 510-514.
16. Burden, M. (2003). Diabetes: treatment and complications- the nurse's role, *Nursing Times*, 99(2), 30-32.
17. Büyükaşık, Ö. (2008). Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
18. Christensen, M. ve Olsen, F. (1998). Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform, *BMJ*, 316, 1502-1505.

19. Darkins, A.W. ve Carry, M.A. (2000). Telemedicine and Telehealth, Springer Publishing Company Inc, Newyork, 1-12.
20. Dauterman, K.W. (2007). Perkütan Koroner Girişimler, Kardiyovasküler Hastalıklar El Kitabı, (çeviri: Kocabaş, U.), Güneş Tıp Kitabevleri II Baskı.
21. Davison, B., Moore, K., MacMillan, H., Bisailon, A. ve Wiens, K. (2004). Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy, Urologic Nursing, 24(6), 483-489.
22. Dawson, D. ve McEwen, A. (2005). The influence of outreach in the development of the nurse consultant role in critical care: cause or effect?, Intensive & Critical Care Nursing, 21(6), 334-343.
23. Demir, M. ve Ünsar, S. (2008). Kalp Yetmezliği ve Evde Bakım, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 119-130
24. DeBakey, M. (1995). Telemedicine has now come of age, Telemedicine Journal, 1, 3-4.
25. Department of Health (1997). The NHS: Modern, Dependable, Department of Health, London. Erişim: 04.01.2013
<http://www.archive.officialdocuments.co.uk/document/doh/newnhs/wpaper1.htm>
26. Eastwood, J., Doering, L., Dracup, K., Evangelista, L. ve Hays, R. (2010). Health-related quality of life: The impact of diagnostic angiography, Heart-lung, 5, 1-10.
27. Ertok, B. (1997). Anjioplasti Olacak Hastalarda Anksiyete Düzeyi Üzerine Hasta Eğitiminin Etkisi ve Hemşirenin Rolü, Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
28. Fairchild, L.S., Varghese, S.B., Deickman, A. ve Castelli, D. (2010). Tele-health and Telenursing, Are Live: APN Policy and Practice İmplications, The Journal for Nurs Practitioners, 6(2), 98-106.
29. Frantz, A. (2004). Matching Telehealth Applications to the Patient Clinician and Agency's Needs, Home Healthcare Nurse, 22(10), 672-675.
30. George, S., Baker, J. ve Karabatsos, G. (2009). How Safe is Telenursing From Home?, Collegian Journal of the Royal Collage of Nursing Australia, 16(3), 119-123.
31. Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2), 15-22.
32. Grady, J.L. ve Fairchild, L.S. (2007). Report of the 2004-2005 International Telenursing Survey, Computers Informatics Nursing, 25(5), 266-272.
33. Guidelines on Telenursing, (2005). Australian Nursing and Midwifery Council <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download/>, erişim: 10.09.2010
34. Guidelines for Telenursing Practice, (2010). Registered Nurse Association of Nova Scotia, <http://www.rnans.ns.ca/>, erişim: 19.09.2010
35. Hamner, J.B., Dubois, J. ve Rice, T.P. (2005). Predictors of Complications Associated With Closure Devices After Transfemoral Percutaneous Coronary Procedures, Critical Care Nurse, 25(3), 30-37.
36. Heper, C. (2002). Kardiyoloji, Nobel&Günes Tıp Kitabevi, Bursa, 215-355.
37. Hebert, M.A., Korabek, B. ve Scott, R.E. (2006). Moving Research İnto Practice: A Decision Framework for İntegrating Home Telehealth İnto Chronic İllness Care, International Journal of Medical Informatics, 75, 786-794.
38. <http://www.icn.ch/net Works/tele-aims-and-objectives/>, erişim: 04.10.2010
39. İldızlı, M., Kayıkçıoğlu, M., Yavuzgil, O., Hasdemir, C., Gürgün, C. ve Kültürsay, H. (2004). Koroner arter hastalığında güncel tedavi yaklaşımlarını ne düzeyde gerçekleştirebiliyoruz?, Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 32, 542-549.

