



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

**KORONER ANJİYOGRAFİ OLAN HASTALARIN
ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ**

Hazırlayan
Turgut Özay GÖKSEL

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2019



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

**KORONER ANJİYOĞRAFI OLAN HASTALARIN
ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ**

Hazırlayan
Turgut Özay GÖKSEL

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum Adı : Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelik
Programın Seviyesi :Yüksek Lisans (✓) Doktora ()
Anabilim Dalı :Hemşirelik
Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Turgut Özay Göksel
Tez Başlığı :Koroner Anjiyografi Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri
Sınav Yeri :Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sınav Tarihi :27.08.2019

Yukarıda tanıtımı yapılan tez, Tez Sınav Jürisi tarafından okunmuş, kapsam ve kalite yönünden başarılı bulunarak Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Sınav Jürisi

Danışman (Unvan ve Adı)	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan ve Adları)		
Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	
Doç. Dr. Dilek SARI	Ege Üniversitesi	
Dr. Öğr. Üyesi Ercan AKŞİT	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	

Tez sınav jürisi tarafından başarılı olarak kabul edilen Yüksek Lisans/Doktora Tezi Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

THESIS APPROVAL FORM

Institute Name : Çanakkale Onsekiz Mart University Institute of Health Sciences

Programme Name : Nursing

Programme Level : Master of Science (✓) Doctor of Philosophy ()

Department :Nursing


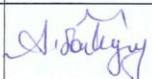


Student Name and Surname: Turgut Özay GÖKSEL

Title of the Thesis :The Learning Needs of Patients with Coronary Angiography

Examination Place :School of Health

Examination Date :27.08.2019

We have investigated the present thesis in regard to content and quality and have approved as a Master of Science / Doctor of Philosophy Thesis.

Supervisor (Title and Name)	Institution	Signature
Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRĞAY	Çanakkale Onsekiz Mart Universty	
Members of Examination Jury (Titles and Names)		
Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRĞAY	Çanakkale Onsekiz Mart Universty	
Doç. Dr. Dilek SARI	Ege Universty	
Dr. Öğr. Üyesi Ercan AKŞİT	Çanakkale Onsekiz Mart Universty	

The above examination jury decision has been approved by Administrative Board of Health Science Institute, Canakkale Onsekiz Mart University, with decision dated and numbered

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazıma hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, Madde 8'de belirtilen ve ayrıntılı olarak tanımlanan etik aykırı eylemleri (intihal, sahtecilik, çarpıtma, tekrar yayım, dilimleme, haksız yazırlık ve diğer etik ihlali türleri) yapmadığımı onurumla beyan ederim.

Tarih: 03.08.2019

Tez Sahibi Adı ve Soyadı: Turgut Özay Göksel

İmza:



ÖZET

Bu araştırma koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırma, bir devlet hastanesinin anjiyografi ve katater laboratuvarı'nda 1 Şubat-31 Aralık 2018 tarihleri arasında, koroner anjiyografi işlemi yapılmış, 196 hasta üzerinde yürütüldü. Araştırma verileri, "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği" kullanılarak toplandı. Toplanan veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve Kolmogrov-Smirnov, Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri ile değerlendirildi. Anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi. Araştırmaya katılan hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalaması $198,46\pm34,31$ olarak bulundu. Önem derecesi en yüksek alt boyutlar sırasıyla; tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu ($37,28\pm6,10$), yaşam kalitesi alt boyutu ($33,01\pm5,86$) ve ilaçlar alt boyutu($32,64\pm6,00$) olarak bulundu. Kadın hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt boyutundaki puan ortalaması ($38,26\pm5,10$) erkek hastaların puan ortalamasından ($36,14\pm 6,95$) yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu($p<0,05$) . Bekâr hastaların evli hastalara göre öğrenim gereksinimleri puanı ($210,96\pm25,68$) ve ilaçlar alt boyutu puan ortalaması ($35,44\pm 3,80$) yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların toplum ve izlem alt boyutu puan ortalaması ($21,07\pm4,50$) ile duruma ilişkin duygular alt boyutu puan ortalaması diğer gruplara göre daha düşük ($17,37\pm3,95$) ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Koroner anjiyografi olan hastalara anjiyografi sonrası eğitim verilmesi ve verilen eğitimin hastaların öğrenim gereksinimlerine göre planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koroner Anjiyografi İşlemi, Hasta Öğrenim Gereksinimleri, Hemşirelik

ABSTRACT

The Learning Need of Patients with Coronary Anjiography

This study was conducted descriptively and cross-sectionally to determine the learning needs of patients undergoing coronary angiography. The study was conducted on 196 patients who underwent coronary angiography between February 1 and December 31, 2018 in an angiography and catheter laboratory of a public hospital. Research data were collected using "Personal Information Form" and Patient Learning Needs Scale. Collected data were evaluated by descriptive statistical methods and Kolmogorov-Smirnov, Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests. Significance was accepted as $p < 0,05$. The average learning requirement score of the patients was $198,46 \pm 34,31$. The sub-dimensions with the highest significance were respectively; treatment and complications ($37,28 \pm 6,10$), quality of life ($33,01 \pm 5,86$) and drugs ($32,64 \pm 6,00$). The mean score in the treatment and complications subscale of female patients ($38,26 \pm 5,10$) was higher than the mean score of male patients ($36,14 \pm 6,95$) and was statistically significant ($p < 0,05$). Single patients educational needs score compared to married patients ($210,96 \pm 25,68$) and mean score of drugs sub-dimension ($35,44 \pm 3,80$) were found to be high and statistically significant ($p < 0,05$). The mean score of the social and follow-up subscale ($21,07 \pm 4,50$) and the emotion related subscale score of the patients with pension funds were lower ($17,37 \pm 3,95$) and statistically significant ($p < 0,05$). It is recommended that patients with coronary angiography should be given post angiography training and that the training should be planned according to their learning needs.

Keywords: Coronary Angiography Procedure, Patient Learning Requirements, Nursing

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyerek değerli bilgileri ile yolumu aydınlatan saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY'a, lisans öğrenimimden bu yana varlığını her zaman yanımda hissettiğim çok değerli hocam Öğr. Gör. Arife SİLAHÇILAR'a, tezin hazırlanma aşamasında yardımcı olan Arş. Gör. Cüneyt ÇALIŞKAN'a, tezin bilimsel açıdan değerlendirilmesinde değerli görüşlerini paylaşan jüri üyelerine, hayatım boyunca yanımda olan, desteklerini her zaman hissettiğim aileme ve hayattaki en büyük şansım olan beni yüreklendiren canım eşim Emine Hilal GÖKSEL'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Turgut Özay GÖKSEL
Çanakkale,2019

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	I
TEZ ONAY FORMU.....	II
THESIS APPROVAL FORM.....	III
BEYAN.....	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
TEŞEKKÜR SAYFASI.....	VII
İÇİNDEKİLER.....	VIII
TABLolar LİSTESİ.....	XI
KISALTMALAR LİSTESİ.....	XIII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Koroner Arter Hastalıkları	4
2.1.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı	4
2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri	5
2.1.2.1. Yaş.....	6
2.1.2.2. Cinsiyet.....	6
2.1.2.3. Kalıtım.....	7
2.1.2.4. Diyabet.....	7
2.1.2.5. Hipertansiyon.....	8
2.1.2.6. Hiperlipidemi (Total ve LDL Kolesterol Yüksekliği, Düşük HDL Kolesterol Düzeyleri).....	8
2.1.2.7. Tütün Kullanımı.....	9
2.1.2.8. Obezite.....	9
2.1.2.9. Fiziksel İnaktivite.....	10

2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarından Korunma.....	10
2.1.4. Koroner Arter Hastalığında Tanı ve Tedavi Yöntemleri.....	11
2.1.4.1. Koroner Arter Hastalığı Tanı Yöntemleri.....	11
2.1.4.2. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri.....	14
2.2. Koroner Anjiyografi.....	17
2.2.1. Tarihçesi.....	17
2.2.2. Komplikasyon Görülme Durumu.....	18
2.2.3. Hemşirelik Bakımı.....	21
2.2.3.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı.....	21
2.2.3.2. Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı.....	22
2.2.3.3. Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Bakımı.....	23
2.3. Hasta Eğitimi.....	24
2.3.1. Hasta Eğitim Süreci.....	29
2.3.1.1. Eğitim Gereksinimlerini Saptamak İçin Veri Toplama.....	30
2.3.1.2. Eğitim Sürecinde Tanı Koyma.....	31
2.3.1.3. Hasta Eğitiminde Planlama.....	31
2.3.1.4. Eğitim Sürecinde Uygulama.....	32
2.3.1.5. Hasta Eğitim Sürecinde Değerlendirme.....	33
2.3.2. Taburculuk Eğitimi.....	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Türü.....	39
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	39
3.3. Veri Toplama.....	39
3.4. Etik.....	41
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	42
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
4. BULGULAR	43
4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	43
4.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Analizler.....	45
4.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamaları İle Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi.....	46
5. TARTIŞMA	57

5.1. Hastaların Sosyo-Ekonomik Verilerine Ait Bulguların Tartışılması.....	57
5.2. Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması.....	58
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	62
6.1. Sonuç.....	62
6.2. Öneriler.....	63
7. KAYNAKLAR.....	64
8. EKLER.....	74
Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	74
Ek 2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği.....	76
Ek 3. Etik Kurul İzni.....	78
Ek 4. Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğünden Alınan İzin Belgesi.....	79
Ek 5. Sayın Emine ÇATAL'dan alınan İzin Belgesi.....	80
Ek 6. Spiralli Tez Kontrol Formu.....	81
Ek 7. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Spiralli/Ciltli Tez Yazım Kontrol Listesi.....	82
ÖZGEÇMİŞ.....	83

TABLULAR

	Sayfa No
Tablo 1. HÖGÖ'nün ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Sonuçları	41
Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	43
Tablo 3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları.....	45
Tablo 4. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özellikleri	46
Tablo 5. Hastaların Yaş Grubu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	47
Tablo 6. Hastaların Cinsiyet Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	48
Tablo 7. Hastaların Medeni Durum Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	48
Tablo 8. Hastaların Eğitim Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	49
Tablo 9. Hastaların Sosyal Güvence Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	50
Tablo 10. Hastaların Koroner Anjiyografi Olma Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	51
Tablo 11. Hastaların Geçmişte Ameliyat Olma Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	51
Tablo 12. Hastaların Geçmişte Hastanede Yatış Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları.....	52
Tablo 13. Hastaların Yaşadığı Yer Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları.....	52
Tablo 14. Hastaların Egzersiz Yapma Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	53
Tablo 15. Hastaların Kronik Hastalık Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	54
Tablo 16. Hastaların Sigara Kullanımı Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	54

Tablo 17. Hastaların Alkol Kullanımı Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları	55
Tablo 18. Hastaların Geçmişte Sağlık Profesyonellerinden Eğitim Alma Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları.....	56



KISALTMALAR

KAH	: Koroner Arter Hastalıkları
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
AHA	: Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
DM	: Diyabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
MI	: Miyokart Infarktüs
EKG	: Elektrokardiyografi
MPS	: Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi
IVUS	: İntravasküler Ultrason
AKS	: Akut Koroner Sendrom
KABG	: Koroner Arter By-pass Greft Ameliyatı
HÖGÖ	: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
EKO	: Ekokardiyografi

1.GİRİŞ

Koroner Arter Hastalığı (KAH); ateroskleroz, vazospazm, vaskülit, emboli, diseksiyon vb. nedenlerle koroner arterlerin miyokarda yeterli kanı ulaştırılamaması ve miyokart sahasında iskemi ve nekroz oluşması ile karakterize bir hastalıktır (Yalçın ve ark., 2006; Özarıslan, 2013; Ahraz, 2018; Polat, 2018).

Gelişmiş ülkelerde 40 yaş üstü nüfusun en önemli ölüm sebebi olan KAH'nın, ülkemizde her yıl 210 bin kişinin ölümüne sebep olduğu tahmin edilmektedir. Avrupa ülkelerine göre daha genç nüfus yapısına sahip olmamıza rağmen, KAH'na bağlı ölüm oranlarında Türkiye üst sıralarda yer almaktadır (Balcı, 2012; Onat ve Can, 2017; Polat, 2018).

Yaş, cinsiyet, kalıtım, diyabet, hipertansiyon, tütün kullanımı, obezite, kolesterol, fiziksel inaktivite gibi risk faktörleri KAH oluşmasına zemin hazırlamaktadır. (Abanonu, 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010; Özarıslan, 2013; Buğan ve Çelik, 2014; Bayülgen, 2015; Ahraz, 2018; Polat, 2018). KAH risk faktörlerini azaltmak ve KAH'nı tedavi etmek için çeşitli tanı ve tedavi yöntemleri geliştirilmiştir (Demirkıran 2011). Bu tanı ve tedavi yöntemleri arasında koroner anjiyografi, KAH tanısı koymada altın standart olarak kabul edilmektedir (Yalçın ve ark., 2006; Dilek, 2008). İlk kez 1964 yılında Charles Dotter tarafından uygulanan koroner anjiyografi, teknolojik gelişmeler ile beraber gelişmiş ve günümüzde stent implantasyonu, balon anjiyoplasti gibi uygulamalar ile KAH tedavisinde oldukça yarar sağlamıştır (Özmen, 2008; Balcı, 2012; Bayata ve Saraç, 2014; Gürlertop, 2014).

Bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçası olan hasta eğitimi; uygun araç-gereç ve öğretim teknikleri ile kişiye özgü sağlık eğitimi vererek temelde bireyin, ailenin ve toplumun yaşam kalitesini arttıran, sağlığın gelişmesi ve hastalıktan sağlık haline kavuşma amaçları ile kalıcı davranış değişikliklerini birey, aile ve topluma kazandırmayı amaçlayan bir süreçtir (Akçin, 2000; Bayat, 2005; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Öztürk ve ark., 2011).

Hasta eğitiminde en önemli unsur, hastalar taburcu olduklarında kendi başlarına bakımlarını sürdürebilecekleri bilgi ve donanımı da öğrenmesidir (Coşkun ve Akbayrak, 2001). Hastanın hastaneden taburcu olduktan sonra evde ki bakımını sürdürebilmesi, olası komplikasyonları erken fark ederek gerekli tedbirlerin alınması, hızlı iyileşme ve hasta ve ailesinin sağlık tutum ve davranışlarının geliştirilmesi için taburculuk eğitimi oldukça önemlidir (Demirkıran, 2011; Tan ve ark., 2011; Yalçın ve ark., 2015). Taburculuk sonrası oluşan bir çok komplikasyon hastaların yeterince bilgilendirilmemesi ve uygun becerilerin kazandırılmaması sebebi ile ortaya çıkmaktadır (Güçlü ve Kurşun, 2017). Oysa ki hasta eğitiminin taburculuk sonrası komplikasyonların azaltılmasında, hastaneye yeniden yatışların azalmasında, hasta ve ailesine bakımın içine katılma fırsatı yaratıp istendik sağlık davranışlarının kazanılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Bayat, 2005; Avşar, 2006; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Öztürk ve ark., 2011). Hasta eğitimi hemşirenin primer rolü arasında yer alırken aynı zaman da yasal sorumluluğudur (Akçin, 2000; Yetkin, 2002; Babacan ve Alıcı, 2008).

Koroner anjiyografi sonrası taburcu edilen hastalara; kanama, hematoma gibi komplikasyonlar hakkında ve ilaç tedavisi başlanması halinde akılcı ilaç kullanımı ve yaşam biçimi değişiklikleri gibi konularda taburculuk eğitimi verilmesi gerekmektedir (Karadağ, 1998).

Hemşirenin kaliteli eğitim verebilmesi ve hastanın eğitimi doğru öğrenebilmesi için hasta ve ailesinin bilgi, davranış ve öğrenme becerilerinin belirlenmesi önem arz etmektedir (Merkley, 1997). Bir başka deyişle hemşire hastanın kendisinden ne beklediğini bilmelidir (Özel, 2010). Taburculuk eğitimi planlanırken, hasta ve ailesinin hangi konularda problem yaşadığı, hasta ve ailesinin öğrenme isteği, hasta ve ailesinin sosyokültürel düzeylerinin öğrenilmesi, hasta ve ailesinin yaşam biçimi, bilgi düzeyi, hastalığa karşı uyumu, öğrenme ortamı ve öğrenme yolu ve öğrenim gereksinimleri önceden belirlenmelidir (Akçin, 2000; Bayat, 2005; Akçin, 2006; Avşar, 2006; Babacan, 2008; Kaya, 2009; Demirkıran, 2011; Öztürk ve ark., 2011).

Literatürde, hemşirelerin hastalara bilgi verdiği konular ile hastaların bilgi almak istediği konuların farklı olduğu; hemşirenin bilgi vermek istediği konuları

verirken zamanın geçtiği, hastanın öğrenmek istediği konuların ise atlandığı veya üzerinde yeterince durulmadığı belirtilmektedir (Tan ve ark., 2013). Koroner anjiyoplasti ve intrakoronar stent işlemleri uygulanan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların sadece %50'si verilen bilginin yeterli olduğunu söylemiştir (Tok, 2006). Hastanın öğrenim gereksinimlerine uygun taburculuk eğitiminin; bireyin taburcu olduktan sonra olası komplikasyonları önleme, bireyin öz bakım gücünü artırma, hızlı iyileşme ve bireye doğru bakımın verilmesi gibi durumlarda daha yararlı olduğu belirlenmiştir (Akçin, 2000; Demirkıran, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015; Çetinkaya ve Aşiret, 2017).

Yapılan çalışmalarda hasta öğrenim gereksinimlerine göre planlanan ve uygulanan hasta eğitiminin daha faydalı olduğu, hastanın taburcu olup eve geçişinin kolaylaştığı bildirilmiştir (Akçin, 2000; Cleary, 2003, Demirkıran, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015; Çetinkaya ve Aşiret, 2017). Hasta eğitim sürecinin içerisinde önemli bir yer tutan bireye özgü ve hasta öğrenim gereksinimlerini dikkat alan taburculuk eğitimi; hasta ve ailesi, sağlık bakım profesyonelleri ve sağlık bakım sistemi için önem arz etmektedir (Bayat, 2005).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, koroner anjiyografi işlemi uygulanan hastalarda taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmaların bulunmadığı görülmüştür. Bu nedenle, koroner anjiyografi uygulanan hastalara gereksinim duydukları alanlara yönelik taburculuk eğitimi verilmesi için hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi son derece önemlidir. Alandaki bu konuya yönelik eksikliği gidereceği ve katkı sağlayacağı düşünülen bu çalışma ile koroner anjiyografi uygulanan hastaların taburcu olurken gereksinim duyduğu eğitim alanlarının belirlenerek, hemşirelere eğitim uygulanmasında katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın amaçları; koroner anjiyografi uygulanarak taburcu edilecek hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek; hastaların tanıtıcı özellikleri ile öğrenimleri gereksinimleri arasında ilişki olup olmadığını saptamak ve hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin daha kaliteli ve yararlı olmasını sağlamak amacı ile önerilerde bulunmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalıkları

2.1.1. Tanımı ve Görülme Sıklığı

Koroner arterler aorttan çıkan ve miyokarta kan akımını sağlayarak kalbin kasılması için gerekli oksijeni sağlayan damarlardır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013). Koroner Arter Hastalığı ise ateroskleroz, vazospazm, vaskülit, emboli, diseksiyon vb. nedenlerle koroner arterlerin miyokarta yeterli kanı ulaştırılamaması ve miyokard sahasında iskemi ve nekroz oluşması ile karakterize bir hastalıktır (Yalçın ve ark., 2006; Özarlan, 2013; Ahraz, 2018; Polat, 2018).

Ateroskleroz KAH oluşumunda diğer nedenlere göre %85 ile başı çekmektedir (Yalçın ve ark. 2006). Ateroskleroz koroner arterlerin içinde; içi lipit dolu aterom plaklarının oluşması ile ilişkilidir (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013). Ancak bu plakların oluşumunu tek başına pasif lipit birikimi ile açıklamak doğru değildir. Endotel fonksiyonu, dislipidemi, oksidatif stres, hiperkoagülabilité, enflamasyon ve enfeksiyon ile birlikte aterosklerozun enflamatuvar bir hastalık olduğu düşünülmektedir (Buğan ve Çelik, 2014).

Bir hastalığın toplum için önemi; hastalığın prevelansı, mortalite ve morbiditesi ile ilişkilidir (Erdem ve Ergüney, 2005). KAH dünyadaki koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin artmasına, noninvazif ve invazif tanı ve tedavi yöntemlerin gelişmesine rağmen tüm dünyada prevelansı gittikçe artan başlıca mortalite ve morbidite sebebidir (Erdem ve Ergüney, 2005; Dilek, 2008; Balcı, 2012; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013).

KAH, gelişmiş ülkelerde ki 40 yaş üstü mortalitenin en önemli nedeni iken gelişmekte olan ülkelerde de prevelansı gittikçe artmaktadır.1990 yılında 20 yaş ve üzeri 29,5 milyon yetişkinde koroner arter hastası sayısı 1,050,000'du. Yapılan çalışmalar yaşlı nüfusun artması ile birlikte; 1990'da %28,9 olan kalp ve damar hastalıkları nedeni ile ölüm oranınının 2020 yılında %36,3'e çıkacağını göstermektedir (Onat ve Can, 2017). Türkiye'de 3,5 milyon civarı koroner arter hastasının bulunduğu ve bu sayının ülkemizde yılda %4 arttığı yine yılda 210 bin kişinin de koroner kalp hastalığı sebebi ile öldüğü tahmin edilmektedir.

Ukrayna ve Rusya dâhil edilmeden Avrupa analizlerinde koroner mortalite Türk erkeklerinde Letonya'dan sonra ikinci, kadınlarda ise en yüksek konumdadır (Onat ve Can, 2017). Avrupa ülkeleri arasında Türkiye, koroner mortalite de; 45-74 yaş kesimi karşılaştırılınca en yüksek seviyelerdedir (Onat ve Can, 2017; Polat, 2018). KAH mortalitesinin, gelişmekte olan ülkelere benzer genç nüfus yapısına sahip ülkemizde, yaşlı nüfusa sahip gelişmiş ülkeler gibi olması oldukça kaygı verici bir durumdur (Balcı, 2012; Onat ve Can, 2017). KAH için risk faktörü olarak kabul edilen 40 yaş ve üzeri nüfusumuzun artması ile zaten yüksek olan KAH prevalansı da paralel olarak artacaktır (Erkoç ve Yardım, 2011).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Risk faktörleri uzun süreçler içerisinde ateroskleroza ve dolayısıyla KAH'na neden olurlar (Bayülgen, 2015; Ahraz, 2018). 1960 yılında yapılan Framingham Kalp Çalışması'nın bulguları ile koroner arter hastalıklarının risk faktörleri ilk kez tanımlanmıştır (Bayülgen, 2015).

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) yayınladığı Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi Kılavuzu'nda KAH risk faktörlerini değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak ikiye ayırmıştır (Bayülgen, 2015). Bazı kaynaklar bu risk faktörlerini kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen risk faktörleri olarak da gruplandırmaktadır (Özarlan, 2013).

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri:

- Yaş
- Cinsiyet
- Kalıtım(Aile Öyküsü)

Değiştirilebilen Risk Faktörleri:

- Diyabet
- Hipertansiyon
- Tütün Kullanımı
- Obezite

- Fiziksel İnaktivite
- Düşük HDL Kolesterol
- Yüksel LDL Kolesterol

Değiştirilemeyen majör risk faktörleri dışında; stres, sosyoekonomik düzey, alkol kullanımı, menopoz, oral kontraseptifler, hormon replasman tedavisi, sol ventrikül hipertrofisi, C reaktif protein(CRP) yüksekliği, homosistein, lipoprotein-a yüksekliği, fibrinojen, homosisteinemi, trombotik ve inflamatuvar risk faktörleri de kabul edilmiştir (Abanonu, 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010; Özarlan, 2013; Buğan ve Çelik, 2014; Bayülgen, 2015; Ahraz, 2018; Polat, 2018).

2.1.2.1. Yaş

KAH prevelansı ve mortalitesi bireylerde yaş ile doğru orantılı olarak artmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Erkeklerde 45 yaş, kadınlar da ise 55 yaşın üzerinde olmak KAH için risk faktörü olarak tanımlanmıştır (Abanonu, 2005; Taylı ve Pekel, 2011; Çakmakçı ve ark., 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Polat, 2018). Yapılan bir araştırmaya göre diğer risklerden bağımsız olarak, her yaşın KAH olasılığını erkekte %3,9, kadında %3,6 arttırdığı belirtilmiştir (Onat ve Can 2017). Gelişmekte olan ülkelerde artan KAH prevelansı nüfusun yaşlanması ile ilişkilidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

2.1.2.2. Cinsiyet

40 yaş ve üzeri bireylerde KAH gelişme durumu erkeklerde kadınlara göre daha fazladır. Östrojen salınımının lipoprotein düzeyini aşağı çekerek doğurganlık çağında ki kadınlar da ateroskleroz gelişme oranını düşürdüğü düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Polat, 2018). Menopoz sonrası azalan östrojene bağlı LDL-K düzeyinin yükselmesi ile beraber kadınlarda KAH prevelansı da artmaktadır (Bayülgen, 2015).

2.1.2.3. Kalıtım

Birinci derece akrabalarda erken KAH tanısı risk faktörüdür (Abanonu, 2005; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Tavlı ve Pekel, 2011; Polat, 2018).

2.1.2.4. Diyabet

Diyabet (DM), koroner arter hastalığı risk faktörleri içerisinde önemli bir yere sahiptir. Yapılan çalışmalar sonucu diyabet KAH için sadece bir risk faktörü olmayıp, aynı zamanda KAH ile eşdeğer kabul edilmektedir (Tavlı ve Pekel, 2011; Çakmakçı ve ark., 2013; Bayraktar 2017).

Dünya Sağlık Örgütü(WHO) verilerine göre; dünya genelinde 18 yaş ve üzeri bireylerde 1980 de %4,7 olan diyabet prevalansı 2014 de %8,5 olmuştur. Ülkemizde 5-6 milyon kişide diyabet olduğu düşünülmektedir ve diyabet sıklığı %6 oranında artmaktadır, bu da yıllık 360,000 diyabet insidansı demektir (Onat, 2017). Bu sayının önemli bir kısmı diyabet olduğunu bilmemektedir (Onat ve ark., 1992). Nüfus artışı ve yaşlanma ile beraber bu artışta fiziksel inaktivite, obezite, otoimmün etkileşim gibi faktörler sorumlu tutulmaktadır (Onat, 2017). KAH'nda önemli yer tutan diyabetin dünya genelinde 2025 yılında 300 milyon kişiyi etkileyeceği düşünülmektedir.

Yeni tanılanmış Tip 2 diyabetli hastalarda sessiz ya da klinik KAH bulunma oranı %50'dir.Yine diyabet tanısı almış hastalarda KAH birinci mortalite ve morbidite nedenidir (Dilek, 2008). Diyabetli hastalarda, diyabeti olmayanlara göre KAH'na bağlı mortalite oranı erkeklerde 2,0 kat, kadınlarda ise 3,2 kat yüksektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Ayrıca, Tip 2 diyabetlilerde; insülin direnci, Tip 1 diyabetlilere göre daha fazla KAH görülmesinin sebebidir (Özarlan, 2013).

Bütün bu bilgiler ışığında Tip 2 diyabet riskinin, basit yaşam tarzı değişiklikleri ile %58'e varan oranda engellenebileceği veya geciktirilebileceği bilinmektedir (Bayülgen, 2015).

2.1.2.5. Hipertansiyon

Hipertansiyon (HT), KAH hastalığı için önemli bir risk faktörüdür. TKD'nin 2002 de yayınladığı Koroner Kalp Hastalığı Korunma ve Tedavi kılavuzunda kan basıncının $\geq 140/90$ mmHg olması veya antihipertansif tedavi görüyor olmak KAH için risk faktörüdür (Abanonu, 2005; Çakmakçı ve ark., 2013).

Framingham çalışmasının verilerine göre hipertansif hastaların, hipertansif olmayan hastalara göre KAH'na yakalanma riski 4 kat, kalp krizi riski ise 2-3 kat fazladır. 20 mmHg artış durumunda KAH oluşma riski; erkekte %35, kadında %30 oranında artırmaktadır (Tavlı ve Pekel, 2011; Bayülgen, 2015; Onat, 2017). Türkiye'de 14,3 milyon kişide (8 milyon kadın ile 6,3 milyon erkekte) hipertansiyon olduğu tahmin edilmektedir (Onat, 2017). Bütün aterosklerotik kardiyovasküler olayların %35'inden sorumlu olan hipertansiyon aynı zamanda kalp yetmezliği ve periferik arter hastalığı(PAH) için de önemli bir risk faktörüdür. Bu nedenle kan basıncı kontrolü KAH'nı engellemek için kritik bir öneme sahiptir (Tavlı ve Pekel, 2011; Buğan ve Çelik, 2014). Kan basıncında ki 2 mmHg düşüşlerin KAH'na bağlı ölüm riskini %4 azaltacağı belirtilmektedir (Konakçı, 2016).

2.1.2.6. Hiperlipidemi(Total ve LDL Kolesterol Yüksekliği, Düşük HDL Kolesterol Düzeyleri)

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 35-64 yaş kesimi için ortalama total kolesterol düzeyleri erkekte 185 mg/dl, kadında 192 mg/dl bulunmuştur (Onat ve ark., 1992; NCEP, 2001). Total kolesterol ve LDL K değeri arttıkça KAH riski de artar iken HDL K değeri ile KAH arasında ise ters ilişki vardır. Total kolesterol ≥ 200 mg/dl, LDL-K değeri ≥ 130 mg/dl olması, HDL-K değeri < 40 mg/dl olması KAH için risk faktörüdür (Çakmakçı ve ark., 2013; Onat ve Yüksel, 2017).

Türkiye'de kanda total kolesterol düzeyleri 12 milyon kişide 200 mg/dl'nin üzerindedir. Yine Türkiye de 17 milyon kadar yetişkin de HDL-K düşüklüğü olduğu tahmin edilmektedir. Total kolesterol düzeyinde ki her 40 mg/dl'lik artış, koroner arter hastalığı riskini %35 oranında arttırmaktadır (Onat ve Yüksel,

2017). Yine TEKHARF (2017) çalışmasına göre Türk halkında lipit kaynaklı en büyük KAH riski Total kolesterol/HDL-K oranıdır.

2.1.2.7. Tütün Kullanımı

Tütün kullanımı KAH risk faktörlerinden bir tanesidir. Dünya Sağlık Örgütü dünyada tütün kullanımı sebebi ile ölümlerin, 2020 yılına kadar 9 milyonu aşacağını tahmin etmektedir (Onat, 2017). Kalp ve damar hastalıklarının %10'una tütün kullanımının sebep olduğu düşünülmektedir (Bayülgen, 2015). Tütün kullanımı, toplumun sağlığını bozan; ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Sigara kullanımı mortalitenin en önemli önlenilebilir nedeni iken, aynı zamanda en yaygın risk faktörüdür (Abanonu, 2005; Ceylan ve ark., 2011; Çakmakçı ve ark., 2013). 30 yaşını üstünde ki her iki erkekten ve 6 kadından biri sigara kullanmaktadır (Onat, 2017). Tütün kullanımının bırakılması ile KAH'na bağlı mortalitenin %5'inin engellenebileceği hesaplanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

Tütün kullanımı; KAH riskini 2-3 kat artırırken aynı zamanda diğer risk faktörleri ile de etkileşmektedir (Abanonu 2005). Kesin olmamakla birlikte tütün kullanımının LDL-K'yı yükselttiği, HDL-K'yı ise düşürdüğü düşünülmektedir. Ayrıca tütün kullanımı kan basıncını arttırıcı bir risk faktörüdür (Bayülgen 2015, Polat 2018). Tütün kullanımının bırakılması, hiç içmemiş olanlar kadar olmasa da KAH'na yakalanma riskinin azaltılmasını sağlayacaktır (Özarslan 2013). Tütün kullanımının bırakılmasından sonraki 10-20 yıllık süreç içerisinde kardiyovasküler mortalite oranının yarıya ineceği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Ülkemizde tütün kullanımında %13,4'lük bir azalma olsa da halen ülkemiz de ki en yaygın KAH risk faktörüdür (<https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k02.htm>, Erişim tarihi: 13.03.2018).

21.2.8. Obezite

Beden Kitle Endeksi'nin 30 kg/m² 'den büyük olduğu durumlar obezite olarak kabul edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015; Polat, 2018).

Amerikan Kalp Derneği(AHA) tarafından risk faktörü olarak tanımlanan obezite tıpkı sigara kullanımında olduğu gibi diğer risk faktörleri ile kuvvetli bir ilişki içerisinde. Obezite, HDL-K seviyesini azaltırken, LDL-K seviyesini yükseltmektedir. Bunun yanı sıra hipertansiyon ve Tip 2 diyabet gelişimine de neden olmaktadır (Abanonu, 2005; Tavlı ve Pekel, 2011; Bayülgen, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Ülkemizde obezite ve abdominal obezite her iki cinsiyette de artmaktadır. Obezite yaygınlığındaki artış, son 10 yılda nüfus artışı ve yaştan bağımsız olarak %20'dir (Onat ve Yüksel, 2017).

2.1.2.9. Fiziksel İnaktivite

Hareket ve egzersizin yer almadığı yaşam biçimi KAH için risk faktörüdür. Fiziksel inaktivite KAH hastalığı riskini iki kat artırır. Dünya genelinde fiziksel inaktivitenin iskemik kalp rahatsızlıklarının %22'sine sebep olduğu belirtilmiştir (Tavlı ve Pekel, 2011; Bayülgen, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015). Fiziksel inaktivitenin genel ölüm riskini erkekte anlamlı biçimde, kadında anlamlılığa ulaşmayan bir şekilde arttırdığı saptanmıştır (Onat, 2017).

2.1.3. Koroner Arter Hastalıklarından Korunma

KAH bireysel olduğu kadar aynı zamanda iş kaybı ve ekonomik maliyetler açısından da önemli bir toplumsal sorundur (Yalçın ve ark., 2006). Ateroskleroz yaşam boyu devam eden bir hastalıktır. Bu sebeple henüz hastalık ortaya çıkmamış ancak yüksek riskli bireylere birincil koruma, KAH tanısı almış hastalara ise ikincil korunma uygulanmalıdır (Yalçın ve ark., 2006; İnangil ve Şendir, 2014).

KAH'ndan korunma; tek bir risk faktörüne değil, toplam riski hesaplayarak mevcut bütün risk faktörlerine yönelik olmalıdır. KAH'ndan korunmada amaç; sağlıklı bireylerde ve genel olarak toplumda mevcut risk faktörlerini azaltarak KAH prevalansını düşürmek, eğer KAH mevcutsa komplikasyonları, cerrahi, anjiyoplasti uygulamalarını ve revaskülarizasyonu azaltmak, yaşam kalitesini ve süresini uzatmaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

KAH'ndan korunma da özellikle değiştirilebilir risk faktörleri üzerinde durulmuştur. AB Kalp Sağlığı Konferansı (2005)'nda gerekenler Őu Şekilde sıralanmıŐtır;

- Tütünden uzak durulması,
- Fiziksel aktivite (günde en az 30 dakika),
- Sağlıklı diyet,
- Obeziteden kaçınma,
- Kan basıncının 140/90 mmHg altına indirilmesi ve
- Total kolesterolün 200 mg/dL'nin altına indirilmesi (İnangil ve Şendir, 2014).

TKD 2008 yılında yayınladığı ‘‘Koroner Kalp Hastalıklarında Korunma ve Tedaviye İlişkin Rehber’’ de yukarı da ki maddelere ek olarak alkol kullanımının kısıtlanması ve kan Őekerini normal sınırlarda tutmayı önermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tüm kardiyovasküler hastalıklar (KVH) sebebi ile gerçekteŐen ölümlerin, uygun yaşam tarzı değişiklikleri ile dörtte üçünün önlenebileceğini bildirmiŐtir (Ural, 2012)

2.1.4. Koroner Arter Hastalęında Tanı ve Tedavi Yöntemleri

Koruyucu ve tedavi edici yöntemlerde ki gelişmelere rağmen KAH dünyada en önemli mortalite ve morbidite sebebi olmaya devam etmektedir. KAH'nı tedavi etmek amacıyla kardiyoloji kliniklerinde sayısı gittikçe artan hastalara tanı, tedavi ve koruyucu girişimler uygulanmaktadır. Tanı, tedavi ve koruyucu girişimlerde ki ana amaçlar bireyin miyokard infarktüs(MI) geçirmesini önleyerek yaşam süresini uzatmak ve mevcut iskemiye tedavi ederek bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir (Ahraz, 2018).

2.1.4.1. Koroner Arter Hastalęı Tanı Yöntemleri

a. Anamnez(Hasta Öyküsü)

KAH'nın tıbbi değerlendirilmesinde ilk olarak hasta öyküsü ve fiziksel muayeneye baŐvurulur. Dikkatli bir Şekilde alınan anamnez kesin tanı için

önemli ayrıntıları belirlemede oldukça önemlidir. Anamnez ve fiziksel muayene de ifade edilen göğüs ağrısı varsa; ağrının tipi, şiddeti, ağrıya eşlik eden diğer belirtiler, ağrının süresi ve ağrının eforla olan ilişkisi gibi parametreler değerlendirilir (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013; Buğan ve Çelik, 2014). Bunun yanı sıra DM, sigara kullanımı, HT, kolesterol düzeyi gibi risk faktörlerinin belirlenmesi de oldukça önemlidir (Buğan ve Çelik, 2014). Dikkatli yapılan bir anamnez ile %60'ın üzerinde bir olasılıkla KAH tanısı konulabilmektedir (Yalçın ve ark., 2006).

b. Elektrokardiyografi (EKG)

Anjina (miyokard iskemisine bağlı göğüs ağrısı) şüphesi olan hastalarda mutlaka çekilmelidir. Ancak EKG'nin normal olması her zaman iskemi olmadığı anlamına gelmeyebilir. Ağrı sırasında ST değişiklikleri gözlenirken, istirahat halinde çekilmiş EKG'de geçirilmiş Mİ, sol ventrikül hipertrofisi gibi bulgular görülebilir (Buğan ve Çelik, 2014).

c. Eforlu Elektrokardiyografi

Miyokartın oksijen ihtiyacı ile miyokarda gönderilen oksijen miktarı arasında denge bozulduğunda iskemi ortaya çıkabilir. İstirahatte iskemi ve EKG bulgusu yokken bir fizyolojik stres testi olan efor testi ile birlikte, kalbin artan oksijen ihtiyacı karşılanamayınca iskemi ortaya çıkar (Yalçın ve ark. 2006). Efor testinde maksimum kalp hızının(220- yaş) %85'ine ulaşmak gereklidir. %85'e ulaşamayan hastalarda invazif veya noninvazif başka tanı yöntemlerine başvurulmalıdır (Yalçın ve ark., 2006; Buğan ve Çelik, 2014). Testin değerlendirilmesinde EKG değişiklikleri ile beraber, kan basıncı, iş yükü, efor sonrası kalp hızının normale dönmesi ve göğüs ağrısı değerlendirilmelidir (Buğan ve Çelik, 2014). Testin; yaş, fiziksel durum ve hastanın mevcut hastalığından etkilenebileceği unutulmamalıdır (Yalçın ve ark., 2006).