40. Jean Sorrells, J., Tschirch, P. ve Loing, M.A.S. (2006). Nursing and Telehealth: Opportunites for nurse leaders to shape the future, *Nurse Leader*, 4(5), 42-46.
41. Jenny, B., Hamner, E., Dubois, J. ve Rice, T.P. (2005). Predictors of Complications Associated With Closure Devices After Transfemoral Percutaneous Coronary Procedures, *Critical Care Nursing*, 25, 30-37.
42. Jensen, L., Castillo, B.L., Coronel, S.M., Perry, D., Belz, C., Kapral, C. ve Krantz, M.J. (2009). Impact of Nurse Telephone Intervention Among High-Cardiovascular- Risk, Health Fair Participants 24(6), 447-453.
43. Jerant, A.F., Azari, R., Martinez, C. ve Nesbitt, T.S. (2003). A Randomized Trial of Telenursing to Reduce Hospitalization for Heart failure: Patient-Centered Outcomes and Nursing İndicators, *Home Health Care Serv.*, 22, 1-20.
44. Kadda, O., Marvaki, C. ve Panagiotakos, D. (2012), The role of nursing education after a cardiac event, *Health Science Journal*, 6(4), 634-646.
45. Karahan, A. ve Güven, Z. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım, *Geriatric Dergisi*, 5(4), 155-159.
46. Kashem, A., Droogen, M.T., Santamore, W.P., Wald, J.W. ve Bove, A.A. (2008). Managing Heart Failure→ Care Using on İnternet-Based, Telemedicine System, *Journal of Cardiac Failure*, 14(2), 121-126.
47. Katırcıbaşı, M.T., Çamsarı, A., Döven, A., Pekdemir, H., Akkuş, N., Çiçek, D., Cin, V.G. ve Özcan, İ.T. (2004). Perkütan Koroner Girişimler Sonrası Femoral Vasküler Komplikasyonlar, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 4, 39-44.
48. Kocaçal, E. ve Khorsid, L. (2006). Radikal prostatektomi sonrası görülen geç dönem komplikasyonların yönetiminde hemşirenin rolü, *Hemşirelik Forumu* 9, 14-19.
49. Kumar, S. ve Snooks, H. (2011). *Telenursing*, Springer London Dordrecht Heidelberg New York, 62-63.
50. Laramee, A.S., Levinsky, S.K., Sargent, J., Ross, R. ve Callas, P. (2003). Case Management in A Heterogeneous Congestive Heart Failure Population, *Arch. Intern. Med.*, 163, 809-817.
51. Lafrance, V. ve Leduc, N. (2002). Awareness of the Info-Sante telephone service by users of urgent care services, *Canadian Journal of Public Health*, 93(1), 67-71.
52. Liew, R., Lider, S., Gorman, E., Gray, M., Deaner, A. ve Knight, C. (2007). Very low complication rates with a manuel, nurse-led protocol for femoral sheath removal following coronary angiography, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 303-307.
53. Lins, S., Guffey, D., VanRiper, S. ve Kline Rogers, E. (2006). Decreasing Vascular Compliations After Percutaneous Coronary Interventions, *Critical Care Nurse*, 26(6), 38-45.
54. Lyndon, H. ve Tyas, D. (2010). Telehealth Enhances Self Care and İndependence in People With Long Term Conditions, *Nurs Times*, 106(26), 12-13.
55. Lorentz, M. (2008). Telenursing and Home Healthcare, *Home Healthcare Nurse*, 26(4), 237.
56. Maguire, R., McCann, L., Miller, M. ve Kearney, N. (2008). Nurse's perceptions and experiences of using of a mobile-phone-based Advanced Symptom Management System (ASyMS) to monitor and manage chemotherapy-related toxicity, *European Journal of Oncology Nursing*, 12: 380-386.

57. McCabe, P.J., McPherson, L.A., Lohse, C.M. ve Weaver, A.L. (2001). Evaluation of Nursing Care After Diagnostic Coronary Angiography, *Am.J. Crit. Care*, 10(5), 330-340.
58. McGinley, A. ve Lucas, B. (2006). Telenursing: A Pilot of Telephone Review After Intra-articular Knee Injection *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10(3), 144-150.
59. Mair, F. ve Whitten, P. (2000). Systematic Review of Studies of Patient Satisfaction with Telemedicine, *BMJ*, 320, 1517.
60. Marklund, B. ve Bengtsson, C. (1989). Medical advice by telephone at Swedish health centres : who calls and what are the problems?, *Family Practice*, 6(1), 42-46.
61. Nordrura, I., Engum, B. ve Rinde, E. (1991). Remote frozen section service: A telepathology project in northern Norway, *Hum Pathol.*, 22, 514-518.
62. Odabaşı, J. (2006). Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve Koroner Anjiyografi Sonrası Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
63. Odell, A., Grip, L. ve Hallberg, L.R.M. (2006). Restenosis after percutaneous coronary interventions (PCI): Experiences from the patients perspective, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 150-157.
64. Odom, B.S. (2008). Management of Patients After Percutaneous Coronary Interventions, *Critical Care Nurse*, 28(5), 26-41.
65. Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası, *Turkish Journal of Geriatrics*, 10(2), 100-108.
66. Onat, A., Murat, S.N., Çiçek, G., Ayhan, E., Örnek, E., Kaya, H., Gümrükçüoğlu, H.A., Doğan, Y. ve Can, G. (2011). Türkiye’de ölüm ve koroner hastalık insidansının bölgesel dağılımları: TEKHARF 2010 taraması sonuçları, *Türk Kardiyol Dern. Arş. - Arch Turk Soc Cardiol*, 39(4), 263-268.
67. Oto, A. ve Oktay, E. (2003). Türkiye’de Girişimsel Kardiyoloji Alanında Yaşanan Sorunlar ve Muhtemel Çözüm Önerileri, *Tıp Dünyası*, sayı: 98. erişim: 09.10.2011, <http://www.ttb.org.tr/TD/TD98/11.php>
68. Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu, (2004). Türk Kardiyoloji Derneği, erişim: 27.09.2010, www.tkd-online.org/kilavuzlar/TKD_Perkutan_Koroner_HBK.pdf.
69. Riegel, B., Carlson, B., Kopp, Z., LePetri, B., Glaser, D. ve Unger, A. (2002). Effect of A Standardized Nurse Case-Management Telephone Intervention on Resource Use in Patients With Chronic Heart Failure, *Arch. Intern. Med.*, 162, 705-712.
70. Roter, DL. ve Larson, S. (2002). The Roter Interaction Analysis System (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions, *Patient Educ. Couns.*, 46, 243-51.
71. Ryan, TJ. (1993). Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty, *J. Am. Coll. Cardiol.*, 22(7), 2033-2054.
72. Shearer, N.B.C., Cisar, N. ve Greenberg, E.A. (2007). A Telephone-Delivered Empowerment Intervention with Patients Diagnosed with Heart Failure, Heart and Lung: *The Journal of Acute and Critical Care*, 36(3), 159-169.
73. Sönmez, K., Akçay, A., Gençbay, M., Akçakoyun, M., Demir, D., Elönü, O.H., Pala, S., Duran, N.E., Değertekin, M. ve Turan, F. (2002). Koroner arter hastalığı anjiyografik olarak saptanmış olgularda risk faktörlerinin dağılımı, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 30, 191-198.

74. Sprouse, R., Botta, D. ve Hamilton, I. (2001). The management of peripheral vascular complications associated with the use of percutaneous suture-mediated closure devices, *J. Vasc. Surg.*, 33, 688-693.
75. Steffenino, G., Dutto, S., Conte, L., Dutto, M., Lice, G., Tomatis, M., Cavallo, S., Dellavalle, A., Baralis, G. ve LaScala, E. (2006). Vascular Access complications after cardiac catheterisation: A nurse-led quality assurance program, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 31-36.
76. St George, I.M. ve Cullen, M.J. (2001). The Healthline pilot: call centre triage in New Zealand, *Medical Journal*, 114(1140), 429-430.
77. Tok Özen, A. ve Şenol Çelik, S. (2010). Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı, *Anadolu Hemşirelik Dergisi*, 13(2), 60-67.
78. Turner, V., Bentley, P., Hodgson, S., Collard, P., Drimatis, R., Rabune, C. ve Wilson, A. (2002). Telephone triage in Western Australia, *The Medical Journal of Australia*, 176, 100-103.
79. Wakefielda, B.J., Bylundc, C.L., Holmand, J.E., Rayd, A., Scherubeld, M., Kienzlee, G.M. ve Rosenthald, G.E. (2008). Nurse and Patient Communication Profiles in Home-Based Telehealth Intervention For Heart Failure Management, *Patient Education and Counseling*, 71(2), 258-292.
80. Walsh, M. (2005). Developing a pilot telehealth program: one agency's experience, *Home Healthcare Nurse* 23(3), 188-191.
81. Wittson, CL. ve Benschotter, R.(1972). Two-way television: Helping the medical center reach out, *Am. J. Psychiatry*, 129, 136-139.
82. Yıldız, D. (2003). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği Sağlam Bebek Ünitesinde Hemşirenin Planlı Hemşirelik Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

EKLER

EK-1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Hastanın adı soyadı:.....

2. Yaşı.....

3. Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()

4. Telefon no: Ev:.....İş:.....Cep:.....

5. Adres:.....

6. Eğitim durumunuz:

1.() Okur yazar değil 2.() Okur yazar 3.() İlkokul 4.() orta okul 5.() Lise 6.()
Üniversite

7. Mesleğiniz:

1.() Memur 2.() İşçi 3.() Çiftçi 4.() Emekli 5.() Serbest Meslek 6.() Çalışmıyor

8. Sosyal güvenceniz:

1.() SSK 2.() Emekli Sandığı 3.() Yeşil Kart 4.() Bağkur 5.() Ücretli

9. Medeni durumunuz?

1. Evli () 2. () Bekar

10. Çocuk sayınız?.....

11. Eski anjiyografi öyküsü

1.Var () 2.Yok()

12. 11.sorunun cevabı var ise,yapılan işlem

1.Stent () 2.PTCA () 3. PTCA+ Stent 4.Yalnız anjiyografi ()

13. Sistemik Hastalıklar

1.Var () 2.Yok()

Sistemik hastalık var ise;

1. () Diyabetes Mellitus
2. () Hipertansiyon
3. () DM+HT
4. () KBY
5. () SVH
6. () KAH
7. () Diğer

14. İşlem öncesi yaşanan yakınmalarınız nelerdir?

- Göğüs ağrısı () Evet () Hayır
Çarpıntı () Evet () Hayır
Yorgunluk () Evet () Hayır
Güçsüzlük () Evet () Hayır
Nefes darlığı () Evet () Hayır
Uyku sorunu () Evet () Hayır

15. Hastalığınız yaşamınızı (iş / aile) olumsuz yönde etkiledi mi?

1. Evet () 2. Hayır ()

16. Sürekli kullandığınız ilacınız var mı?

- 1.Var () 2.Yok()
1. () Antihipertansif
 2. () Antikoagülan/Anti agregan /Anti trombolitik (kan sulandırıcı)
 3. () Antidiyabetik
 4. () Antilipidemik
 5. () Antiaritmial(ritim düzenleyici)
 6. () Birden fazla grubu kapsayan ilaç kullanımı

17. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

18. Uykunuz düzenlimi ?

1. Evet () 2. Hayır ()

19. Sigara kullanıyor musunuz / Kullandınız mı?

1. Evet () 2. Hayır () 3. Bıraktım ()

20. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

21. Herhangi bir diyetiniz var mı?

1.Var () 2. Yok ()