Miyokard İnfarktüsü ve ölüm gibi ciddi komplikasyonların eforlu EKG sırasında görülme olasılığı %0,01'dir. Bu sebeple eğitilmiş sağlık personelleri tarafından yaptırılmalıdır. Bunun yanında işlem odasında acil müdahale setleri ve ilaçları mutlaka bulunmalıdır (Yalçın ve ark., 2006).

d. Ekokardiyografi (EKO)

Gelişen teknoloji ile birlikte gelişmiş eko cihazı, ejeksiyon fraksiyonu(EF), duvar hareket bozuklukları ile ilgili bilgiler verirken, KAH tanısına dair indirekt olarak yardımcı olmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2007; Buğan ve Çelik, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2015).

e. Stres Ekokardiyografi

Özellikle düşük egzersiz kapasiteli ve hareket kabiliyeti kısıtlı hastalarda tercih edilen bir yöntem olan stres ekokardiyografi; doputamin insüzyonu yardımı ile radyasyon içermeksizin kalp kapak hastalıklarını, miyokartta iskemi olup olmadığını ve varsa iskeminin yaygınlığını belirlemeye yardımcı olan girişimsel bir yöntemdir (Akıllı ve ark., 2014). Yapılan çalışmalar stres testlerinin KAH tanısının ilk adımında kullanılmasının maliyeti düşürüp gereksiz revaskularizasyonları önlediğini göstermiştir (Taşçı, 2015).

f. Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi

Miyokard Perfüzyon Sintigrafisi(MPS), efor ya da farmakolojik stres altında, miyokartta tutulma özelliği taşıyan radyofarmasötikler yardımı ile koroner arterlerde ki akımın azalmasına bağlı olarak oluşan miyokardiyal iskemiye saptayan invazif bir görüntüleme yöntemidir. MPS’de ki kilit nokta miyokardın hücresel düzeyde azalan perfüzyonunu ve canlılığını tespit etmektir (Demir, 2015).

h. İntravasküler Ultrason(IVUS)

Katater bazlı bir sistem olan IVUS, ses dalgalarını kullanıp koroner arterlerin resmini çıkaran bir sistemdir (Yalçın ve ark., 2006). IVUS, plak yapısı, plak yükü ve lümenin şekli gibi çeşitli bilgileri vermektedir. Tanı koymada oldukça yarar sağlayan IVUS, sınırdaki darlıkların değerlendirilmesinde anjiyografiyi tamamlayıcı bir sistemdir (Yalçın ve ark., 2006; Balcı, 2014).

i. Anjiyografi

KAH tanısında altın standart olarak kabul edilen anjiyografi; brakial, radial ve femoral arterlerden gönderilen çeşitli kataterler ile koroner arterlere

radioopak madde göndererek ve radyasyon yardımı ile koroner arterlerin görüntülenmesini sağlayan invazif bir işlemdir (Yalçın ve ark., 2006; Dilek, 2008; Türk Kardiyoloji Derneği, 2007; Balcı, 2012; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013; Balcı, 2014; Bayata ve Saraç, 2014; Ahraz, 2018; Polat, 2018).

KAH tanısında, noninvazif testler büyük oranda tanı koymada yardımcı olsa da koroner anjiyografi halen en doğru tanıyı koymada ilk sıradadır (Balcı, 2014). Koroner arterlerde ki mevcut darlıkların büyüklüğünü, yerini ve trombus varlığını göstermesi açısından; olası damar tıkanıklığını tespit etmede en uygun tetkiktir. Koroner arterlerin durumu dışında sol ventrikülün durumu ve kalp duvarı hareketleri konusunda da bilgi sağlamaktadır. Mortalite (%0,2) ve morbidite (%1,8) riski içerdiği unutulmamalıdır (Balcı, 2012; Koplay ve Erol, 2013; Ahraz, 2018).

j. Laboratuvar Testleri

Tam kan sayımı, kardiyak enzimler(troponin), kreatinin düzeyi, kan şekeri, serum elektrolitleri, lipid düzeyi gibi tetkikler akut koroner sendrom (kalp arterlerinde ki tıkanıklığa bağlı olarak kalbin kan akımının kesilmesi) tanısında önemli veriler sağlamaktadır (Dilek, 2008; Buğan ve Çelik, 2014; Polat, 2018).

Bu tetkik ve işlemlerin yanı sıra; koroner patolojiyi gösteren bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi, pozitron emisyon tomografisi gibi sık kullanılmayan ancak tanıya yardımcı görüntüleme yöntemleri hızla gelişmektedir.

2.1.4.2. Koroner Arter Hastalığı Tedavi Yöntemleri

KAH tedavisinde farmakolojik, nonfarmakolojik (yaşam biçimi değişiklikleri) ve invazif yöntemler kullanılmaktadır (Demirkıran, 2011).

a. Farmakolojik Tedavi (Tıbbi Tedavi)

Farmakolojik tedavide kalp kasının oksijen ihtiyacının azaltılması ve kalp kasının oksijenlenmesini sağlamak amaçlanmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013; Bayülgen, 2015). Yapılan çalışmalar da çeşitli farmakolojik

ajanların akut koroner sendrom(AKS) ve KAH tedavisinde ki yararlarını ortaya koymaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013).

Anti-iskemik tedavide kalp kasının oksijen ihtiyacını azaltan beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve nitratlar kullanılmaktadır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013; Buğan ve Çelik, 2014; Bayülgen, 2015). Meta-analizler; uzun süreli kullanımda beta blokerlerin mortaliteyi %23 oranında azalttığını göstermektedir (Durusoy ve ark., 2010). Nitratlar etkilerini koroner arterlerde dilatasyon yaparak miyokardın oksijen ihtiyacını düşürerek aynı zaman da koroner kan akım miktarını da arttırarak göstermektedir. Kalsiyum kanal blokerleri de nitratlara benzer etki göstererek vazodilatasyon ve koroner akımı artırıcı etkiye sahiptir (Tekin, 2015).

Antikoagulan tedavi trombüs oluşumunu ve pıhtılaşmayı önlemektedir. Standart olarak heparin kullanılan antikoagulan tedavide amaç MI riskini en aza indirmektir (Bayülgen, 2015). Trombolitik tedavide tromboksan üretimini inhibe eden aspirin kullanılmaktadır (Durusoy ve ark., 2010; Tekin, 2015).

KAH'nın farmakolojik tedavisinde ventriküler işlev bozukluğunu önleyen ACE inhibitörleri, ilk 12 saat içerisinde uygulanması ile mortaliteyi düşüren fibrinolitik ilaçlar, vazodilatatörler ve kolesterolü düşüren statinler birincil ve ikincil korumada kullanılan diğer ilaç gruplarıdır (Dilek, 2008; Durusoy ve ark., 2010; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013, Buğan ve Çelik, 2014; Tekin, 2015).

Bütün bu ilaçların olumlu etkisi ve bilinirliğine rağmen 2015 yılında yapılan bir çalışmaya göre hastaların büyük bölümü mortalite ve morbitideyi azaltan uygun tedavi altında değildir (Temiz ve ark., 2015).

b. Non-farmakolojik Tedavi (Yaşam Biçimi Değişiklikleri)

Girişimsel tedavilerin uygulandığı hastalarda, daha sonra restenoz gelişimini azaltmada farmakolojik tedavi ile birlikte nonfarmakolojik tedavinin de önemli bir yeri vardır. Restenoz, girişimsel tedavi uygulanan bölgede yeniden oluşan damar içindeki darlıktır (Bayülgen, 2015). Sigaranın bırakılması, HT kontrolü, kolesterol düzeyinin kontrolü, fiziksel aktivite ile beraber kilo kontrolü ve

diyabetin tedavisi yaşam biçimi davranışları kapsamındadır (Bayülgen, 2015; Durusoy ve ark., 2010).

c. Girişimsel Tedavi

İnvazif kardioloji laboratuvarında yapılan invazif işlemler günümüzde oldukça yaygınlaşmıştır (Türk Kardioloji Derneği, 2007).

.Perkutan Transluminal Koroner Anjiyoplasti(PTKA) ve Perkutan Koroner Stent Yerleştirilmesi

Çeşitli arterlerden girişim yapılarak koroner arterlerin radyopak madde ile görüntülenmesinden sonra tespit edilen lezyonların balon uçlu katater yardımı ile lezyon içinde balonun şişirilmesine Perkutan Transluminal Koroner Anjiyoplasti, lezyonun bulunduğu kısma koroner arterlerin açıklığını sağlamak için tüp şeklinde yapıların yerleştirilmesine ise Perkutan Koroner Stent Yerleştirilmesi denilmektedir. Bu işlemler ile miyokardın reperfüzyonunu sağlamak amaçlanmaktadır (Yalçın ve ark., 2006; Dilek, 2008; Türk Kardioloji Derneği, 2007; Durusoy ve ark., 2010; Koplay ve Erol, 2013; T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, 2013; Bayülgen, 2015). Bu yöntemler ile mortalite azalmakta, miyokard hasarı engellenmekte ve yaşam kalitesi arttırılmaktadır.

.Perkutan Koroner Ateroktami

Ateroktami aletleri ile damar lümeni içinde ki plak materyali dışarı alınırken, plak seviyesinin de genişletilmesi ile yumuşak ve düzgün bir damar lümeni elde edilir (Türk Kardioloji Derneği, 2007).

.Brakiterapi

Perkutan transluminal balon ve stent uygulamasından sonra restenoz gelişimini engellemek amacıyla uygulanır (Türk Kardioloji Derneği, 2007)

.Perkutan Koroner Lazer Anjiyoplasti

Eximer lazer yardımı ile koroner arterlerde ki plakların giderilmesi amacıyla kullanılmaktadır (Türk kardioloji Derneği, 2007).

.Koroner Arter By-Pass Greft Ameliyatı (KABG)

Koroner transluminal balon ve stent uygulamalarının yetersiz kaldığı durumlarda açık kalp ameliyatı ile tıkalı olan koroner arterlere safen ven, radial arter veya internal mamariyen arter ile köprü yapılması işlemidir. KABG'in amacı arterdeki mevcut plaklar yüzünden beslenemeyen miyokardın tekrar kanlanmasını sağlamaktır. By-Pass köprü manasına gelmektedir (Dilek, 2008; Demirkıran, 2011; Ahraz, 2018).

2.2. Koroner Anjiyografi

2.2.1. Tarihçesi

1895 yılında, Wilhelm Konrad Roentgen'in X-Ray ışınlarını keşfetmesi sağlık alanında tanısız testler açısından önemli gelişmeler sağlamıştır. 1929 yılında, Werner Frossmann kendi kalbinin X-Ray yardımı ile floroskopi görüntüsünü elde etmiştir. Yine 1929 yılında; Santos ve ark. kontrast madde ve X-Ray yardımı ile aortayı görüntüledi. 1941 yılına gelindiğinde Richards ve ark. diagnostik radyolojinin ilk adımı olan, tanı amaçlı ilk kardiyak katater işlemini gerçekleştirmiştir (Balcı, 2012; Gürlertop, 2014). 1950'li yılların başında X-Ray görüntülerinin kayıt altına alınması sağlandı (Gürlertop, 2014). 1964 yılında Charles Dotter tarafından ilk transluminal anjiyoplasti iliak arterlerde yapılmıştır. 1959 yılında Mason Sones, aortografi çekmek isterken yanlışlıkla sağ koroner arteri çekmiş ve ilk koroner anjiyografiyi yapmıştır (Balcı, 2012; Bayata ve Saraç, 2014; Börekçi, 2014; Gürlertop, 2014). Girişimsel kardiyolojinin doğmasına neden olan bu gelişmeden sonra; ilk periferik balon anjiyoplastiyi Dotter uygulamıştır. Amputasyon olması gereken yaşlı bir hastanın popliteal arterine balon işlemi yaparak bacağın iyileşmesi sağlanmış ve anjiyografinin tedavi amacı ile de kullanılabileceğini göstermiştir (Gürlertop, 2014). 1977 yılında Andreas Gruentzig tarafından perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ilk defa uygulandı (Özmen, 2008; Gürlertop, 2014). Sven Seldinger, Amplatz, Judkins gibi bilim adamları da geliştirdikleri teknik ve kataterlerle koroner anjiyografi için önemli katkılarda bulunmuşlardır (Gürlertop, 2014).

Türkiye’de ilk koroner anjiyografi Prof. Dr. Mehmet Özdemir tarafından yapılmıştır (Gürlertop, 2014). 1983 yılında Prof. Dr. Oral Pektaş ve Doç.Dr. Yalçın Sözütek tarafından Türkiye’de ilk kez koroner anjiyoplasti uygulanmıştır (Özmen, 2008).

Bu gelişmeler ile birlikte başlangıçta tek damar hastalığına uygulanan koroner anjiyoplasti, daha sonraları çoklu damar hastalığına da uygulanmıştır. Bu gelişmeler ile paralel olarak anjiyografi işleminde kullanılan; kılavuz tel, balon, katater gibi araçlar da modifiye edilmiş ve geliştirilmiştir.

Bütün bu gelişmelere rağmen Gül ve ark.’nın saptadığı verilere göre koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda restenoz oranı %39’dur (Bayülgen, 2015). Anjiyoplastinin en önemli komplikasyonu olan restenozu önlemek amacıyla koroner arterlere yerleştirilen tüp şeklinde metal yapılar olan stentler geliştirilmiştir. 2001 yılında Sausa ve ark. tarafından 30 vakalılık insan implantasyonu çalışmaları yayınlanmış ve koroner stent uygulamasında çığır açılmıştır. Metal(çıplak) stentlerde %20 olan restenoz sıklığı; ilaç kaplı stentlerin geliştirilmesi ile birlikte %5-10 seviyelerine indirilmiştir (Özmen, 2008).

2.2.2. Komplikasyon Görülme Durumu

Son yıllarda gelişen teknoloji ve işlemi yapanların tecrübesinin artması ile beraber komplikasyonların görülme sıklığı azalmıştır. Ancak invazif bir girişim olması sebebi ile koroner anjiyografi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar konusunda dikkatli olmak önem arz etmektedir (Balcı, 2012).

Olası komplikasyonları önleme ve erken tanı hemşirenin primer rolüdür (Gülsüm ve ark, 2014). Olası komplikasyonların önlenmesi, erken tanınması ve tedavisi hastanın iyileşmesini hızlandıran önemli faktörlerdir. Bu sayede hastane de kalış süresi kısaltılmakta, bakım yükü ve maliyeti azalmakta ve hasta memnuniyeti artmaktadır. Dolayısıyla hemşirelik bakımı kalitesi de artmaktadır (Gülsüm ve ark, 2014).

Koroner anjiyografi işlemi tecrübeli bir ekip tarafından yapıldığı takdirde mortalite ve morbiditesi düşüktür (Akın, 2014). Obezite, DM, ileri yaş, yakın zamanda geçirilmiş kalp krizi, düşük ejeksiyon fraksiyonu(EF), renal yetmezlik

ve kanama zamanı gibi değişkenlere göre olası komplikasyon riski artmaktadır (Tawakol ve ark., 2012; Bakan, 2016).

Koroner anjiyografi sonrası uygulama bölgesinde hematoma, ağrı, kanama, arteriyovenöz fistül, retroperitoneal hematoma ve kanama, enfeksiyon ve psödoanevrizma gibi periferik vasküler sorunlar ile birlikte kardiyak tamponad, aort diseksiyonu, kalp iletim bozuklukları, vazovagal reaksiyon, opak madde alerjisi, opak madde nefropatisi, inme gibi sorunlar görülmektedir (Özen ve Çelik, 2010; Beşli ve ark., 2013; Bayata ve Saraç, 2014; Gülsüm ve ark., 2014; Balcı, 2017).

Katırcıbaşı ve ark. (2004)'nın yaptığı çalışmaya göre perkutan koroner girişimler sonrası %0,9-%26,5 oranında periferik vasküler komplikasyonların görüldüğü belirlenmiştir. Antikoagulan tedavinin fazla uygulanması, femoral arterdeki giriş kataterinin gereğinden fazla süre bacakta kalması, obezite, kadın cinsiyet, 60 ve üzeri yaş, katater çekiminin özensiz olması ve bası süresinin çok uzun veya çok kısa olması gibi faktörler periferik vasküler sorunların ortaya çıkmasında önemli faktörlerdir (Özen ve Çelik, 2010).

Koroner anjiyografinin en önemli komplikasyonları olan ölüm %0.1'in altında, kalp krizi %0,05, inme ise %0,07 olarak gösterilmektedir. Oldukça seyrek görülse de majör komplikasyonlara karşı dikkatli olmak fayda sağlayacaktır (Bayata ve Saraç, 2014).

Restenoz oranı koroner anjiyoplastide %39, koroner çıplak stent implantasyonunda %20, ilaçlı stentlerde ise %5-10'dur (Buğan ve Çelik, 2014; Yeşildağ, 2014). Yapılan çalışmalarda restenoz görülme olasılığının ilk altı aydan sonra azaldığı gösterilmektedir (Özen ve Çelik, 2010).

Yapılan çalışmalarda perkutan koroner girişim sonrası kardiyak tamponad gelişimi %0,12, aort diseksiyonu gelişimi %0,02, ventriküler fibrilasyon(VF) oluşması sağ koroner arter girişimlerinde %4,6, sol koroner arter girişimlerinde %0.5 olarak bildirilmiştir (Özen ve Çelik, 2010).

Koroner anjiyografiden sonra oluşan komplikasyonlar en çok katater giriş yerinde görülen komplikasyonlardır (Bayata ve Saraç, 2014). Kataterin

çekilmesi sırasında damar üstüne yapılan bası ve ağrı nedeni ile vazovagal reaksiyon gelişebilir. Vazovagal reaksiyonu erken fark etmek adına katater çekimi sırasında nabız ve kan basıncı takip edilmelidir. Vazovagal reaksiyonların görülme sıklığı %0,1 ve %1,4 oranındadır (Balcı, 2012). Yine katater çekimi sonrası damara yeterli bası uygulanmamışsa işlem bölgesinde hematoma görülebilir (Özen ve Çelik, 2010). Hipotansiyon, ciltte solukluk ve taşikardi olan hastalar da retroperitoneal hematomdan şüphelenilmelidir. %0,12- %0,15 arasında görülme sıklığı olan retroperitoneal hematomda hasta çok ciddi bir şekilde kan kaybı yaşayabilir. Retroperitoneal hematoma şüphesi varsa hematokrit değeri takip edilmelidir (Balcı, 2012). Femoral artere giriş yerinin alt seviyesinden (femur başının alt seviyesi) yapılan girişime bağlı olarak femoral arter psödoanevrizması görülebilir. Taşikardi ve diyastolik kan basıncında ki düşme femoral arter psödoanevrizmasını düşündürebilmektedir. Cerrahi müdahale ile veya ultrasonografi yardımı ile tedavi edilmelidir (Özen ve Çelik, 2010; Balcı, 2012). Dışarı kanama, arter diseksiyonu ve arter-venöz fistül diğer lokal komplikasyonlardır (Balcı, 2012; Bayata ve Saraç, 2014).