22.Diyetinize uyuyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır ()

23. Eve döndüğünüzde size bakacak kimseniz var mı?

1.Var () 2. Yok ()

24. Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçları:

dozu:

günlük alması gereken miktar:

ne kadar süre kullanması gerektiği:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EK-2. KOMPLİKASYON İZLEM FORMU

HASTANIN ADI SOYADI:										
TEL NO:										
KOMPLİKASYONLAR	1.GÖRÜŞME		2.GÖRÜŞME		3.GÖRÜŞME		4.GÖRÜŞME		5.GÖRÜŞME	
	Tarih:		Tarih:		Tarih:		Tarih:		Tarih:	
	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK	VAR	YOK
HEMATOM Yumuşak dokuda kan birikmesi <input type="checkbox"/> Giriş alanında sertlik <input type="checkbox"/> Hassasiyet <input type="checkbox"/> Morluk <input type="checkbox"/> Bacak hareketlerinde kasıkta ağrı olması <input type="checkbox"/>										
ENFEKSİYON Ateş <input type="checkbox"/> Titreme <input type="checkbox"/> İşlem bölgesinde kızarıklık <input type="checkbox"/> Koku <input type="checkbox"/> Akıntı <input type="checkbox"/>										
KONTRAST MADDE NEFROPATİSİ (Üriner fonksiyonlarda değişiklik olması) İdrar miktarında azalma <input type="checkbox"/> İdrar renginde değişiklik <input type="checkbox"/>										
FEMORAL NÖROPATİ İşlem yapılan bacakta ağrı <input type="checkbox"/> Karıncalanma <input type="checkbox"/> His kaybı <input type="checkbox"/> Bacak hareketinde zorlanma <input type="checkbox"/> Bacakta uyuşma <input type="checkbox"/>										
ARTERİYEL OKLÜZYON İşlem yapılan bacakta ağrı <input type="checkbox"/> Morarma <input type="checkbox"/> Parestezi (his kaybı) <input type="checkbox"/> Nabız alamama <input type="checkbox"/> Ekstremitede soğukluk <input type="checkbox"/>										

➤ Telefonla izlemde hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyiniz?

1<.....>10

➤ Hastaneye tekrarlı yatış durumu oldu mu? Kaç defa?

EK-3. Roter Etkileşim Analiz Sistemi (RIAS)

Roter etkileşim analiz sistemi (RIAS), ABD ve Avrupa’da yaygın olarak kullanılan Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde tıbbi görüşmelerde iletişimi analiz etmek için uygulanan bir yöntemdir. Tıbbi görüşmelerde iki önemli bileşene odaklanılır: Enstrümental (görev odaklı) davranış ve affektif (sosyo emosyonel) davranış. Görev odaklı davranış iki fonksiyona ayrılır: veri toplama/soru sorma ve bilgi verme (örneğin hastalara eğitim verme ve danışmanlık yapma). Affektif odaklı davranış, bir ilişki oluşturmaya odaklanan aktiviteleri yansıtır (sosyal ve emosyonel konuşma, bakım vericiye yönelik güven ve dürüstlük duyguları). Görüşmenin son fonksiyonu hastaları aktive etme ve ortaklık oluşturmaktır; bu hastanın görüşünü sorma gibi düşünceleri kolaylaştırmayı içerir. Kategorileri aşağıda gösterilen Roter ve ark. tarafından geliştirilen Roter Etkileşim Analiz Sistemi (RIAS) tıbbi kurumlar ve uzmanlık alanlarında geniş oranda kullanılmaktadır. Tele-sağlık hizmeti karşılaşmalarının iletişim yönlerini analiz etmek içinde kullanılmaktadır (Roter ve Larson, 2002; Wakefield ve ark. 2008)

Roter Etkileşim Analiz Sistemi (RIAS) Kategorileri

Boyut	Fonksiyonel grup	İletişim davranışları
Enstrümental: Görev odaklı	Veri toplama	Soru sorma (tıbbi durum, terapötik rejim, yaşam stili)
	Bilgi verme	Bakım verici tarafından verilen bilgi (öz bakım yönetimi, tıbbi yönetim ile ilgili ikna edici ifadeler, eğitim ve danışmanlık)
Affektif: Sosyo-emosyonel	Bir ilişki kurma	Sosyal konuşma (tıbbi olmayan konuşmalar), pozitif konuşma (anlaşmalar, espiriler), negatif konuşma (fikrine katılmama, eleştirme), emosyonel konuşma (endişeler, güven verme, empati)
	Aktive etme ve ortaklık sağlama	Hasta ile ortaklık sağlama (bakım verici/hasta görüşü ile ilgili soru sorma, anladığını sorma, başka kelimelerle açıklama)

EK-4.