Anjiyografinin bir diğer komplikasyonu olan kontrast madde alerjisi işlem sırasında damarları görüntüleme için kullanılan radyopak maddeye vücudun alerjik reaksiyon göstermesidir (Özen ve Çelik, 2010). Alerjik reaksiyonların gelişme riski %0,23 olarak bildirilmektedir (Çetin ve Özgül, 2014). Kontrast madde alerjisinin yanında kontrast maddeye bağlı akut böbrek yetmezliği de görülebilmektedir. Kontrast madde nefropatisi denen bu durumun 2004 yılında yapılan bir çalışmada görülme sıklığı %19 olarak gösterilmiştir. Ancak kontrast maddelerin zararlı etkileri zamanla azaltılmış ve görülme sıklığı risk faktörü olmayan hastalarda ortalama %1-2 olarak bulunmuştur (Özen ve Çelik, 2010; Bayata ve Saraç, 2014; Çetin ve Özgül, 2014). Yeni kontrast maddeler ile birlikte bradikardi görülme sıklığı da azalmıştır. Ancak vazovagal reaksiyon ile birlikte seyredilebilmektedir (Bayata ve Saraç, 2014).

Koroner girişim sonrası nadir görülen enfeksiyon; işlem sırasında steril tekniğe uyulmaması, katater çekimi esnasında aseptik tekniğe uyulmaması gibi faktörlere bağlı olarak gelişebilir. Yine nadir bir komplikasyon olan emboli ise koroner arterlerin içinde ki plağın yerinden oynatılması, işlem sırasında yetersiz

antikoagulan kullanımı, stentin balondan sıyrılması ve işlem sonrası hareket kısıtlılığına bağlı olarak gelişebilmektedir (Özen ve Çelik, 2010).

Bu komplikasyonların dışında, yapılan çalışmalarda koroner anjiyografi öncesi ve sonrasında hastalarda strese bağlı anksiyete gibi psikososyal sorunlar da görülebilmektedir (Ekiz ve Göz, 2005; Özen ve Çelik, 2010; Erdem ve ark., 2011; Balcı ve Enç, 2013; Demir ve Arslantaş, 2014).

2.2.3. Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi ülkemizde yaygın olarak kullanılan bir girişim olsa da henüz halk bu konuda yeterli bilgiye sahip değildir. İşlem özellikleri tam olarak bilinmediği için hasta ve ailesinde merak uyandırmaktadır. Bu yüzden koroner anjiyografi olan hastalar da hemşirelik bakımı ile taburculuk eğitimi oldukça önem arz etmektedir (Bakan, 2016).

2.2.3.1. Koroner Anjiyografi Öncesi Hemşirelik Bakımı

Koroner anjiyografi öncesi farklı uygulamalar olsa da genelde 4-12 saat önce oral alım kısıtlanmaktadır (Özen ve Çelik, 2010). 2011'de yayınlanan Amerikan Anestezi Derneği Kılavuzu; koroner anjiyografiden 6 saat önce gıda alımının kesilmesini, 2 saat önceye kadar ise oral su alımının devam edebileceğini önermektedir (Bakan, 2016). Yine işlem öncesi hastanın kan ve idrar tetkikleri tamamlanmış olmalı, EKG ve akciğer grafisi çekilmiş olmalı, işlem yapılacak arterin enfeksiyon ve dolaşım açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Sterilizasyon ve işlem kolaylığı açısından girişim yapılacak bölgenin temizliği kontrol edilmeli, özellikle femoral arter kullanılacak ise bu bölgenin tıraş edilmesi gerekmektedir. İşlem sırasında hastaya ilaç verilmesi gerekebileceğinden intravenöz (IV) yolu açık tutulmalıdır. İşlem öncesi hayati bulgular kayıt edilmeli, özellikle kan şekeri ve kan basıncı yakından takip edilmelidir (Özen ve Çelik, 2010). Hastanın sürekli kullandığı ilacı varsa bu konuda hekimin hastaya bilgi vermesi gerekmektedir. Koroner anjiyografide kullanılan opak maddeler iyot içerdiği için, hastanın iyot alerjisi olup olmadığı sorgulanmalı, başka alerjiler varsa kayıt altına alınmalı ve kurum politikasında belirlenmiş renkte hasta bilekliği takılmalıdır (Bakan, 2016).

Hasta hazırlanırken; hasta önlüğü giydirilmeli, özellikle göğüs kısmında görüntüyü engelleyebilecek metal aksesuar bulundurulmamalı, gözlük, protez, işitme cihazı kullanıyorsa işlem sırasında da izin verilmeli ancak takma dişlere izin verilmemelidir. Kurumun politikalarına uygun bilgilendirilmiş onam formları imzalatılmalıdır. Kanama riskini arttıran durumlar, komplikasyon riskini arttıran obezite, diyabet, böbrek yetmezliği gibi durumlar mutlaka belirlenip buna uygun hemşirelik bakımı planlanmalıdır (Yeşildağ, 2014; Bakan, 2016; Ahraz, 2018).

Koroner anjiyografi içinde barındırdığı bilinmezlikler sebebi ile hastalarda ölüm korkusu ve anksiyeteye neden olmaktadır (Demir ve Arslantaş, 2014). Yapılan bir çalışma da KAH ile depresyon ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Sünbül ve ark., 2013). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki; işlem öncesi hastaya bilgi verilmesi, fiziksel gereksinimlerin karşılanması ve bireylerin hastalıkları üzerinde kontrollerinin arttığını hissetmeleri anksiyeteyi azaltmaktadır. Anksiyetenin azaltılması ile birlikte işlem öncesi ve sırası yaşanabilecek olumsuzluklar azaltılmakta, sedasyon kullanımı azalmakta ve bireyin hastane de kalış süresi kısaltılmakta dolayısı ile bakım maliyetlerinin düştüğü görülmektedir (Ekiz ve Göz, 2005; Özen ve Çelik, 2010; Balcı ve Enç, 2013; Demir ve Arslantaş, 2014; Polat, 2018). Hasta katater laboratuvarına alınmadan önce genelde sorular sormaktadır. Bu sorular cevaplandırılmalı, hastanın anlayabileceği kadarı ile işlem özellikleri anlatılmalı, özellikle lokal anestezi ve sheat yerleşimi öncesi ağrı yaşayabileceği konusunda bilgilendirilmeli, göğüs ağrısı, baş dönmesi gibi rahatsız edici deneyimler yaşadığında bunları söylemesi gerektiği anlatılmalıdır (Yeşildağ, 2014; Bakan, 2016).

2.2.3.2.Koroner Anjiyografi Sırasında Hemşirelik Bakımı

Hasta monitörize edilerek oksijen saturasyonu, EKG, kan basıncı gibi parametreler izlenmeli, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, alerji gelişimi takip edilmelidir. Sterilizasyona harfiyen uyulmalı, enfeksiyon gelişimi önlenmelidir. İşlem sırasında komplikasyonlara ve alerjik reaksiyonlara hazırlıklı olunmalı,

kullanılabilecek ilaçlar kontrol edilmeli ve hazır tutulmalıdır (Özen ve Çelik, 2010; Bakan, 2016; Ahraz, 2018).

2.2.3.3.Koroner Anjiyografi Sonrası Hemşirelik Bakımı

Perkutan koroner girişimler sonrası olası komplikasyonları erken tanılamak ve tedavi etmek, hastanın iyileşme sürecini hızlandırmak ve taburculuk eğitimi vermek tedavi ve bakımın amacıdır.

İşlem sonrası EKG çekilmeli, hayati bulgular takip edilmeli ve kayıt edilmelidir. Hastanın mahrumiyeti korunmalıdır. Hemşire katater çekimi sırasında ağrı ve buna bağlı gelişebilecek olan vazovagal reaksiyona karşı hazırlıklı olmalıdır. Özellikle sheat çekiminden sonra ilk iki saatte 15 dakikada bir kanama kontrolü, hematoma, hayati bulgular ve koagülasyon takibi yapılmalı, renal fonksiyonların değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın periferik nabızları kontrol edilmelidir. İşlem bölgesinin kanama, hematoma, psödoanevrizma gibi komplikasyonları önlemek için sık takip edilmesi gerekmektedir. Sheat çekiminden sonra hastaya 4-6 saat bacağına oynatmaması, kum torbası konulmuş ise neden konulduğu anlatılmalıdır. Yapılan çalışmalar sonucu kum torbası önerilmemekte, erken mobilizasyon önerilmektedir (2-4 saat). Bu süre zarfında eğer femoral arter kullanılmış ise bacağın bükülmemesi ve yataktan kalkılmaması konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Femoral bölgede ki sheat çekimi sonrası hastaların yarısından fazlası işlem yerinde ağrı ve rahatsızlık yaşamaktadır. Hasta işlem sonrası 4-6 saat süre ile yatağa bağımlı olacağından oluşabilecek ağrı ve anksiyeteye dikkat edilmeli, hastanın yatağa bağımlı olduğu süre boyunca oluşabilecek ihtiyaçlarını gidermesinde hastaya destek olunmalıdır (Özen ve Çelik, 2010; Bakan, 2016). Hastanın anksiyete durumuna göre ve doktor istemine göre sedasyon verilebilir ya da nonfarmakolojik yöntemler ile hasta rahatlatılmaya çalışılmalıdır (Bakan, 2016; Ahraz, 2018). İşlem sırasında verilen opak maddenin dışarı atılması için hastanın bol sıvı alması gerektiği anlatılmalıdır (Bakan, 2016).

Hasta taburcu olurken hasta ve ailesine taburculuk eğitimi verilmesi önemlidir. Olası komplikasyonları hastanın fark etmesi, böyle bir durumda en yakın sağlık kuruluşuna başvurması, ilaçlarını düzenli kullanması, özellikle

kasığa tampon yapılmışsa ne zaman çıkaracağı ve ne zaman düş alacağı, ilk bir hafta ağır iş yapmaması gerektiği, öksürme, kusma ya da defakasyon esnasında hastaların işlem bölgesine nasıl bası yapacakları konularında hasta ve ailesi mutlaka bilgilendirilmelidir. Arter kapama cihazı kullanılmışsa dört gün yüzme, banyo gibi uygulamalardan hastalar kaçınmalıdır (Özen ve Çelik, 2010; Bakan, 2016).

Hemşire taburculuk eğitimini vererek; danışmanlık rolünü gerçekleştirir, hastanın fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılar, yaşam biçimi değişiklikleri ve hastalığa uyum sürecini hızlandırır ve hastanın kaliteli bir yaşam seviyesine ulaşmasına yardım eder (Özen ve Çelik, 2010).

2.3. Hasta Eğitimi

Hasta eğitimi kavramından önce öğrenme kavramının bilinmesi önemlidir. Öğrenme, doğumdan ölüme kadar süren, davranış ve düşüncelerde kalıcı değişiklikler oluşturan bir süreçtir. Öğrenme süreci ışığında, sağlıklı/hasta birey eğitiminde, hemşirenin öğrenme kuramlarını kullanması önemlidir. Öğrenmenin gerçekleşme süreci, bireyin öğrenme durumunun farklılık gösterdiğini bilerek buna uygun eğitim süreci planlama, bireye özgü araç-gereç kullanılması ve öğretim tekniklerini kullanarak planlı bir sağlıklı/hasta birey eğitimi yarar sağlamaktadır (Işık ve Şenyuva, 2009).

Bütüncül bakımın ayrılmaz bir parçası olan hasta eğitimi; uygun araç-gereç ve öğretme teknikleri ile kişiye özgü sağlık eğitimi vererek temelde bireyin, ailenin ve toplumun yaşam kalitesini arttıran, sağlığın gelişmesi ve hastalıktan sağlık haline kavuşma amaçları ile kalıcı davranış değişikliklerini birey, aile ve topluma kazandırmayı amaçlayan bir süreçtir (Akçin, 2000; Bayat, 2005; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Öztürk ve ark., 2011). Hasta eğitimi farklı şekillerde tanımlanabilmektedir. Ancak bütün tanımlamaların temelinde hastaya doğru sağlık davranışı kazandırma ve hastaların kazandıkları davranışı uygulaması vardır (Avşar, 2006; Atak, 2006; Öztürk ve ark., 2011).

Hasta eğitiminin amaçları üç ana bileşen altında toplanmaktadır. Bunlar; sağlık halinin devamı ve hastalıklardan korunma, sağlık haline tekrar ulaşmak ve

hastalıklar ile baş etmektir. Bu amaçlar aynı zamanda hemşireliğin de temel amaçları arasında yer almaktadır. Bu sebeple her bir hemşirenin iyi bir sağlık eğitimsi olması gerekmektedir (Bayat, 2005; Avşar, 2006).

Hasta eğitiminde amaç;

- Sağlık halini devam ettiren alışkanlıklar kazandırma,
- Hastalık halinden sağlıklı olma durumuna götürecektir yaşam kurallarını öğretme,
- Özellikle kronik hastalıklarda azalan yaşam kalitesini yükseltme,
- Hasta ve yakınlarının tedavi sürecinin içine girmesini sağlama,
- Hasta ve yakınlarının hastalıklar ile fiziksel ve psikolojik olarak başa çıkmasını sağlama,
- Bakım masraflarının azaltılması,
- Hasta memnuniyetinin artması,
- Hastane de yatış süresini kısaltmak,
- Yeniden hastaneye başvuruyu önlemek,
- Morbidite ve mortalitenin azaltılması,
- Hastaların otonomilerinin artırılması,
- Evde bakımı sürdürmek,
- Hastayı öz-bakımı konusunda motive etmek,
- Hasta ve ailesinin sağlık ve sağlık bakımı konularında otonomilerini arttırmak,
- Birey ve toplumun sağlığın değeri konusunda farkındalığını arttırmak,
- Bireyin bağımsızlığını geliştirmektir (Akçin, 2000; Avşar, 2006; Şenyuva ve Taşocak, 2007; Babacan, 2008; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Öztürk ve ark., 2011).

Yukarıda ki maddeler ışığında; hasta eğitiminde asıl amaç hastaya sadece bilgi aktarmak değil, bu bilgiyi kullanarak uygun davranış tutumlarını kazanmasını sağlamaktır (Bayat, 2005; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Öztürk ve ark., 2011).

Hasta eğitimi sağlık halinin devamı ve hastalıklardan korunma, sağlık haline tekrar ulaşmak ve hastalıklar ile baş etme amaçlarına uygun olarak; yeniden yatışların azalmasında, maliyetlerin düşürülmesinde, komplikasyonların azaltılmasında, mortalite ve morbiditenin azalmasında, hasta otonomilerinin artırılarak hastaların öz bakım uygulamalarını geliştirmesinde, hastalara istendik ve yararlı tutum ve beceri kazandırılmasında, iyileşmenin daha kısa sürmesi gibi konularda hemşirelik bakımı içerisinde yarar sağlamaktadır. Bu sebeple son yıllarda literatürde hasta eğitiminin önemi sıklıkla vurgulanmıştır (Bayat, 2005; Avşar, 2006; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Öztürk ve ark., 2011).

Hemşirelerin sağlık kuruluşları içerisinde, bireyi sosyal, fiziksel, psikolojik ve çevre gibi farklı boyutları ile birlikte ele alan, bireyle en çok etkileşim içinde olan meslek grubu olması sebebi ile hasta eğitimi içerisinde ki rolü oldukça önemlidir (Akçin, 2000, Avşar, 2006; Babacan, 2008; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Alkan, 2016).

Hasta eğitimi; profesyonel hemşirenin yasa ve yönetmelikler ile belirtilen eğitici rolü kapsamında değerlendirilmektedir (Akçin, 2000; Yetkin, 2002; Akçin, 2006; Şenyuva ve Taşocak, 2007; Babacan, 2008; Polat, 2018). Aynı zamanda hemşirenin yasal sorumluluğu olan hasta eğitimi, hasta hakları içerisinde yer almaktadır (Babacan ve Alıcı, 2008; Öztürk ve ark., 2011). Dünya Sağlık Örgütü de hemşirelerin eğitim rollerini uygulaması ile birlikte hasta ve ailesinin eğitimini desteklemektedir (Bayülgen, 2015).

Hemşirenin iyi bir eğitimci olması için bilgi ve tecrübeye gereksinimi vardır (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Hasta eğitiminde hemşire, bilgi ve becerilerini değerlendirerek sürekli geliştirmeli, bu bilgileri hastanın sosyo-ekonomik düzeyini ele alarak uygun şekilde hastaya vermeli, sonuçları değerlendirmeli ve bütün bunları sürekli, kayıt altında ve ekip işbirliği içerisinde yapmalıdır (Yetkin, 2002).

Hasta eğitimi sistemli, sorun çözümleyici ve nitelikli şekilde düzenlenmelidir (Akçin, 2006). Gelişmiş ülkelerde sağlık kavramı içinde önemli bir yer tutan sağlıklı/hasta birey eğitimi, ülkemizde sistemli ve planlı bir zemine henüz oturtulamamıştır. Yapılan bir çalışma da hemşirelerin günlük rutin

işlerinde hasta eğitiminin %25,9 ile beşinci sırada olduğu görülmüştür (Babacan ve Alıcı, 2008). Oysaki sistemli ve planlı bir şekilde verilen hasta eğitiminin bireyin sağlık-hastalık tutumunu ve sağlıkları ile ilgili karar alma sürecini olumlu etkilediği, hastalıklara karşı baş etme yeteneklerini arttırdığı, hastanın öz-bakım gücünü pozitif yönde etkilediği, hastalığa bağlı korku ve anksiyeteyi azalttığı, komplikasyonların azaldığı, hastanede yatış süresinin kısaldığı, hastalık tedavisine olumlu etki ettiği ve mevcut ağrıların azaldığı bilinmektedir (Avşar, 2006; Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Yılmaz (2000)'in çalışmasında da ameliyat öncesi hasta eğitimin ameliyat sonrası komplikasyonları azalttığı ve yatış süresini kısalttığı görülmüştür. Yine Hindistan ve Ergüney (2008)'in romatoid artritli hastalar ile yaptığı çalışma da verilen eğitimin, hastaların ağrı düzeyini, yardım arama tutumlarını ve psikolojik belirtilerini azalttığı görülmüştür.

Ülkemizde yapılan çalışmalar hemşirelerin eğitici rollerini yeterince gerçekleştirmediklerini ya da verilen eğitimi kaydetmediklerini göstermektedir (Erdem ve Ergüney, 2005; Avşar, 2006; Akçin, 2006; Avşar ve Kaşıkçı, 2009; Polat, 2018). Yapılan bir çalışma da hemşireler; %33 oranında hasta eğitimi verdiğini, %52,3'ünün kısmen verdiğini, %14,7'sinin ise hasta eğitimi vermediğini ifade etmişlerdir (Yetkin, 2002). Ancak yapılan başka bir çalışma da ise hemşireler, %93,2 oranında hasta eğitimi yaptığını belirtmiştir (Akçin, 2000). Ancak hemşirelerin yapılan eğitimi kaydetmediği (%98,4) bulunmuştur (Avşar, 2006).