PTCA VE İNTRA KORONER STENT UYGULANAN BİREYLERDE TABURCULUK SONRASI GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR VE BUNLARI ÖNLEMeye YÖNELİK EĞİTİM REHBERİ

Bu eğitim rehberi, telefon danışmanlığı ile izlenilebilir kontrol altına alınabilmesi göz önünde bulundurularak işlem sonrası gelişebilen komplikasyonlardan hematoma, enfeksiyon, kontrast madde nefropatisi, femoral nöropati, arteriyel oklüzyon olmak üzere 5 komplikasyonu ve bunlara yönelik dikkat edilecek hususları, hastanın yaşam tarzı değişikliklerini ve kullanılacak ilaçları hakkında bilgileri içeren literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. İşlem sonrası gelişebilen komplikasyonlardan retroperitoneal kanama, psödoanevrizma, arteriovenöz fistül, diseksiyon, tamponat, perforasyon, strok, vazovagal reaksiyon, alerjik reaksiyon acil tıbbi tetkik ve tıbbi müdahale içerip telefonla izlemi ve danışmanlığı ile değerlendirilmesi yapılamayacağından eğitim ve izlem rehberine alınmamıştır.

1. HEMATOM

Girişim yapılan bölgede küçük morlukların olması normaldir. Bir hafta içinde kanın yayılması ve yumuşak dokudan emilmesi nedeniyle 1 kaç hafta içinde morluklar kaybolur.

Belirti ve bulgular: Yumuşak dokuda kan birikmesi, girişim yapılan alanda sertlik, hassasiyet, morluk olması, bacak hareketlerinde kasıkta ağrı.

Dikkat edilecek hususlar:

- İlk hafta ağır aktivitelerden kaçınması (yüzme, koşma, bisiklete binme, dans etme, merdiven çıkma vb.),
- Kateter giriş yerini çarpma ve vurmaldan koruması,
- İlk 2-3 gün ağır şeyleri kaldırmaması, itmemesi ya da çekmemesi,
- En az 1 hafta araba kullanmaması,
- İlk 2 gün merdiveni kullanmaktan kaçınması, zorunlu ise önce işlem yapılmayan taraftaki ayağını atması sonra diğer ayağını yanına getirmesi,
- İlk hafta ayakta duş şeklinde banyo yapması.
- İşlem yapılan bölgeye sürtünme hareketlerinden (lifleme, keseleme gibi) kaçınması.
- İşlem sonrası kapatılan pansumanı 24 saat sonra açması.

- Girişim yerinde hassasiyet azalınca kadar sıkı kıyafetlerin giyilmemesi,
- Ancak gittikçe büyüyen morluk varsa morluğun etrafının kalemle çizilmesi ve büyüme miktarının kontrol edilmesi, büyüyen morluk varsa haber vermesi söylenir.

2. ENFEKSİYON

Girişim yapılan arter ya da vende kanama olmasına ve kılavuz kateterin girişim yapılan damarda uzun süre kalmasına bağlı olarak sistemik (genel) ya da lokal (bölgesel) enfeksiyon gelişebilmektedir.

Belirti ve bulgular: Ateş, titreme, işlem bölgesinde kızarıklık, koku, akıntı varlığı.

Dikkat edilecek hususlar:

- Enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden birey sorgulanır ve değerlendirilir. (İşlem bölgesinde kızarıklık, akıntı, koku varlığı)
- İşlem sonrasında kapatılan pansumanın 24 saat sonra açılması gerektiği söylenir.
- İlk banyonun ayakta duş şeklinde olması gerektiği açıklanır.
- Bireye sistemik enfeksiyon belirtileri (Ateş, çarpıntı, halsizlik) öğretilir ve sorgulanır.
- Gerekli görülürse kontrole çağrılır.

3.KONTRAST MADDE NEFROPATİSİ

İşlem sırasında damar içine kontrast madde verilmesi nedeniyle bu ilacın yan etkisine bağlı hastada akut böbrek yetmezliği gelişmesi durumudur.

Belirti ve bulgular: Üriner fonksiyonlarda değişiklik, idrar miktarında azalma, idrar renginde değişim.

Dikkat edilecek hususlar:

- İşlem sırasında damar içine verilen ilacın böbrek fonksiyonlarını etkileyeceği açıklanır.
- İlacın yan etkisini önlemek için ilk 24 saat bol sıvı alınması gerektiği, bu şekilde ilacın vücuttan atılımı sağlanarak böbreklere zarar vermesini önlemek için bunun yapılması gerektiği açıklanır.
- İdrar yapmada azalma, sık sık idrara çıkma fakat az idrar yapma gibi üriner fonksiyonlarda değişiklik varsa AÇT bireye öğretilir ve takibi yapılır.
- Üriner fonksiyonlarda değişiklik devam ediyorsa kontrole gelmesi söylenir.

4. FEMORAL NÖROPATİ

İşlem anında bacakta bulunan sinire bası olursa bacakta karıncalanma, uyuşma, his kaybı, bacak hareketlerinde zorlanma olabilir. Bu tür sıkıntılar taburcu olduktan sonra devam edebilir.

Belirti ve bulgular: İşlem yapılan bacakta ağrı, karıncalanma, his kaybı, bacak hareketlerinde zorlanma, bacakta uyuşma.

Dikkat edilecek hususlar:

- Bireye bacağında uyuşma, karıncalanma, his kaybı ya da hareketlerinde zorlanma var mı sorgulanır ve takibi yapılır.
- Bu belirtilerin devam etmesi durumunda birey ek tetkikler için kontrole çağrılır.

5. ARTERİYEL OKLÜZYON

İşlem yapılan bacakta arteriyel alanda trombus oluşabilir.