Hasta eğitiminin yapılmama sebepleri;

- İş yoğunluğu,
- Yetersiz eğitim,
- Hastane de eğitim vermeye uygun ortamın olmaması,
- Materyal eksikliği,
- Rutin bakımın içinde hasta eğitiminin yer bulamaması,
- İmkânsızlık,
- Çalışma şartlarının elverişli olmaması,
- Denetleme mekanizmasının olmayışı,
- Meslek örgütler ve mesleksel dergi üyeliklerinin yetersizliği,

- Hastane idaresinin tutumu,
 - İş yükü,
 - Zaman yetersizliği,
 - Hastanın sosyo-kültürel seviyesinin düşüklüğü,
 - Sağlık personelinin motivasyonu ve inancı,
 - Sağlık politikaları,
 - Hastanın tutum ve motivasyonu,
 - Hastalığa bağlı ağrı, anksiyete ve depresyon,
 - Hastanın eğitim alacak fiziksel ve psikolojik durumunun olmaması
- (Akçin, 2000; Babacan, 2008; Avşar ve Kaşıkçı, 2009).

İş yükü (%82,1) ve zaman yetersizliği (%75,6) gibi dış faktörler hemşireler tarafından hasta eğitimine engel konularda birinci sıraya koyulurken; hasta eğitiminde bilgi yetersizliği (%11,1) ve öğretme becerilerinin yeterli seviye de olmaması (%11,4) gibi hemşire kaynaklı sorunların alt sıralarda yer alması önemlidir. Bu da hemşirelerin hasta eğitimi konusunda kendilerini yeterli gördüklerini ancak çevresel faktörler yüzünden hasta eğitimini sağlıklı veremediklerini düşündüklerini göstermektedir (Babacan, 2008).

Hemşirelerin hasta eğitimini yaygınlaştırması için önerileri;

- Hizmet içi eğitim,
- Kaynak temini,
- Yeterli hemşire sayısı,
- Hemşirelik okullarının destek olması,
- Hemşirelerin bireysel çaba göstermesi,
- Eğitim için uygun mekân ve zaman ayrılması,
- Kongre, sempozyum gibi bilimsel faaliyetlere hemşirelerin katılımının desteklenmesi gibi öneriler getirmişlerdir (Yetkin, 2002).

Yukarıda ki önerilere benzer olarak lisans mezunu hemşirelerin, lisans mezunu olmayan hemşirelere oranla hastanın ailesinden daha fazla veri topladıkları görülmüştür. Yine klinikte çalışan hemşire sayısı arttıkça bireye özgü hasta eğitiminin arttığı görülmüştür (Avşar, 2006).

Yapılan bir çalışma da hemşirelerin %73 oranında hasta eğitimi bilgi ve becerilerini hemşirelik öğreniminde kazandığı bulunmuştur. Temel hemşirelik eğitiminde, öğrenci hemşirelere iletişim, öğretim yöntemleri gibi eğitimlerin verilmesi profesyonel hemşirelik sürecinde hasta eğitimi uygulamalarında yarar sağlayacaktır (Babacan, 2008). Yapılan başka bir çalışma da bu oran %58,5'dir. Kısmen aldığını söyleyenler ise %36,2'dir (Yetkin, 2002). Birol ve ark. tarafından 1997 yapılan araştırmaya göre bu oran %92,8'dir. Yapılan başka bir çalışma da hemşirelerin etkili iletişim ve kişilerarası iletişim becerileri geliştirmesinin hasta üzerinde olumlu etkiler bıraktığı belirtilmiştir. Tüm bu sonuçlar karşılaştırıldığında hemşirelerin mesleki eğitim sürelerinde hasta eğitimi konusunda bilgi aldığını, hemşirelik okullarının bu konuya önem verdiğini göstermektedir. Aynı şekilde hemşirelerin de hasta eğitimi konusunu önemsendiği ancak sayılan sebeplerden ötürü hasta eğitimi çalışmalarını yeterli seviyeye getiremedikleri görülmüştür (Yetkin, 2002; Babacan, 2008; Bingöl ve Demir, 2011; Polat, 2018). Tüm bu verilere rağmen başka çalışmalarda hemşirelerden eğitim aldıklarını belirten hasta oranının düşük çıkması düşündürücüdür (Yetkin, 2002; Öztürk ve ark., 2011).

2.3.1. Hasta Eğitim Süreci

Hasta eğitim süreci, öğretme-öğrenme süreci ile veri toplama, tanı koyma, uygulama, değerlendirme aşamaları olan, hastaya istendik davranışları kazandıran ve sağlık bilincini hasta ve ailesinde oluşturmayı amaçlayan bir süreçtir (Uzun, 2000; Bayar, 2005; Demirkıran, 2011).

Hasta eğitim süreci, hemşirelik bakım süreci ile paralel giden ve hemşirelik bakım sürecinin içinde yer alan bir süreçtir. Hastanın bakım gereksinimleri saptanırken bunun yanında hastanın öğrenim gereksinimleri de saptanmalıdır. Örneğin; koroner anjiyografi sonrası hareket kısıtlılığı, giriş yerinin bakımı, koroner anjiyografi de saptanan tanılar ışığında diyet kısıtlaması, ilaç kullanımı ve ev de bakım süreci gibi kavramlar hasta ve ailesinde kafa karışıklığı ve anksiyeteye neden olabilmektedir. Yeni tutum, davranış ve bilgi içeren bu sürece hasta ve ailesinin hızlı uyumu ve anksiyeteyi giderme konusunda hemşirenin hasta ve ailesine hasta eğitim süreci ışığında eğitim vermesi gerekmektedir.

Hasta bakım süreci içerisinde hasta ve ailesinin bilgi gereksinimine uygun bir veri saptanıp, tanı konulduğunda hasta eğitim süreci, hasta bakım sürecinin bir parçası olur ve hasta eğitim süreci de aynı şekilde planlanmalıdır. Hasta eğitim süreci; veri toplama, tanı koyma, planlama, uygulama ve değerlendirme basamakları ile beş basamaklı bir şekilde planlanmalıdır (Akçin, 2000; Bayat, 2005; Öztürk ve ark., 2011).

2.3.1.1. Eğitim Gereksinimlerini Saptamak İçin Veri Toplama

Eğitim sürecinin ilk aşaması olan veri toplama sürecinde hasta, hasta ailesi, hemşirelik kayıtları ve diğer sağlık ekibi üyelerinden bilgi olarak veriler toplanır. Yapılan bir çalışma da hemşirelerin hasta harici kaynaklardan veri toplama oranının istendik düzeyde olmadığı görülmüştür. Bu durumda hasta eğitimi öncesi düzgün bir hazırlık yapılmadığı sonucu çıkmaktadır (Avşar, 2006; Babacan, 2008).

Hastanın bakım gereksinimleri saptanırken aynı zaman da eğitim gereksinimleri de saptanmalıdır. Özellikle hastanın hangi konularda problem yaşadığı, hasta ve ailesinin öğrenme isteği, hasta ve ailesinin sosyokültürel düzeylerinin öğrenilmesi, hasta ve ailesinin yaşam biçimi, bilgi düzeyi, hastalığa karşı uyumu, öğrenme ortamı ve öğrenme yolunu tespit etmek önemlidir. Eğitimin verimli bir sürede gerçekleşmesi için özellikle hasta gereksinimleri bilinmeli ve burada ki veriler ışığında eğitim, önem konularının sırasına göre sistematik ve planlı bir şekilde gerçekleştirilmelidir (Akçin, 2000; Bayat, 2005; Akçin, 2006; Avşar, 2006; Babacan, 2008; Kaya, 2009; Demirkıran, 2011 ; Öztürk ve ark., 2011).

Yetişkin hastanın öğrenim gereksinimleri belirlenirken öncelik hastanın kendisi olmalıdır. Hastanın hangi konulara önem verdiği; örneğin ilaç kullanımı gibi bir konuda ki bilgi düzeyi gibi verileri, bireyin kendi değerlendirmeleri ile saptamak kaliteli eğitim süreci için önemlidir. Bununla birlikte öğrenim gereksinimleri hastanın tutum ve davranışlarından da anlaşılabilir (Bayat, 2005).

Hastanın hastanede yatış süresi boyunca öğrenim gereksinimleri değişebilmektedir. Bu sebeple veri toplama süresi hasta birey ve ailesi ile ilk karşılaştığı andan itibaren başlar ve hasta taburcu olana kadar devam etmelidir. Hastanın anjiyografi öncesi, hemen sonrası ve taburculuk zamanına yakın öğrenim gereksinimlerini ayrı ayrı saptamak gerekmektedir. Örneğin taburculuk eğitimi verilecek ise; hasta gereksinimleri hasta taburcu olmaya yakın belirlenmeli ve taburculuk eğitimi buna uygun planlanmalıdır (Bayat, 2005; Babacan, 2008).

Hasta eğitimi öncesi doğru veri toplama, eğitimci hemşireyi doğru tanıya ve dolayısıyla başarılı bir eğitime ulaştırma da anahtar role sahiptir. Veri toplama eğitimci hemşirenin gözlem yeteneği, iletişim düzeyi ve tecrübesine bağlı olarak değişebilmektedir (Avşar, 2006; Babacan, 2008).

2.3.1.2. Eğitim Sürecinde Tanı Koyma

Toplanan veriler ışığında hastanın bilgi konusunda eksik yönleri saptanmaktadır. Hastanın öğrenim gereksinimlerini bilmek; tanı koyma aşamasında doğru tanıyı bulma konusunda önemlidir. Hemşire kendi deneyim, bilgi ve mantık gücü ile elde edilen verileri gruplandırarak hastanın özel eğitim gereksinimlerini belirler. Koroner anjiyografi sonrası bu aşama da konulan tanı genellikle “Bilgi Eksikliği” olmaktadır (Akçin, 2000; Avşar, 2006; Kaya, 2009; Taşocak, 2009). Bilgi eksikliği tanısı öğrenmenin üç alanı olan bilgi, tutum ve davranışlara göre belirlenebilmektedir (Akçin, 2000; Bayat, 2005).

2.3.1.3. Hasta Eğitiminde Planlama

Hasta öğrenim gereksinimlerine uygun olarak konulan hemşirelik tanısından sonra eğitim verecek hemşire eğitim sürecinin amaçlarını planlar ve buna uygun olarak hastaya özgü eğitim planı oluşturur. Eğitim planı oluşturulur iken hasta ve ailesinin öğrenim gereksinimlerine göre planlanan eğitim daha verimli sürede ve daha işe yarar şekilde gerçekleşecektir (Akçin, 2000; Bayat, 2005; Kaya, 2009).

Bu aşamada; hasta eğitimine yönelik gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirlenmeli, hasta ve ailesinin öğrenme gereksinimlerini kullanarak öncelikler belirlenmeli, hasta eğitimi yapılacak uygun zaman, süre ve ortam ayarlanmalı,

yine hastanın öğrenme tutumu belirlenerek kullanılacak öğretim metodu, hasta eğitiminde kullanılacak çeşitli araç-gereç, materyal ve kaynaklar belirlenmelidir (Bayat, 2005; Akçin, 2006; Avşar, 2006; Babacan, 2008; Öztürk ve ark., 2011). Babacan (2008)'in çalışmasında hemşirelerin yazılı eğitim planı oluşturmadığı, uygun araç-gereç seçmediği ve hemşirelik planına hasta eğitimini katmadığı belirtilmiştir.

Planlama aşamasında hedeflenen sonuç ölçülebilir ve gözlenebilir kriterlere dayandırılmalıdır (Bayat, 2005; Avşar, 2006; Babacan, 2008). Hasta mobilizasyonu sonrası ortostatik hipotansiyon oluşmaması ölçülebilir ve gözlenebilir bir hedef olarak örnek gösterilebilir. Eğitim sonundaki hedefler belirlendikten sonra bu sonuca ulaşma da hemşireye yardımcı olacak bireye özgü öğretim metodu belirlenmelidir. Öğretim metoduna hasta ile birlikte karar verilmesi; hastanın daha hızlı rehabilite olması ve kalıcı davranışlar kazanmasında kaliteli hasta eğitiminin içinde yarar sağlamaktadır (Bayat, 2005).

2.3.1.4. Eğitim Sürecinde Uygulama

Hasta eğitiminin hasta tarafından anlaşılabilmesi ve hastada öğrenilen bilgiyi yaşam değişikliği davranışlarına dönüştürebilmesi için hasta ve ailesinin entelektüel seviyesine uygun yaklaşım sergilenmeli, kullanılan dil anlaşılabilir olmalı ve hemşire etkin iletişim tekniklerini kullanabilmelidir. Eğitim veren hemşirenin bu konular da uzmanlaşması için bilgi ve tecrübeye ihtiyacı vardır (Akçin, 2006; Avşar, 2006).

Hasta ailesini de kapsayacak şekilde yapılacak eğitim de uygun ortam ve zamanı ayarlamak önemlidir. Hastanın ağrı ve diğer yönlerden daha rahat ve öğrenmeye istekli zamanını seçmek eğitimin kalitesini arttıracaktır. Buna paralel olarak yine hasta ve ailesinin özelliklerini göre seçilecek broşür gibi eğitim araç gereçleri de eğitim kalitesine yarar sağlayacaktır. Hemşirenin bilgi ve becerisine göre düz anlatım, soru-cevap, rol yapma gibi öğretim teknikleri kullanılabilir (Uzun, 2000; Bayat, 2005; Demirkıran, 2011; Taşocak, 2009; Öztürk ve ark., 2011).

2.3.1.5. Hasta Eğitim Sürecinde Değerlendirme

Belirli ölçütler doğrultusunda hasta eğitiminden sonra mutlaka hasta eğitimi değerlendirilmesi yapılmalıdır (Akçin, 2006; Avşar, 2006; Öztürk ve ark., 2011). Hasta eğitiminde planlama aşamasından belirlenen amaçlar aynı zamanda eğitimin sonuçlarıdır. Değerlendirme aşamasında bu amaçlara ulaşıp ulaşılmadığına bakılmalıdır (Bayat, 2005).

Değerlendirme aşamasında amaç; eğitim sonunda hasta ve ailesinden elde edilen verilere bakarak hasta eğitim süreci başında belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı, öğrenim hedefleri ile karşılaştırarak verilen eğitimin etkinliğinin belirlenmesi, hemşirenin kendi eğitim yeteneklerini ölçmesi, eğitimde ki aksaklıkların giderilmesi olmalıdır (Akçin, 2006; Avşar, 2006; Demirkıran, 2011).

Hasta değerlendirilmesi gözlenebilir ve ölçülebilir olmalıdır. Bu şekilde yapılan değerlendirme ile eğitimin başarısı, eğitimin eksik kalan tarafları ve istedik davranış kazandırma başarısı daha rahat şekilde ölçülebilir. Ancak yapılan bir çalışmada hemşirelerin değerlendirme aşamasında herhangi bir ölçüm tekniğine başvurma durumlarını düşük (%24,4) olarak göstermiştir (Avşar, 2006).

Babacan (2008)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin sağlık eğitimlerinin değerlendirilmesini hasta ve yakınlarından ve sağlık ekibinin diğer üyelerinden talep etmediği görülmüştür. Eğitimin değerlendirilmesi hemşire ve hasta tarafından ayrı ayrı yapılmalıdır. Bu şekilde yapılan değerlendirme ile eğitim sürecinin hasta ve ailesi tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı daha net şekilde ortaya çıkacaktır (Bayat, 2005). Eğitim Sürecinin her aşamasında yapılan değerlendirme; eğitimin başarısı, hasta ve ailesine yararı gibi verileri sağlamakta ve diğer hemşirelere örnek oluşturacak sonuçları çıkarma da yarar sağlamaktadır (Akçin, 2000; Babacan, 2008; Kaya, 2009). Değerlendirme süreci sonunda eğitimin eksik yönleri tamamlanarak gerekirse hasta eğitimi tekrarlanmalıdır (Bayat, 2005; Akçin, 2006).

Hemşirenin temel sorumlulukları içerisinde yer aldığı için değerlendirme aşamasında hasta eğitimini kayıt altına almak zorunludur (Akçin, 2000; Avşar, 2006; Babacan, 2008; Kaya, 2009).

Tüm bu bilgiler ışığında planlanan hasta eğitim süreci; sağlık halinin devamı ve hastalıklardan korunma, sağlık haline tekrar ulaşmak ve hastalıklar ile baş etme olan hasta eğitim amaçlarına ulaşma konusunda yarar sağlayan bir süreçtir (Bayat, 2005).

Sonuç olarak hasta Eğitim Süreci'nde;

- Eğitim süresini verimli kullanmak ve çok uzun tutmamak,
- Hasta eğitiminde kültürel özellikleri dikkate almak,
- Eğitimi hastaya özgü planlayarak uygun öğretim yöntem ve teknikleri ile uygun araç-gereç kullanmak,
- Eğitim esnasında soru sorulmasının teşvik edilmesi, hasta ve ailesinin geri bildirimlerinin alınması ve olumlu geri bildirim verilmesi,
- Çocuk ve yaşlılarda özel yöntemler kullanılması.
- Uygun ortam ve zaman belirlenmesi
- Hasta öğrenim gereksinimlerinin saptanması,
- Sistemik, akılcı ve bilimsel bir eğitim planı hazırlanması,
- Ölçülebilir ve gözlenebilir bir değerlendirme yapılması,
- Hemşirenin eğitim yöntemleri açısından kendisini geliştirmesi yarar sağlayan maddelerdir (Uzun, 2000; Taşocak, 2003; Bayat, 2005; Akçin, 2006; Şenyuva ve Taşocak, 2007; Kaya, 2009; Demirkıran, 2011).

Tüm bu bilgiler ışığında ve yapılan çalışmalar da hemşirelerin hasta eğitimi konusunda tam olarak istenilen düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Hemşirelerde hasta eğitiminin önemi konusunda farkındalık olduğu ancak hemşirelerin planlı ve sistemli hasta eğitim sürecini uygulamadıkları dolayısı ile hasta eğitimini hasta bilgilendirmesinin ötesine taşıyamadıkları düşünülmektedir. Bu sebeple hasta eğitim süreci hemşireler tarafından bilinmeli ve klinikler de bilimsel bir yaklaşım olarak bakıma entegre edilmelidir (Babacan, 2008).

2.3.2. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi, hastanın hastaneden çıktıktan sonra ki bakımını sürdürebilmesi, olası komplikasyonları erken fark edebilmesi, hızlı rehabilitasyon, hastaneye yatışın tekrarlanmaması ve hasta ve ailesinin sağlık tutum ve davranışlarını arttırmak için hazırlanan bir süreçtir (Yalçın ve ark., 2015). Genel olarak taburculuk eğitimi hasta hastaneden taburcu olmadan önce başlatılan eğitimidir (Karadağ, 1998). Hastanın tedavisini olduktan sonra evde kendi ihtiyaçlarını karşılaması, olası komplikasyonları erken fark etmesi ve tedavinin devamlılığının sağlanması açısından taburculuk eğitimi oldukça önemlidir (Demirkıran, 2011; Tan ve ark., 2013).