Belirti ve bulgular: İşlem yapılan bacakta ağrı, ciddi bir renk değişikliği, morarma, parestezi, nabız alamama, ekstremitede soğukluk

Dikkat edilecek hususlar:

- İşlem yapılan bacakta renk, ısı yönünden diğer baktan farklılık olup olmadığı sorgulanır.
- Bacakta ağrı varlığı, huzursuz bacak sendromu şikâyetleri değerlendirilir.
- Bireye taburcu olmadan klinikte ayaktan nabız alma ve sayma ve diğer bacakla karşılaştırma yapma öğretilir ve telefonda sorgulanır.
- Bireyde problem varlığında birey ek tetkikler için kontrole çağrılır.

KOMPLİKASYONLARI ÖNLEMENE YÖNELİK YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

❖ CİNSEL AKTİVİTE

- İşlem sonrası ilk 2-3 gün işlem yapılan bölgenin bütünlüğü (gerginlik oluşmaması, kanama olmaması) açısından cinsel aktiviteden kaçınılması söylenir.

❖ İŞE DÖNÜŞ

- İşe dönüş (genellikle 1 hafta sonra) zamanı ile ilgili bilgi verilir.

❖ DİYET

➤ **Beslenmenizde yağı azaltın:** Beslenmenizde toplam yağ tüketimi enerjinin %30' unu geçmemelidir. Yağ içeren besinler aynı zamanda vücudun ihtiyacı olan diğer besin öğelerini de içerdiği için yağa ihtiyacımız vardır. Ancak sağlık açısından bakıldığında koruyucu olması açısından diyetle yağ miktarını (enerjinin %25-30) azaltmak yararlıdır.

➤ **Diyette yağı azaltmanın birçok yolu vardır. Bunlar;**

♥ **Yediğiniz tüm besinlerin yağ miktarını dikkate alın.** Çok fazla yağ içermeyen sağlıklı bir diyet (sebze ve meyveler, tahıllar, yağsız kırmızı et, derisiz kanatlı hayvan etleri, balık ve düşük yağlı besinler) oluşturabilirsiniz.

♥ **Süt ve süt ürünlerinin az yağlı veya yağsız olanlarını tercih edin.** Yağı azaltılmış süt ve süt ürünlerinin bileşiminde diğer besin öğeleri açısından hiç fark olmadığı için bu ürünleri tercih etmek koruyucu olmak açısından önemlidir.

♥ **Beslenmenizde balığa daha çok yer verin.** Haftada 2 kez, et yerine deniz ürünlerini tercih ederseniz yağ alımınızı azaltabilirsiniz.

♥ **Günde en az beş porsiyon sebze ve meyve tüketin.** Sebze ve meyvelerin yağ içeriğinin düşük olmasının yanı sıra posa içeriğinin de yüksek olması kalp damar sağlığını korumada olumlu etki yapmaktadır. Çünkü bazı meyve ve sebzelerin bileşiminde bulunan suda çözünür posa, kolesterol düşürücü etkiye sahiptir.

♥ **Yağsız dana, koyun eti ile deri alınmış kanatlı hayvan etlerini tercih edin.** Hayvanın sırt bölgesinden alınan ve görünür yağı ayrılabilen etler daha az yağlıdır. Yağsız et, görünür yağları ayrılmış olmasına rağmen hem yağ hem de kolesterol içerir ancak diğer yağlı etlere göre yağı az olduğu için tercih edilir.

♥ **Tam tahılları ve ürünlerini tercih edin.** Günlük enerji gereksiniminizin büyük bir kısmını karbohidrattan zengin besinlerden karşıyorsanız yağ alımınızı azaltmış olursunuz. Ancak burada özellikle kahvaltılık tahıl ürünleri, kepekli, yulafli ekmekleri, bulgur, makarna, pirinç gibi nişastalı besinler vb. tercih etmeye çalışın. Yulaf gibi tahıllar çözünür posa da içerdiği için kan lipitlerini (yağlarını) düşürücü etkisi vardır.

♥ **Yemeklerinizde katı yağları kullanmayın.** Yemeklerinizde margarin, tereyağı, kuyruk yağı, iç yağı gibi doymuş yağlar yerine bitkisel sıvı yağları (zeytinyağı, ayçiçek yağı, soya, kanola yağı vb..) tercih edin. Tereyağı hayvansal kaynaklı, margarinler bitkisel kaynaklı olmalarına rağmen her ikisi de aynı miktarda yağ içerirler. Bir yemek kaşığı tereyağı veya margarin 12 gramdır ve 100 kalori enerji verir.

❖ BANYO

- İlk banyonun işlemiden 24 saat sonra ayakta duş şeklinde olması lifleme, keseleme gibi sürtünme hareketlerinden kaçınılması gerekir.

❖ SİGARA KULLANIMI

- Sigara kalp damar hastalıklarından ani ölümlerde anahtar etmendir. Sigara kan basıncını ve kalp atım hızını artırır. HDL-kolesterol (iyi kolesterol) düzeyini düşürür ve sigara içme kanın pıhtılaşma eğilimini arttırarak ani kalp krizine neden olur.
- Birey sigarayı bırakması konusunda desteklenir.
- Sivas Numune Hastanesi'nin KETEM bölümüne yönlendirilir.