Literatürde sürekli ve sistemli hasta eğitiminin; uygun araç-gereç, ortam ve standartlarının olması, hemşirelerin hasta eğitiminin önemine inanmaları ve hasta eğitiminin hasta gereksinimlerine uygun bir plan çerçevesinde ele alınması ile mümkün olacağı vurgulanmaktadır (Akçin, 2006). Hasta bireylerin hastanede kalış süreleri boyunca, ilk yatışlarından taburcu olana dek ve taburcu olduktan sonra mevcut durumlarına adaptasyon ve hızlı iyileşmeleri için gerekli bilgi ve davranışlarının belirlenmesi, uygun bilgilendirme ile bu bilgi ve davranışlarda ki eksikliklerin giderilmesi kaliteli hasta bakımı için önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların bilgi gereksinimlerinin tam olarak karşılanmadığı gösterilmektedir. Bu sebeple taburculuk sonrası tam iyileşme uzamakta, komplikasyonlar artmakta ve hastaya doğru ve kaliteli bakım verilememektedir (Demirkıran, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015; Çetinkaya ve Aşiret, 2017). Taburculuk sonrası oluşan bir çok komplikasyon hastaların yeterince bilgilendirilmemesi ve uygun becerilerin kazandırılmaması sebebi ile ortaya çıkmaktadır (Güçlü ve Kurşun, 2017).

Yine literatürde etkin zaman kullanamamanın sebepleri arasında; hemşirelerin hastalara bilgi verdiği konular ile hastaların bilgi almak istediği konuların farklı olduğu bulunmuştur. Zaten yetersiz olan bu zamanın hemşirenin bilgi vermek istediği konular ile geçtiği, hastanın öğrenmek istediği konuların ise atlandığı veya üzerinde yeterince durulmadığı belirtilmektedir (Tan ve ark., 2013). Oysaki hastanın gereksinimlerine uygun taburculuk eğitimi planlaması

bireylerin taburcu olduktan sonra olası komplikasyonları önleme, bireyin öz bakım gücünün artırılması, hızlı iyileşme ve bireye doğru bakımın verilmesinde daha yararlı olduğu belirlenmiştir (Akçin, 2000; Demirkıran, 2012; Dursun ve Yılmaz, 2015; Çetinkaya ve Aşiret, 2017).

Hemşireler hasta eğitiminden önce hasta öğrenim gereksinimlerine uygun taburculuk eğitim planı hazırlamalıdır (Dursun ve Yılmaz, 2015). Taburculuk eğitimi öncesi hasta öğrenim gereksinimleri ve hasta ve ailesinin öğrenme şekli belirlenmelidir. Bu bağlamda sağlık bakım ekibinin standart verdiği eğitimden çok hastanın önem verdiği ve bilgi talebi olan konulara öncelik vermek kaliteli ve doğru eğitimin en önemli basamağıdır (Güçlü ve Kurşun, 2017). Hasta öğrenim gereksinimleri öğretme-öğrenme sürecinin en önemli basamağı olarak yapılacak eğitim etkinliklerine yön vermelidir (Orgun ve Şen, 2012). Bu şekilde planlanan taburculuk eğitimi ile hasta ve ailesi mevcut duruma daha çabuk adapte olacak ve gerekli bilgi ve becerileri daha hızlı kazanacaktır (Demirkıran, 2012; Güçlü ve Kurşun, 2017).

Taburculuk eğitiminin etkili bir şekilde planlanıp uygulanması gereken alanlardan biri de kalp hastalıklarıdır. Kalp hastalığı tanısı almış hasta bireyin yeni durumuna uyum sağlaması, iyileşme sürecinin hızlanması ve başka hastalıkların ortaya çıkmasını engelleyen tutumlara kardiyak rehabilitasyon denir. Finlandiya’da uygulanan North Karelia kardiyak rehabilitasyon programı ile; KAH risk faktörleri olan ortalama kolesterol düzeyi %18, tütün kullanımı ise %15 azaltılmış; izleyen 20 yıllık dönem sonunda KAH’nın mortalite hızı %55 gibi büyük bir oranda düşüş göstermiştir. Hasta eğitiminin bir parçası olan taburculuk eğitimi de kardiyak rehabilitasyonun önemli boyutlarından bir tanesidir (Alkan, 2016).

Anjiyografi olacak hastalar da; belirsizlik, korku ve birey için önemli bir organ olan kalpte sorun olması düşüncesi stres ve anksiyete yaratmaktadır. Bu korku ve anksiyete karşısında bireyler bilgi ve destek alma arayışına girerler (Güçlü ve Kurşun, 2017). Anjiyografi olacak hastalara genellikle randevu verilmekte ve anjiyografi günü yatışları yapılmaktadır. Stent implantasyonu, by-pass önerisi gibi durumlar haricinde genellikle aynı gün içerisinde hastalar

taburcu edilmektedir. Bu yönüyle ayaktan cerrahi girişimlerine benzeyen anjiyografi de taburculuk eğitiminde hemşirenin belli bir plan ve sistemle hareket etmesi önemlidir (Yalçın ve ark., 2006). Ayaktan cerrahi girişim uygulanan hastalara bakım veren hemşirelere baktığımızda; zamanın kısa olması, doğru öğretim yöntemini seçememe, eğitim zamanını doğru seçme gibi konularda endişeler yaşadıkları bilinmektedir (Karadağ, 1998).

Anjiyografi olan hastaların taburculuk eğitiminde; ilaç kullanması gerekiyorsa kullanılacak ilaçlar, ne zaman duş alabileceği, dinlenme süresi, işlem bölgesinde veya vücudunun diğer bir bölgesinde sorun olursa ne yapması gerektiği, anjiyografi sonrası hematoma, kanama gibi komplikasyonlar ve baş etme yöntemleri gibi konularda bilgi verilmelidir (Karadağ, 1998).

Anjiyografi sonrası taburculuk eğitiminin verileceği zaman iyi planlanmalıdır. Anjiyografi işleminin bilinmezliğinin oluşturduğu stres, hastaların genellikle aç olması, işlem sonrası kum torbası gibi yöntemlerin kullanılması ve hastanın yatakta hareket kısıtlılığı yaşaması gibi nedenlerle hasta eğitime tam olarak oryante olamayabilir Yapılan bir çalışma da ameliyat sonrası hastaların iki saat süreyle psikomotor davranışlarının azaldığı gösterilmiştir. Kullanılan anesteziik madde ve anestezi süresine bağlı olarak bu sürenin değiştiği belirlenmiştir. Anjiyografi de lokal anestezi kullanılsa da sayılan bu sebepler ile birlikte anjiyografi sonrası hastalarda aynı durumun gerçekleşebileceği düşünülmeli ve eğitim buna uygun planlanmalıdır. (Karadağ, 1998).

Hasta eğitiminde güncel yaklaşım hasta ve ailesinin bakıma katılmalarını sağlayarak sağlık ve hastalık durumları ile ilgili daha fazla sorumluluk üstlenmelerini sağlamaktır. Hasta eğitimi öncesi hasta ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalı ve eğitim süreci bu doğrultuda planlanmalıdır (Avşar, 2006; Şenyuva ve Taşocak, 2007; Babacan, 2008; Başaran ve Yılmaz; 2015). Hastalara yazılı eğitim materyali verilmesi ve hasta ailesinin eğitim sırasında hasta ile beraber olması gerektiği belirtilmektedir (Johnson, 1996; Karadağ, 1998). Ancak Avşar (2006)'ın yaptığı çalışma da; hemşirelerin hasta eğitimi için yer ve zaman belirlemediği (%82,4), hasta ailesinin ise eğitim kapsamına almadığı (%98,4) görülmüştür. Yazılı eğitim materyalleri hasta eğitimi

içerisinde önemli bir yere sahiptir. Literatürde tüm bireylerin okunabilir ve anlaşılabilir yazılı bilgi hakkına sahip olduğunu belirtilmektedir. Koroner anjiyografi sonrası taburcu olan hastalar gerek uzun süre rahatsız yatış biçiminden gerekse bir an önce hastaneden taburcu olma düşüncesi ile sözlü eğitimi tam olarak anlayamayabilmektedir. Hastanın ilgisini çeken, kolay anlaşılır ve hasta gereksinimlerine uygun düzenlenen yazılı hasta eğitim materyalleri hasta eğitimini tamamlama konusunda önem arz etmektedir (Kaya ve Kaya, 2008).

Koroner anjiyografi sonrası taburcu edilen hastalarda komplikasyon oluşma riski devam etmektedir. Uygun taburculuk eğitimi verilmeyen hastalar, yapılan işin bilinmezliği ile birlikte evde öz bakımlarını yeterli seviye de gerçekleştiremezler. Öz bakımlarını yeterli seviye de gerçekleştiremeyen hastalarda hematoma, kanama gibi komplikasyonların meydana gelme riski de artmaktadır. Bu bağlamda hasta eğitim sürecinin amaçlarından biri olan istenilen davranışlar kazandırma ile hasta öz bakımını yeterli şekilde gerçekleştirebilir iken aynı zamanda olası komplikasyonlara neden olan zararlı davranışlardan da uzak duracaktır. Bu şekilde hastanın hastaneye tekrar başvurusu önlenerek bakım maliyetleri ve iş yükü azalır iken, hasta ve ailesi de tekrarlı işlem ve ağrılardan kurtulacaktır. Bu sebepler ile hasta eğitim sürecinin içerisinde önemli bir yer tutan bireye özgü ve hasta öğrenim gereksinimlerini dikkat alan taburculuk eğitimi; hasta ve ailesi, sağlık bakım profesyonelleri ve sağlık bakım sistemi için önem arz etmektedir (Bayat, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 1 Ocak 2018-31 Aralık 2018 tarihleri arasında koroner anjiyografi olup çalışma kriterlerimize uyan 1321 hasta oluşturdu.

Örneklem büyüklüğü aşağıdaki biçimde hesaplandı:

$$n = \frac{N (t_{1-\alpha})^2 (\bar{X})^2}{S^2 (N - 1) + (t_{1-\alpha})^2 (\bar{X})^2}$$

N:Evrende ki birey sayısı

n:Örnekte bulunması gereken birey sayısı

\bar{X} :Önceki araştırmalardan elde edilen ortalama değer

S:Ortalamanın standart sapması

$t_{1-\alpha}$:Belirli güven düzeyinde(genellikle %95) t tablosundan en büyük (sonsuz) serbestlik derecesi için bulunacak değer($\alpha= \%5$ veya 0,05 için $t=1,96$) (Tezcan, 2013) Bu çalışmada; N:1321, S:23,36, $t_{1-\alpha}$:1,96, \bar{X} :183,48 olarak kullanıldı.(Demirkıran, 2011)

İlgili değerler ile formül hesaplandığında 187 kişi bulunmuştur. Ancak araştırmada örneklem sayısında sıkıntı ile karşılaşmamak için hesaplanan örneklemden bir miktar fazla araştırma kriterlerine uyan hasta araştırma kapsamına alınmıştır (196 kişi)

Araştırma kapsamına; koroner anjiyografi sonrası taburculuğu planlanan, sağlıklı iletişim kurulabilen, yer ve zaman oryantasyonu olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireyler dâhil edildi.

3.3. Veri Toplama

Araştırma; Çanakkale il merkezindeki Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'nin anjiyografi ve katater laboratuvarı'nda 1 Şubat-31 Aralık 2018 tarihleri arasında,

koroner anjiyografi işlemi uygulanmış ve taburculuğu planlanmış hastalar üzerinde yürütüldü. Veriler, koroner anjiyografi sonrası taburcu edilmesi kesinleşmiş hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplandı. Hastalara araştırma ile ilgili bilgi verildikten araştırmaya katılan hastalardan sonra sözlü onam alındı ve veri toplama araçları verildi. Veri toplama aşaması 15-20 dakika sürdü.

Verilerin toplanmasında; Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu (Ek 1): Konu ile ilgili araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, sosyal güvence, geçmişte anjiyografi olma durumu, geçmişte ameliyat olma durumu, geçmişte hastanede yatma durumu, egzersiz yapma durumu, kronik hastalığın varlığı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, geçmişte taburculuk eğitimi alıp almadığı ile ilgili toplam 14 soru bulunmaktadır.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (Ek 2): Hastaların taburculuktaki bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek amacıyla kullanılan HÖGÖ, 1990 yılında Bubela ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çatal ve Dicle (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek 50 madde ve ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçek madde numaraları; ilaçlar (3,8,16,18,37,39,44,45), yaşam aktiviteleri (2,5,14,17,27,28,29,30,48), toplum ve izlem (6,9,22,31,36,41), duruma ilişkin duygular (7,24,32,35,42), tedavi ve komplikasyonlar (1,4,10,19,20,23,26,38,47), yaşam kalitesi (11,13,15,21,34,40,46,50), cilt bakımı (12,25,33,43,49)' dur. Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemi değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre, hastalardan taburculuk öncesi eve gönderilmeden bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişmektedir. Ölçek ve alt boyut puanları; toplam ölçek ve tüm alt boyutların soru sayısına bölünerek, 1 ile 5

arasında önemlilik düzeyine göre, “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde yorumlanmaktadır. Yüksek puanlar öğrenim gereksiniminin önemlilik düzeyini gösterir.

Çatal ve Dicle (2008)'in çalışması ile bu çalışmanın Cronbach Alfa Değerleri Tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. HÖGÖ'nün ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Sonuçları

Alt Boyutlar	Ölçek Madde Sayısı	Çatal ve Dicle (2008)'nin Güvenirlik Sonuçları	Bu Araştırmanın Güvenirlik Sonuçları
İlaçlar	8	0,88	0,84
Yaşam Aktiviteleri	9	0,84	0,79
Toplum ve İzlem	6	0,85	0,76
Duruma İlişkin Duygular	5	0,79	0,77
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	0,83	0,81
Yaşam Kalitesi	8	0,85	0,82
Cilt Bakımı	5	0,69	0,75
Tüm Ölçek	50	0,95	0,96

HÖGÖ ve alt boyutları için elde edilen yüksek Cronbach Alfa Değerleri (Tablo-1), çalışmanın yürütüldüğü hasta grubu için ölçeğin güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir.

3.4. Etik

Araştırma planlandıktan sonra Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurul onayı(EK 3).Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin(EK 4) ve HÖGÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Emine ÇATAL'

dan izin(EK 5) alındı. Çalışma için veri toplanırken gönüllülük esas alındı ve araştırmacı tarafından hastalara çalışmanın amacı açıklandı. Hastalardan sözlü onam alındı.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

HÖGÖ dahiliye ve cerrahi hastalarının taburculuktaki öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi için geliştirilen öznel bir ölçüm aracıdır. Bu çalışmanın sınırlılıkları olarak;

- Araştırmanın yapıldığı hastanede koroner anjiyografi olan hastaları kapsamaması, bu neden ile de diğer hastane ve hasta gruplarına genellenememesi,
- Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bile olsa veri toplanan hastaların soruları cevaplandırırken yanılma payı olması kabul edildi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistik analizleri Statistical Package of Sosial Science (SPSS) 23,0 programı ile bilgisayarda yapıldı.

Ölçülebilir veriler Ortalama (Ort) ve Standart Sapma (SS) ile kategorik veriler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu.

Verilerin normal veya normal olmayan dağılım değerlendirilmesinde Kolmogrov-Smirnov testi kullanılmıştır. Test sonucunda $p < 0,05$ değerinde veriler normal dağılmıyor; $p > 0,05$ değerinde veriler normal dağılıyor kabul edilmiştir.

Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin istatistiksel değerlendirmesinde Kruskal-Wallis Varyans Analizi, Mann-Whitney U testi kullanıldı. Ölçeğin genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach Alfa katsayısı hesaplandı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

Bu kısımda, araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri ve HÖGÖ'ye ilişkin bulguları yer almaktadır.

4.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
30-39	10	5,1
40-49	32	16,3
50-59	61	31,1
60-69	54	27,6
70-79	35	17,9
80-84	4	2,0
<i>Yaş Ortalama \pm SS, 58,13\pm11,27, min:30 maks:84</i>		
Cinsiyet		
Kadın	105	53,6
Erkek	91	46,4
Medeni Hal		
Bekâr	27	13,8
Evli	169	86,2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	8	4,1
İlkokul	125	63,8
Ortaokul	20	10,2
Lise	24	12,2
Üniversite	19	9,7

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları(Devam)

Sosyal Güvence		
Emekli Sandığı	40	20,4
Bağkur	52	26,5
SSK	93	47,4
Yeşilkart	10	5,1
Ücretli	1	0,5
Geçmişte Koroner Anjiyografi Olma Durumu		
Evet	37	18,9
Hayır	159	81,1
Geçmişte Ameliyat Olma Durumu		
Evet	120	61,2
Hayır	76	38,8
Geçmişte Hastanede Yatma Durumu		
Evet	140	71,4
Hayır	56	28,6
Yaşadığı Yer		
Köy-Kasaba	64	32,7
İlçe Merkezi	53	27,0
Şehir Merkezi	79	40,3
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	66	33,7
Hayır	130	66,3
Kronik Hastalık Tanısı		
Evet	114	58,2
Hayır	82	41,8

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları(Devam)

Sigara Kullanımı		
Evet	50	25,5
Hayır	146	74,5
Alkol Kullanımı		
Evet	21	10,7
Hayır	175	89,3
Daha Önce Sağlık Profesyonellerinden Eğitim Alma Durumu		
Evet	14	7,1
Hayır	182	92,9
Toplam	196	

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo-2’de gösterildi. Hastaların yaş ortalaması ($58,13 \pm 11,27$) olarak bulundu. Tablo incelendiğinde; hastaların büyük çoğunluğu evli (%86,2) ve ilkokul mezunu (%63,8) olduğu, ilk kez koroner anjiyografi oldukları (%81,1) ve geçmişte sağlık profesyonellerinden eğitim almayanların oldukça yüksek oranda (%92,9) olduğu belirlendi.

4.2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Analizler

Tablo 3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin Alt Boyutlarının Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Alt Boyut Güvenirlik Katsayısı	Madde Sayısı	N	Cronbach Alpha Değeri
Tüm Ölçek	50	196	0,96
İlaçlar	8	196	0,84
Yaşam Aktiviteleri	9	196	0,79
Toplum ve İzlem	6	196	0,76
Duruma İlişkin Duygular	5	196	0,77
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	196	0,81
Yaşam Kalitesi	8	196	0,82
Cilt Bakımı	5	196	0,75

4.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puan Ortalamaları İle Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 4. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özellikleri

Alt Boyutlar	Alt Boyut Önemlilik Düzeyi(SS)	Aralık	Alt Boyut Toplam Puan Ortalaması(SS)	Aralık
İlaçlar	4,08(0,75)	1-5	32,64(6,00)	11-40
Yaşam Aktiviteleri	3,91(0,71)	1-5	35,25(6,46)	11-45
Toplum ve İzlem	3,75(0,83)	1-5	22,53(5,03)	6-30
Duruma İlişkin Duygular	3,71(0,89) ^b	1-5	18,57(4,46)	5-25
Tedavi ve Komplikasyonlar	4,14(0,67) ^a	1-5	37,28(6,10)	11-45
Yaşam Kalitesi	4,13(0,73)	1-5	33,01(5,86)	11-40
Cilt Bakımı	3,82(0,86)	1-5	19,11(4,31)	5-25
Tüm Ölçek			198,46(34,31)	60-250

a:En Küçük b:En Büyük

Tablo 4’de hastaların öğrenim gereksinimleri toplam ölçek ve alt boyutlarının puan ortalamaları ve öğrenim gereksinimi düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastalar için en önemli HÖGÖ alt boyutunun tedavi ve komplikasyonlar alanı (önemlilik düzeyi=4,14) en az önemli öğrenim gereksiniminin ise duruma ilişkin duygular (önemlilik düzeyi=3,71) olduğu belirlendi.