❖ İLAÇ TEDAVİSİ

- İlacın adı, niçin kullanıldığı,
- Bir tablet ya da kapsülün kaç mg olduğu,
- Günde kaç kez ve nasıl kullanılacağı,
- Nerede ve nasıl saklanması gerektiği,
- En sık görülen yan etkileri ve yan etkiler olduğunda haber vermesi,
- İlaçları düzenli alması ve doz atlamaktan kaçınması,
- İlaçları hekime danışmadan almayı bırakmaması konularında açıklamalar yapılır.

**PERKÜTAN KORONER GİRİŞİMLER SONRASINDA EN SIK KULLANILAN
İLAÇLAR**

ANTIAGREGAN İLAÇLAR	
ASPİRİN	<p>Trombositlerin agregasyonuna neden olan tromboksan A₂ (TxA₂) sentezine yol açan siklooksijenaz enzimini inhibe eder. Sonuçta trombositlerin birbirlerine ve damar duvarına yapışma, kümelenme eğilimleri azalır. Günde 75-325 mg olarak kullanılır. Akut tedavide 150 –300, kronik tedavide 80 – 100 mg /gün kullanılır.</p>
TİKLOPİDİN	<p>Trombositlerin agregasyonunu ve trombosit faktörlerinin serbestleşmesini inhibe eder. Fibrinojenin ADP etkisiyle trombosit membranına bağlanmasını inhibe ederek trombosit agregasyonunu engeller. Tiklopidin ADP'nin indüklediği trombosit agregasyonunu önler.</p> <p>Aspirin ile birlikte kullanılması halinde sağlanan antiagregan etkinlik artar.</p> <p>Bu kombine kullanım PTKA ve koroner stent kullanım güvenliğini belirgin olarak artırmış, erken dönem tıkanmalarını ileri derecede azaltmıştır.</p>
KLOPİDOGREL	<p>Tiklopidin gibi etki eder. Yan etkileri daha azdır. Yaygın olarak aynı endikasyonlar ile kullanılır.</p>

❖ **CORASPİN TB. (Etken madde: Asetill salisilik asit)**

ENDİKASYONLARI: Antitrombotik olarak; non-stabil anjina pektoriste ve risk altındaki (hipertansif, hiperlipidemik, diyabetik veya sigara tiryakileri) hastalarda koroner trombozun önlenmesinde; miyokard reinfarktüs profilaksisinde; kardiyovasküler cerrahide özellikle aortokoroner by-pass ve arteryovenöz şantlarda post-operatif tromboz ve embolizmin önlenmesinde; geçici iskemik ataklarda ve stroke profilaksisinde endikedir.

KONTRENDİKASYONLARI: Coraspin, kanama eğiliminin arttığı patolojik durumlarda, antikoagulan (heparin, kumarin türevleri v.b.) tedavisi sırasında, glukoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliğinde, salisilatlarla ve analjeziklere karşı aşırı hassasiyet gösterenlerde, kronik veya aktif ülseri olanlarda kullanılmamalıdır.

YAN ETKİLERİ: Mide rahatsızlığı, gastro-İntestinal gizli kan kaybında artış, nadiren aşırı hassasiyete bağlı reaksiyonlar (deri reaksiyonları, nefes darlığı) ve trombositopeni görülebilir.

❖ **PLAVİX TB. (Etken madde: Klopidoğrel Hidrojen Sülfat)**

ENDİKASYONLARI:

Aterotrombotik olayların azaltılması:

- Geçirilmiş Miyokard İnfarktüsü, Geçirilmiş İnme veya Periferik Arter Hastalığı: Semptomatik aterosklerotik hastalık öyküsü olan hastalarda (geçirilmiş inme, geçirilmiş miyokard infarktüsü, periferik arter hastalığı gibi) vasküler iskemik olayların (miyokard infarktüsü, inme, vasküler ölüm) önlenmesi.
- Akut Koroner Sendrom: Medikal olarak tedavi edilmesi gereken veya perkütan koroner girişim yapılan (stentli veya stentsiz) veya koroner arter bypass graft cerrahisi (CABG) geçirenler de dahil olmak üzere akut koroner sendromu olan (ST elevasyonsuz unstabil angina ya da Q-dalgasız miyokard infarktüsü veya ST elevasyonlu akut miyokard enfarktüsü) hastalardaki; kardiyovasküler ölüm, miyokard infarktüsü veya inme kombine sonlanım oranının yanı sıra kardiyovasküler ölüm, miyokard infarktüsü, inme veya refrakter iskemi kombine sonlanım oranının azaltılması.

KONTRENDİKASYONLARI: Peptik ülser ve intrakraniyal hemoraji gibi aktif patolojik kanamalarda.

YAN ETKİLERİ: G.İ. kanama, intrakraniyal kanama, nötropeni, trombositopeni, karın ağrısı, dispepsi, gastrit, konstipasyon ve deri döküntüsü gibi.

❖ **TİCLİD TB. (Etken madde: Tiklopidin HCL)**

ENDİKASYONLARI: Arteriyel trombotik komplikasyonların önlenmesi, ekstrakorporeal dolaşıma bağlı trombosit fonksiyon bozukluğunun profilaksi ve tedavisi, koroner iskemik hastalıkların önlenmesinde endikedir.

KONTRENDİKASYONLARI: Hemorajik diatez, kanamaya eğilimli organik lezyonlar, gastrik ülser, kanamalı serebrovasküler vakalar, kanama süresinin uzadığı kan hastalıkları, lökopeni, trombositopeni ve agranülositozda kontrendikedir.

YAN ETKİLERİ: Nötropeni, hemorajik komplikasyonlar, gastro intestinal belirtiler, deri döküntüleri ve sarılık gibi yan etkiler görülebilir.

EĞİTİM REHBERİ-KAYNAKÇA

- ❖ Odom, B.S. (2008). Management of Patients After Percutaneous Coronary Interventions, Critical Care Nurse, 28(5), 26-41
- ❖ Tok Özen, A. ve Çelik Şenol, S. (2010). Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı, Anadolu Hemşirelik Dergisi, 13:2, 60-67.
- ❖ Lins, S., Guffey, D., VanRiper, S. ve Kline-Rogers, E. (2006). Decreasing Vascular Compliations After Percutaneous Coronary Interventions, Critical Care Nurse, 26(6), 38-45.
- ❖ Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Klavuzu, (2004). Türk Kardiyoloji Derneği, erişim: 27.09.2010
www.tkd-online.org/kilavuzlar/TKD_Perkutan_Koroner_HBK.pdf
- ❖ <http://www.ilacrehberi.com>, erişim: 20.12.2010
- ❖ Samur, G. (2006). Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme, Sinem matbaacılık, Ankara.



C. Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, size yapılan balon anjiyoplasti/stent uygulaması sonrasında bir problem gelişimi olup olmadığını kontrol etmek için araştırmacı tarafından telefonla aranarak sorular sorulacaktır. Bu çalışmanın amacı, telefonla yapılan izlemin ve danışmanlığın işlem sonrasında gelişebilen problemleri önlemeye yönelik etkisini incelemektir. Balon anjiyoplasti ve stent yapılan hastalarda taburcu olduktan sonra bazı problemler görülebilmektedir. Taburcu edilen hastalar; evlerinde uygulayacakları bakımları, istirahat etme durumları, uygulayacakları diyet gibi konularda da sorunlar yaşamaktadırlar. Hastalar bu gibi sorunlar karşısında ne yapacağını bilmemektedirler. Bu araştırma ile araştırmacı tarafından telefonla aranarak sorunlarınızın izlemi yapılacak ve gerekli bilgiler verilecektir.

Araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 120 'dir. Bir ay içerisinde 5 kez telefonla görüşme yapılarak sıkıntılarınızla ilgili sorular sorulup, durumunuzla ilgili değerlendirmeler yapıp gerekli bilgiler verilecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait yer alan bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işlemine başından sonuna kadar tamkılık eden kuruluş görevlisinin/görüşme
tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 4/33
Konu :

25.01.2011

Karar No: 2011-01/33

Yrd.Doç.Dr.Şerife KARAGÖZOĞLU'nun yürütücüsü olduğu yüksek lisans öğrencisi Tuğba YILDIZ'ın "Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Bireylere Eğitim, Telefonla Yapılan Danışmanlık ve İzlemin İşleme Bağlı Komplikasyon Gelişimine Etkisi" konulu Yüksek Lisan Tezinin Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar verilmiştir.

Ünvanı/Adı Soyadı	Üye	Uzmanlık Dalı	İmzası
Prof.Dr.Ece KAPTANOĞLU	Başkan	Fiziksel Tıp ve Reh.	
Yrd.Doç.Dr.Gülay YILDIRIM	Başkan Yrd.	Deontoloji	
Yrd.Doç.Dr.Köksal DEVECİ	Raportör	Tıbbi Biyokimya	
Prof.Dr.Dilara İÇAĞASIOĞLU	Üye	Çocuk Sağ.ve Hast.	
Prof.Dr.M.Kemal YILDIRIM	Üye	Farmakoloji	
Prof.Dr.Ayhan KOYUNCU	Üye	Genel Cerrahi	
Prof.Dr.Esin YILDIZ	Üye	Tıbbi Patoloji	
Doç.Dr.M.Birhan YILMAZ	Üye	Kardiyoloji	
Doç.Dr.Kenan KAYGUSUZ	Üye	Anesteziyoloji ve Rean.	
Yrd.Doç.Dr.Ziyet ÇINAR	Üye	Biyostatistik	
Pınar İNAN	Üye	Hukuk Müşaviri	



T.C.
SIVAS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.104.İSM.4.58.00.09-773/ 79
Konu :Uygulama

16/02/2011

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 04/02/2011 tarihli ve 258/520 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Tuğba YILDIZ'ın "Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti ve İntra Koroner Stent Uygulanan Bireylere Eğitim, Telefonla Yapılan Danışmanlık ve İzlemin İşleme Bağlı Komplikasyon Gelişimine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını 01 Şubat 2011-30 Mayıs 2011 tarihleri arasında Numune Hastanesi Anjiyo Ünitesinde uygulayabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Vakkas ÖZMERCAN
Sağlık Müdürü

OLUR

17/02/2011
V. Çiftçi

Veysel ÇİFTÇİ
Vali a.
Vali Yardımcısı