Tablo 5. Hastaların Yaş Grubu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Yaş Grubu						X ²	P
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-84		
	(n=10)	(n=32)	(n=61)	(n=54)	(n=35)	(n=4)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
İlaçlar	33,10±3,84	33,09±6,64	32,20±6,51	32,67±5,18	32,51±6,51	35,50±4,35	2,34	0,80
Yaşam Aktiviteleri	38,10±4,09	35,96±6,58	34,98±6,69	34,74±6,56	34,48±6,52	40,00±0,81	7,13	0,21
Toplum ve İzlem	23,70±3,83	22,43±4,99	22,72±5,42	22,27±4,78	21,91±5,29	26,50±1,91	4,93	0,42
Duruma İlişkin Duygular	20,00±3,29	19,06±4,39	18,62±4,59	18,05±4,31	18,05±4,88	22,00±3,16	5,38	0,37
Tedavi ve Komplikasyonlar	39,50±2,59	37,50±6,40	36,85±6,92	37,25±5,07	36,94±6,81	39,75±3,59	2,29	0,80
Yaşam Kalitesi	35,40±2,54	33,43±6,52	32,96±5,89	32,96±5,51	32,17±6,67	35,25±1,50	2,52	0,77
Cilt Bakımı	19,90±4,01	19,46±4,38	18,90±4,06	18,96±4,24	18,82±5,09	22,00±1,63	3,06	0,68
Tüm Ölçek	209,70±20,56	200,96±35,76	197,24±36,60	196,92±31,54	194,91±37,01	221,00±14,0	4,38	0,49

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 5’de gösterilmiştir. En yaşlı grup (221,00±14,07) ve en genç grup (209,70±20,56)’un puan ortalamaları diğer gruplara göre yüksek olarak bulundu ise de istatistik olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p>0,05).

Tablo 6. Hastaların Cinsiyet Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Cinsiyet		Z	P Değeri
	Kadın(n=105)	Erkek(n=91)		
	Ort±SS	Ort±SS		
İlaçlar	33,35±5,38	31,82±6,57	-1,53	0,12
Yaşam Aktiviteleri	36,09±5,86	34,27±6,99	-1,80	0,07
Toplum ve İzlem	22,89±4,68	22,12±5,40	-0,79	0,42
Duruma İlişkin Duygular	18,96±4,40	18,13±4,51	-1,27	0,20
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,26±5,10	36,14±6,95	-2,07	0,03
Yaşam Kalitesi	33,55±5,24	32,51± 6,48	-0,79	0,42
Cilt Bakımı	19,71±3,94	18,41±4,62	-1,94	0,05
Tüm Ölçek	202,83±30,42	193,42±37,87	-1,67	0,09

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir. Kadın hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunda puan ortalaması erkek hastaların puan ortalamasından yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Kadın hastaların HÖGÖ puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak fark bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$)

Tablo 7. Hastaların Medeni Durum Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Medeni Durum		Z	P
	Bekâr (n=27)	Evli (n=169)		
	Ort±SS	Ort±SS		
İlaçlar	35,44±3,80	32,20±6,17	-2,85	0,04
Yaşam Aktiviteleri	37,40±5,89	34,90± 6,49	-1,94	0,05
Toplum ve İzlem	23,96±4,30	22,30±5,11	-1,71	0,08
Duruma İlişkin Duygular	19,92±3,65	18,36± 4,55	-1,81	0,07
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,96±4,30	37,01±6,30	-1,39	0,16
Yaşam Kalitesi	34,81±4,56	32,79± 6,00	-1,76	0,07
Cilt Bakımı	20,44±3,64	18,89± 4,38	-1,74	0,08
Tüm Ölçek	210,96±25,68	196,47±35,15	-2,15	0,03

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması Tablo 7’de gösterilmiştir. Bekar hastaların evli hastalara göre HÖGÖ puanı ve ilaçlar alt boyutu puan ortalaması yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$). Bekar hastaların evli hastalardan diğer alt boyutlarda da puan ortalaması yüksek ancak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 8. Hastaların Eğitim Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu					X2	P
	Okur-Yazar	İlkokul(n=125)	Ortaokul(n=20)	Lise(n=24)	Üniversite(n=19)		
	Değil(n=8)						
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
İlaçlar	34,50±4,00	31,92±6,64	34,75±3,16	33,46±5,39	33,37±4,56	3,54	0,47
Yaşam Aktiviteleri	35,62±6,58	34,71±6,61	36,35±5,71	36,37±6,35	36,05±6,50	2,16	0,70
Toplum ve İzlem	22,12±5,33	22,06±5,45	23,60±3,85	23,58±4,64	23,36±3,18	2,43	0,65
Duruma İlişkin Duygular	18,00±6,23	18,32±4,66	19,55±3,05	19,50±4,18	18,31±4,02	2,27	0,68
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,00±7,21	36,68±6,62	38,70±4,13	37,29±5,43	39,36±4,04	3,80	0,43
Yaşam Kalitesi	31,87±7,88	32,60±6,12	34,80±4,69	34,12±5,53	33,47±4,46	3,99	0,40
Cilt Bakımı	19,75±5,41	19,15±4,29	19,85±3,71	18,45±4,77	18,63±4,19	1,78	0,77
Tüm Ölçek	199,87±39,81	195,46±36,49	207,60±23,34	202,79±33,01	202,57±28,13	2,04	0,72

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması Tablo 8’de gösterilmiştir. İlkokul mezunu hastaların öğrenim gereksinimleri puanının diğer gruplara göre daha düşük olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$)

Tablo 9. Hastaların Sosyal Güvence Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Sosyal Güvence					X ²	P
	Emekli Sandığı(n=40) Ort±SS	Bağkur(n=52) Ort±SS	SSK (n=93) Ort±SS	Yeşilkart(n=10) Ort±SS	Ücretli(n=1) Ort±SS		
İlaçlar	32,00±6,22	33,46±6,32	32,32±5,77	33,20±5,73	40,00	5,68	0,22
Yaşam Aktiviteleri	34,25±2,01	35,61±7,24	35,35±6,05	37,30±5,51	45,00	5,33	0,25
Toplum ve İzlem	21,07±4,50	23,11±5,26	22,84±4,99	21,70±5,39	30,00	10,33	0,03
Duruma İlişkin Duygular	17,37±3,95	19,42±4,83	18,43±4,38	19,70±4,29	25,00	11,18	0,02
Tedavi ve Komplikasyonlar	36,52±6,14	37,57±6,63	37,47±5,73	36,40±7,18	43,00	2,94	0,56
Yaşam Kalitesi	31,82±5,92	33,07±6,25	33,47±5,46	33,60±7,15	40,00	6,77	0,14
Cilt Bakımı	18,32±4,43	19,78±4,43	18,97±4,05	19,50±5,46	24,00	5,83	0,21
Tüm Ölçek	191,37±33,50	202,05±37,23	198,67±32,55	201,40±37,32	247,00	6,84	0,14

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların sosyal güvencesine göre karşılaştırılması Tablo 9’da gösterilmiştir. Sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların toplum ve izlem ile duruma ilişkin duygular alt boyutunda ki puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 10. Hastaların Koroner Anjiyografi Olma Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Koroner Anjiyografi Olma Durumu		Z	P
	Evet (n=37) Ort±SS	Hayır(n=159) Ort±SS		
İlaçlar	33,22± 4,53	32,51±6,29	-0,02	0,98
Yaşam Aktiviteleri	34,05±7,31	35,52±6,23	-1,00	0,31
Toplum ve İzlem	22,56±5,03	22,52±5,05	-0,08	0,93
Duruma İlişkin Duygular	18,00±4,06	18,71±4,55	-1,20	0,22
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,00±4,60	37,11±6,40	-0,29	0,76
Yaşam Kalitesi	32,89±5,50	33,11±5,95	-0,47	0,63
Cilt Bakımı	18,78±4,07	19,18±4,37	-0,75	0,45
Tüm Ölçek	197,51±31,19	198,69±35,09	-0,57	0,56

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların geçmişte koroner anjiyografi olma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 10’da gösterilmiştir. HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$)

Tablo 11. Hastaların Geçmişte Ameliyat Olma Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Geçmişte Ameliyat Olma Durumu		Z	P
	Evet (n=120) Ort±SS	Hayır(n=76) Ort±SS		
İlaçlar	32,25±5,99	33,26±6,00	-1,35	0,17
Yaşam Aktiviteleri	35,31± 6,51	35,14±6,42	-0,54	0,58
Toplum ve İzlem	22,39±5,12	22,76±4,92	-0,32	0,74
Duruma İlişkin Duygular	18,47±4,52	18,73±4,39	-0,22	0,82
Tedavi ve Komplikasyonlar	36,96±6,27	37,77±5,83	-0,78	0,43
Yaşam Kalitesi	32,79±6,17	33,51±5,34	-0,50	0,61
Cilt Bakımı	19,14±4,34	19,06±4,28	-0,25	0,79
Tüm Ölçek	197,33±35,09	200,26±33,19	-0,42	0,67

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların geçmişte ameliyat olma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 11’de gösterilmiştir. HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 12. Hastaların Geçmişte Hastanede Yatış Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Geçmişte Hastanede Yatış Durumu		Z	P
	Evet (n=140) Ort±SS	Hayır(n=56) Ort±SS		
İlaçlar	32,64±5,82	32,66±6,48	-0,23	0,81
Yaşam Aktiviteleri	35,06±6,45	35,71±6,50	-0,53	0,59
Toplum ve İzlem	22,47±5,14	22,69±4,78	-0,12	0,90
Duruma İlişkin Duygular	18,47±4,45	18,83±4,51	-0,56	0,57
Tedavi ve Komplikasyonlar	37,32±6,02	37,16±6,36	-0,21	0,82
Yaşam Kalitesi	33,04±5,99	33,14±5,57	-0,20	0,84
Cilt Bakımı	19,13±4,25	19,05±4,81	-0,04	0,96
Tüm Ölçek	198,15±33,98	199,26±35,43	-0,26	0,788

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların geçmişte hastanede yatma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 12’de gösterilmiştir. HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 13. Hastaların Yaşadığı Yer Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Yaşadığı Yer			X2	P
	Köy-Kasaba(n=64) Ort±SS	İlçe Merkezi(n=53) Ort±SS	Şehir Merkezi (n=79) Ort±SS		
İlaçlar	33,38± 5,4	31,60±7,03	32,75±5,64	1,63	0,44
Yaşam Aktiviteleri	35,14± 6,13	35,16±6,91	35,39±6,49	0,22	0,89
Toplum ve İzlem	23,15± 4,62	21,98±5,75	22,40±4,85	1,29	0,52
Duruma İlişkin Duygular	19,12± 4,10	18,26±4,86	18,34±4,48	1,03	0,59
Tedavi ve Komplikasyonlar	37,03± 5,69	36,62±7,09	37,92±5,72	1,61	0,44

Tablo 13. Hastaların Yaşadığı Yer Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları (Devam)

Yaşam Kalitesi	33,10± 4,94	32,71±6,32	33,27±6,26	0,86	0,64
Cilt Bakımı	19,42±4,06	19,07±4,51	18,88±4,40	0,39	0,82
Tüm Ölçek	200,35±30,34	195,43±39,70	198,97±33,76	0,06	0,96

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının yaşadığı yere göre karşılaştırılması Tablo 13’de gösterilmiştir. Köy- Kasaba’da yaşayan hastaların HÖGÖ puan ortalaması diğer gruplara göre yüksek olsa da, HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$)

Tablo 14. Hastaların Egzersiz Yapma Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Egzersiz Yapma		Z	P
	Evete (n=66)	Hayır(n=130)		
	Ort±SS	Ort±SS		
İlaçlar	32,42±6,03	32,75±6,00	-0,34	0,72
Yaşam Aktiviteleri	35,78±6,29	34,97±6,55	-0,85	0,39
Toplum ve İzlem	22,42±5,05	22,59±5,04	-0,19	0,84
Duruma İlişkin Duygular	18,71±4,55	18,50±4,43	-0,50	0,61
Tedavi ve Komplasyonlar	37,33±5,93	37,25±6,21	-0,01	0,98
Yaşam Kalitesi	33,04±5,84	33,08±5,89	-0,08	0,93
Cilt Bakımı	18,84±4,39	19,24±4,28	-0,60	0,54
Tüm Ölçek	198,57±34,53	198,41±34,33	-0,07	0,93

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların egzersiz yapma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 14’de gösterilmiştir. HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 15. Hastaların Kronik Hastalık Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Kronik Hastalık Durumu		Z	P
	Evet (n=114) Ort±SS	Hayır(n=82) Ort±SS		
İlaçlar	32,31±6,17	33,11±5,75	-1,01	0,31
Yaşam Aktiviteleri	34,74±6,96	35,95±5,65	-0,70	0,48
Toplum ve İzlem	22,03±5,32	23,23±4,54	-1,50	0,13
Duruma İlişkin Duygular	18,28±4,69	18,98±4,12	-0,82	0,40
Tedavi ve Komplikasyonlar	36,74±6,46	38,02±5,52	-1,29	0,19
Yaşam Kalitesi	32,74±6,26	33,52±5,25	-0,49	0,61
Cilt Bakımı	18,73±4,56	19,63±3,89	-1,17	0,24
Tüm Ölçek	195,59±36,81	202,46±30,27	-1,05	0,29

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların kronik hastalığa sahip olma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 15’de gösterilmiştir. Kronik hastalık sahibi olmayan hastaların, kronik hastalık sahibi hastalara göre HÖGÖ puanları yüksek olsa da, HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 16. Hastaların Sigara Kullanımı Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Sigara Kullanımı		Z	P
	Evet(n=50) Ort±SS	Hayır(n=146) Ort±SS		
İlaçlar	34,10±4,11	32,14±6,46	-1,40	0,16
Yaşam Aktiviteleri	36,84±5,17	34,70±6,77	-1,73	0,08
Toplum ve İzlem	23,44±4,00	22,22±5,32	-1,06	0,28
Duruma İlişkin Duygular	18,94±3,72	18,45±4,69	-0,20	0,83
Tedavi ve Komplikasyonlar	38,46±4,45	36,87±6,54	-1,13	0,25
Yaşam Kalitesi	34,78±3,96	32,48±6,28	-2,12	0,03
Cilt Bakımı	19,78±3,35	18,88±4,58	-0,72	0,46
Tüm Ölçek	206,34±24,21	195,77±36,83	-1,38	0,16

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların geçmişte sigara kullanımına göre karşılaştırılması Tablo 16’da gösterilmiştir. Sigara kullanan hastaların yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması, sigara kullanmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Sigara kullanan hastaların sigara kullanmayan hastalara göre HÖGÖ puanı yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Hastaların Alkol Kullanımı Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Alkol Kullanım Durumu		Z	P
	Evet(n=21) Ort±SS	Hayır(n=175) Ort±SS		
İlaçlar	32,38±6,36	32.67±5,97	-0,08	0,93
Yaşam Aktiviteleri	35,19±6,89	35.25±6,42	-0,04	0,96
Toplum ve İzlem	22,00±5,05	22.60±5,04	-0,64	0,51
Duruma İlişkin Duygular	18,14±4,26	18.62±4,49	-0,62	0,53
Tedavi ve Komplikasyonlar	37,23±6,32	37.28±6,10	-0,03	0,97
Yaşam Kalitesi	32,52±6,96	33.13±5,73	-0,17	0,86
Cilt Bakımı	18,52±4,65	19.18±4,27	-0,62	0,52
Tüm Ölçek	196,00±36,14	198.76±34,18	-0,23	0,81

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların alkol kullanma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 17’de gösterilmiştir. HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18. Hastaların Geçmişte Sağlık Profesyonellerinden Eğitim Alma Durumu Özelliğine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Puan Dağılımları

Alt Boyutlar	Geçmişte Sağlık Profesyonellerinden Eğitim Alma Durumu		Z	P
	Evet(n=27) Ort±SS	Hayır(n=169) Ort±SS		
İlaçlar	31,86±6,37	32.70±5,98	-0,68	0,49
Yaşam Aktiviteleri	34,28±8,33	35.32±6,31	-0,11	0,91
Toplum ve İzlem	20,92± 6,49	22.65±4,90	-0,85	0,39
Duruma İlişkin Duygular	17,07± 5,26	18.69±4,39	-0,94	0,34
Tedavi ve Komplasyonlar	37,78±7,20	37.24±6,03	-0,61	0,54
Yaşam Kalitesi	32,35±7,45	33.12±5,74	-0,01	0,99
Cilt Bakımı	18,64±4,97	19.14±4,27	-0,23	0,81
Tüm Ölçek	192,92±42,88	198.89±33,67	0,38	0,70

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlarının hastaların geçmişte sağlık profesyonellerinden eğitim alma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 18’de gösterilmiştir. Eğitim almamış hastaların, eğitim alan hastalara göre HÖGÖ puanları yüksek olsa da, HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$)

5.TARTIŞMA

Koroner anjiyografi sonrası taburcu edilecek hastaların öğrenim gereksinimleri ve öğrenim gereksinimlerinin hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen veriler literatür çerçevesinde bu bölümde iki başlık altında tartışıldı.

5.1.Hastaların Sosyo-Ekonomik Verilerine Ait Bulguların Tartışılması

Çalışmamıza katılan 196 hastanın sosyo-demografik özelliklerine baktığımızda yaş ortalaması $58,13 \pm 11,27$ (min:30,maks:84), %53,6'sının kadın, %46,4'ünün erkek olduğu, %86,2'sinin evli, %13,8'inin bekâr olduğu ve %63,8'inin ilkokul mezunu olduğu bulundu. Bu çalışmanın bulguları literatürde HÖGÖ ile yapılan çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir (Orgun ve Şen, 2012; Tan ve ark.,2013; Dursun ve Yılmaz, 2015; Pamuksuz, 2017; Baran, 2018; Demir, 2018). Bu sonuç ayrıca çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin literatürdeki KAH risk faktörleri (Yaş, cins vb.) ile uyumlu olmasına da bağlanabilir.

Hastaların %92,9'unun daha önce sağlık profesyonellerinden eğitim almadığı bulgusu; Baran(2018)'in (%50,5) ,Demir(2018)'in (%4,2) ve Tan ve ark.(2013)'in (%69,4) çalışmalarına göre örneklem hasta grubumuzda oldukça yüksektir. Bu bulgunun yüksek çıkmasının sebebi, hastaların büyük çoğunluğunun (%71,4) daha önce hastaneye yatmamış olmasından dolayı sağlık profesyonelleri ile iletişime geçememesi ve bu nedenle eğitim alamamasına bağlanabilir. Demir(2018)'in çalışmasında toplam HÖGÖ puanı $151,38 \pm 30,22$ iken çalışmamızda bu puan $198,46 \pm 34,31$ 'dir. Bu sonuç aynı zamanda hastaların büyük çoğunluğunun sağlık profesyonellerinden eğitim almama bulgusunu da desteklemektedir.

Hastaların %71,4'ünün daha önce hastanede yatmaması bulgusu; Dursun ve Yılmaz(2015)'in çalışma sonucu ile (%71,5) aynı olmakla birlikte; Tan ve ark.(2013) çalışma sonucundan (%28,3) oldukça yüksek bulunmuştur. Bu farkın Tan ve ark.'nın(2013) çalışmasını kronik hastaların sıklıkla yattığı dahili kliniklerde yapmasına bağlanabilir. Dahili kliniklere hastaların sık sık yatması bu oranın düşük olmasına neden olabilmektedir.

5.2.Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışılması

Taburculuk planlaması yaparken; hasta öğrenim gereksinimlerinin, öğrenme tutumları ve hazır bulunuşluklarının belirlenmesi gerekmektedir (Aydoğan, 2005). Araştırmaya katılan hastaların öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puan ortalaması $198,46 \pm 34,31$ 'dir. Bu puan ortalamasına baktığımızda çalışmaya katılan hastaların ölçekte bulunan konulara önem verdiği ve bilgi gereksinimine ihtiyacı olduğu söylenebilir (Jacops, 2000; Çatal ve Dicle, 2008; Özel, 2010).

Çalışma bulgumuzu ülkemizde HÖGÖ ile yapılan diğer çalışmalarla karşılaştığımızda; Demirkıran (2011)'in koroner arter by-pass greft ameliyatı geçiren hastalar üzerinde yaptığı ($183,48 \pm 23,36$), Pamuksuz(2017)'un ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastalarla yaptığı ($184,28 \pm 34,27$); Baran(2018)'in lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda yaptığı ($190,63 \pm 20,62$) ve Demir(2018)'in genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastalarda yaptığı ($151,38 \pm 30,22$) çalışma sonuçlarından yüksek; ancak Dursun ve Yılmaz(2015)'in batın cerrahisi ameliyatı olan hastalarda yaptığı ($207,52 \pm 24,14$), Tan ve ark. (2013)'in dahiliye kliniklerinde yatan hastalar üzerinde yaptığı ($204,26 \pm 23,85$) ve Orgun ve Şen (2012)'in cerrahi kliniklerinde yatan hastalar üzerinde yaptığı ($201,73 \pm 25,16$) çalışma sonuçlarından ise düşük bulunmuştur.

Uluslararası çalışmalarla karşılaştığımızda Jickling ve arkadaşları (1997)'nin koroner bypass ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmadan ($181,17 \pm 32,02$), Jacobs (2000)'un cerrahi hastalar ile yaptığı çalışmadan ($106,2 \pm 48,6$) ve Carew (1999)'in kalp kataterizasyonu uygulanan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasından ($113,53 \pm 38,81$) oldukça yüksek bulunmuştur.

Gerek ulusal gerek uluslararası yapılan çalışmalara bakıldığında hastaların büyük çoğunluğunun yeteri kadar bilgilendirilmediği ve taburculuk gereksinimlerinin tam olarak karşılanmadığı görülmektedir (Rich-vanderBij, 1999; Jacobs, 2000).

Öğrenim gereksinimleri alt ölçeklerinden en yüksek puanı *tedavi ve komplikasyonlar* alt boyutu ($37,28 \pm 6,10$) almış, sırası ile bunu *yaşam kalitesi* ($33,01 \pm 5,86$) ve *ilaçlar* ($32,64 \pm 6,00$) takip etmiştir. En düşük puanı ise *duruma ilişkin duygular* ($18,57 \pm 4,46$) almıştır.

Ülkemizde Orgun ve Şen(2012)'in cerrahi kliniklerde yatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada en yüksek puanı *yaşam kalitesi* ($33,97 \pm 4,27$), en düşük puanı *duruma ilişkin duygular* ($18,06 \pm 3,61$) aldığı bulunmuştur. Özel(2010)'in cerrahi girişim geçiren hastalar ile yaptığı diğer bir çalışmada alt boyutlar sırasıyla; *ilaçlar* ($34,16 \pm 5,00$), *tedavi ve komplikasyonlar* ($38,25 \pm 4,58$), *yaşam kalitesi* ($32,60 \pm 5,54$), *cilt bakımı* ($20,08 \pm 3,0$) olduğu ve en az önemli olarak da *duruma ilişkin duygular* ($17,58 \pm 4,68$) belirlenmiştir. Çetinkaya ve Aşiret(2017)'in dâhili ve cerrahi kliniklerdeki hastalar ile yaptığı bir başka çalışmada sırasıyla *ilaçlar* ($31,83 \pm 5,26$), *tedavi ve komplikasyonlar* ($35,16 \pm 6,25$) ve *yaşam kalitesi* ($30,50 \pm 5,21$) en yüksek puanları; *duruma ilişkin duygular* ($16,64 \pm 4,22$) ise en düşük puanı almıştır. Yılmaz(2017)'in yetişkin cerrahi hastalarının öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmasında sırası ile; *tedavi ve komplikasyonlar* ($35,61 \pm 5,46$), *ilaçlar* ($31,41 \pm 5,76$) ve *yaşam kalitesi* ($17,43 \pm 4,76$) en yüksek; *duruma ilişkin duygular* ise en düşük puan ortalamasını ($14,29 \pm 6,04$) almıştır. Bu çalışmada *tedavi ve komplikasyonlar* ve *duruma ilişkin duygular* alt boyutlarının sıralaması çalışmamızla benzerlik göstermiştir. Bunun sebebi olarak koroner anjiyografinin bir tanı işlemi olması ve az bilinen bir işlem olması sebebi ile olduğu düşünülmüştür. Alanyazın çalışmalarındaki bulgulara bakıldığında bu sonuçların genellikle bizim çalışmamızı destekler nitelikte olduğu belirlenmiştir (Jickling ve Gaydon, 1997; Carew, 1999; Jacobs, 2000).

Yapılan uluslararası çalışmalara bakıldığında; taburculuk esnasında hastaların en üst sırada *tedavi ve komplikasyonlar* alanında bilgi gereksinimi olduğu belirtilmiştir (Jickling ve Graydon, 1997; Rich-vanderBij, 1999; Carew, 1999; Henderson ve Chien, 2004; Suhonen ve ark. 2005) .

Bizim ve diğer alanyazın çalışma sonuçlarına göre; hastalara taburculuk eğitimi planlaması yapılırken, *tedavi ve komplikasyonlar*, *yaşam kalitesi* ve *ilaçlar* alt boyutlarına önem verilmesi ve daha detaylı bir şekilde hastaya anlatılmasının önemli olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada yaş grupları ile HÖGÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasa da 80-84 yaş arası hastalar haricinde yaş ortalaması düştükçe HÖGÖ puanının arttığı gözlemlendi ($p > 0,05$). Özel (2010)'in çalışmasında mevcut çalışmadan farklı olarak yaş grupları arttıkça HÖGÖ puanının da arttığı belirtilmiştir.

Yine Ulusan (2008)'in yaptığı çalışmada da 40 yaş altı hastalara göre 60-69 yaş arasında ki hastaların daha fazla bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir. Bu farklılığın sebebi olarak genç hastaların kalp gibi hayati öneme sahip bir organda gelişebilecek hastalıklara karşı özel önem vermesi olduğu düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada cinsiyet ve öğrenim gereksinimleri arası fark incelendiğinde kadın hastaların "*tedavi ve komplikasyonlar*" alt boyutu puan ortalamasının erkek hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Özel (2010)'in çalışmasında kadın hastaların "*duruma ilişkin duygular*" ve "*yaşam kalitesi*" toplam puanı erkek hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0,05$). Suhonen ve arkadaşları (2005)'nin çalışmasında kadın hastaların erkek hastalara göre öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalardan farklı olarak Yaman(2008)'in kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada kadın ve erkek hastaların öğrenim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Literatürde kadın hastaların erkek hastalara göre öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kayhan(2003)'in çalışmasında kadın hastaların erkek hastalara göre anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Koroner anjiyografi işleminin bilinmezliği ile birlikte anksiyetenin artması ile kadın cinsiyette "*tedavi ve komplikasyonlar*" alt boyutunun yüksek çıktığı ve kadınların sağlık konularına daha fazla önem vermesinin de bu konuda etkili olduğu düşünülmüştür.

Mevcut çalışmada bekâr hastaların HÖGÖ ile "*ilaçlar*" puan ortalamalarının evli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Benzer şekilde, İlk (2010), Tan (2013) ve Baran(2018)'in çalışmalarında da *yaşam kalitesi* puan ortalaması bekâr hastalarda evli hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmadan farklı olarak Çetinkaya ve Aşiret (2017)'in çalışmasında evlilerin öğrenim gereksinimi puanının bekârlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Taşdemir ve arkadaşlarının çalışması(2010) ve Özel(2010)'in çalışmasında ise medeni durumun öğrenim gereksinimi üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir. Bekâr hastaların evli hastalara göre HÖGÖ'nde ve *ilaçlar* alt boyutunda puan ortalamalarının yüksek çıkmasının sebebi olarak; bekâr hastaların kendi sağlık

bakımları konusunda daha fazla bireysel sorumluluklarının olması ve yaş ortalamalarının evlilere göre daha düşük olmasının etkili olduğu düşünülmüştür.

Sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların *toplum ve izlem ile duruma ilişkin duygular* alt boyutunda ki puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p<0,05$) Farklı olarak İlk(2010)'in çalışmasında sosyal güvencenin HÖGÖ üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir ($p>0,05$).

Sigara kullanan hastaların *yaşam kalitesi* alt boyutu puan ortalaması, sigara kullanmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Sigara kullanan hastaların sigara kullanmayan hastalara göre HÖGÖ puanı yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yaman (2008) ve Demirkıran (2011)'in çalışmalarında sigara kullanımının öğrenim gereksinimlerine etkisi olmadığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızda çıkan sonucun, sigaranın bireyin sağlığını etkilemek ile birlikte yaşam kalitesini ciddi oranda düşürmesinden dolayı hastaların bu konuda bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Hastaların HÖGÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının hastaların geçmişte sağlık profesyonellerinden eğitim alma durumuna göre karşılaştırılması tablo-18'de gösterilmiştir. Eğitim almamış hastaların, eğitim alan hastalara göre HÖGÖ puanları yüksek olsa da, HÖGÖ ve alt boyutlarının gruplar arası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Demirkıran (2011)'in çalışmasında da benzer sonuçlar çıkmış, Cupless (1991),Özcan (2008),Yaman (2008)'in yaptığı çalışmalarda ise taburculuk eğitimi alan hastaların taburculuk eğitimi almayan hastalara göre öğrenim gereksinimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarına baktığımızda taburculuk öncesi eğitim verilmesinin hastaların bilgi gereksinimlerini azalttığı, öz bakımlarını sürdürme ve olası komplikasyonlar ve stres ile baş etmede etkili olduğu söylenebilmektedir.

Çalışma sonucunda taburculuk öncesi eğitim verilmesi hastaların bilgi gereksinimlerini azaltmada, öz bakımlarını sürdürmede ve olası komplikasyonların önlenmesinde etkili olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanmasına yönelik yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda ki gibidir:

- Örneklem grubundaki hastaların %53,6'sının kadın, %86,2'sinin evli, %63,8'inin ilkokul mezunu olduğu, %81,1'inin daha önce anjiyografi olmadığı, %71,4'ünün geçmişte hastanede yatmadığı ve %92,9'unun daha önce sağlık personelinin bilgi almadığı bulundu.

- Hastaların toplam öğrenim gereksinimleri puan ortalaması $198,46 \pm 34,31$ olarak bulundu.

- Öğrenim gereksinimleri alt ölçeklerinin puan ortalamasında en yüksek puanı tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu $37,28 \pm 6,10$ puan almış, sırası ile yaşam kalitesi alt boyutu $33,01 \pm 5,86$ puan ve ilaçlar alt boyutu $32,64 \pm 6,00$ puan ile onu takip etmiştir. En düşük puanı ise duruma ilişkin duygular alt boyutu $18,57 \pm 4,46$ puan ile almıştır.

- Hastaların yaşı ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$).

- Kadın hastaların tedavi ve komplikasyonlar alt boyutunda puan ortalaması erkek hastaların puan ortalamasından yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

- Bekar hastaların evli hastalara göre HÖGÖ puanı ve ilaçlar alt boyutu puan ortalaması yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

- Örneklem grubunda ki hastaların eğitim durumları ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$).

- Sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların toplum ve izlem ile duruma ilişkin duygular alt boyutunda ki puan ortalamaları diğer gruplara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0,05$).

- Hastaların geçmişte koroner anjiyografi olma durumu ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0,05$).

- Hastaların geçmişte ameliyat olma durumu ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).
- Hastaların geçmişte hastanede yatma durumu ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).
- Örneklem grubundaki hastaların yaşadığı yere göre HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).
- Hastaların egzersiz yapma durumu ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).
- Hastaların kronik hastalığa sahip olma durumu ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).
- Sigara kullanan hastaların yaşam kalitesi alt boyutu puan ortalaması, sigara kullanmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0,05$).
- Hastaların alkol kullanma durumu ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).
- Hastaların geçmişte sağlık personelinden eğitim alma durumu ile HÖGÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlara göre;

- Hemşirelerin anjiyografi sonrası taburcu edilecek hasta ve hasta yakınlarının öğrenim gereksinimlerini belirleyerek bireysel taburculuk eğitimini planlamaları ve bu uygulamaları sürekli hale getirmeleri,
- Tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu, yaşam kalitesi alt boyutu ve ilaçlar alt boyutu gibi hastaların önem verdiği bilgi gereksinimlerinin taburculuk eğitiminde karşılanması,
- Hemşirelerin eğitici rollerinin pekiştirilerek taburculuk eğitim süreci hakkında bilgilendirilmeleri,
- Taburculuk eğitim süreci planlanırken hasta ve ailesinin sosyo-demografik özelliklerinin dikkate alınması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abanonu G. Koroner arter hastalığı majör risk faktörleri ve c-reaktif proteinin değerlendirilmesi. 2005, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, 80 Sayfa, (Yıldız Barut).
- Ahraz M. Koroner anjiyografi sonrası koroner arter bypass greft cerrahisi önerilen hastalarda hemşirenin eğitici hasta danışmanlığı rolünün hastanın anksiyete ve cerrahi kararına etkisi. 2018, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 102 Sayfa, (Prof. Dr. Ayla Yava).
- Akçin E. Yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik hemşirelik etkinlikleri. 2000, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi, 82 Sayfa(Prof.Dr. Gülsün Taşocak).
- Akçin E. Yataklı tedavi kurumlarında hasta eğitimine yönelik hemşirelik etkinlikleri. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi,2006; 15(57):109-121.
- Akıllı H, Kayrak M, Albasıç H. Dobutamin stres ekokardiyografiye genel bir bakış: Tek merkez deneyimi. MN Kardiyoloji, 2014;21:8-13.
- Akın M. Yüksek riskli hastalarda koroner anjiyografi. Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics. 2014;7(2):51-56.
- Alkan H. Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(Sup 2):41-47.
- Atak N. Hasta eğitiminin hastaların bilgi düzeyi ve kendini yönetme becerileri ile hastalığa yönelik tutumlarına etkisi(Tip 2 Diyabet Hastaları Örneği). 2006, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,139 Sayfa, (Prof. Dr. Tanju Gürkan).
- Avşar G. Klinik hemşirelerinin uyguladıkları hasta eğitiminin değerlendirilmesi. 2006, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 68 Sayfa (Doç. Dr. Mağfret Kaşıkçı).
- Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12(3):67-73.
- Aydoğan N. Lomber disk hernisi nedeniyle cerrahi girişim uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri. 2005, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 91 Sayfa, (Prof. Dr. Fethiye Erdil).

- Babacan E. Hemşirelerin hasta eğitimi rol ve faaliyetlerine ilişkin düşünceleri. 2008, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 92 sayfa, (Dr. Öğr. Üyesi Sevim Ulupınar Alıcı).
- Babacan E, Alıcı S. Hemşirelerin hasta eğitimi ile ilgili düşünce ve uygulamaları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2008; 5 (2): 29-36.
- Bakan G. Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(sup 1):26-34.
- Balcı A. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. 2012, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 110 Sayfa, (Prof.Dr. Nuray Enç).
- Balcı A, Enç N. Koroner anjiyografi uygulanacak hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametreler üzerine etkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2013; 4(5):41-50.
- Balcı B. Koroner Anjiyografi ve perkütan koroner girişim. Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics. 2014; 7(2):119-122.
- Baran M. Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda öğrenim gereksinimlerinin saptanması. 2018, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 58 sayfa, (Dr.Öğr. Üyesi Çiğdem Köçkar).
- Başaran Dursun H, Yılmaz E. Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015; 2(3):65-70.
- Bayat M. Öğretim süreci ve hemşirelik. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2005; 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):66-72.
- Bayata MS, Saraç S. Koroner anjiyografide komplikasyon ve riskler. Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics. 2014; 7(2):85-89.
- Bayraktar, M. Ulusal hastalık yükünde diyabetin önemi. İçinde: Ulusal Hastalık Yükü Çalışması 2017, Hacettepe Tıp Fakültesi. 2017: s.6-8.
- Bayülgen M. Koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. 2015, Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 90 Sayfa, (Doç. Dr. Meral Altıok).

- Beşli F, Dr. Alişir MF, Keçebaş M, Serdar OA, Güngören F. Kalp kateterizasyonu ve elektif perkütan girişimlerde periferik damar komplikasyonları açısından femoral arter pnömotik kompresyon cihazının kum torbası yöntemi ile karşılaştırılması. *Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol*. 2013; 41(6):478-485.
- Bingöl G, Demir A. Amasya Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. *Göztepe Tıp Dergisi*. 2011; 26(4):152-159.
- Börekçi A. Koroner anjiyografi endikasyonları. *Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics*. 2014; 7(2):6-10.
- Buğan B, Çelik T. Koroner arter hastalığı risk faktörleri. *J Clin Anal Med*. 2014; 5(2): 159-63.
- Carew D. Discharge information needs of outpatient cardiac catheterization patients. University of Toronto, Master of Science Graduate Department of Nursing Science, Canada. 1999.
- Ceylan Y, Kaya Y, Tuncer M. Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*. 2011; 18 (3):147-154.
- Cleary M, Horsfall J, Hung G. Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Issues and Innovations in Nursing Practice*. 2003; 42 (3): 269-277.
- Çakmakçı H, Korkmaz F, Otçu Ö, Aslan F. Koroner anjiyografi uygulanan hastaların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörlerinin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2013; 5(1) :21-7.
- Çatal E, Dicle A. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 1(1):19-32.
- Çetin M, Özgül S. Koroner anjiyografide medikasyon. *Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics*. 2014; 7(2):16-9.
- Çetinkaya F, Aşiret G. Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *DEUHFED*. 2017; 10(2), 93-99.
- Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2001; 5(2):63-68.
- Cuppless SA. effects of timing and reinforcement of pre-operative education on knowledge and recovery of patients having coronary artery graft surgery. *Heart Lung*. 1991; 20, 654-660.

- Demir E. Genel cerrahi ünitesinde ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. 2018, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 Sayfa, (Prof.Dr. Ayla Yava).
- Demir H. Koroner arter hastalığı tanısında miyokard perfüzyon sintigrafisi. Türkiye Klinikleri Nükleer Tıp- Özel Konular. 2015; 1(3):13-23.
- Demir Ö, Arslantaş H. Koroner anjiyografi ve perkütan transluminal koroner anjiyoplasti işlemi öncesi uygulanan müzik eşliğinde progresif kas gevşeme egzersizinin bireylerin anksiyete düzeylerine olan etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014; 5(3):113-121.
- Demirkıran G. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. 2011, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 Sayfa, (Doç. Dr. Özge Uzun).
- Demirkıran G. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2012; 28 (1):1-12.
- Dilek F. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. 2008, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 Sayfa, (Yrd.Doç.Dr. Serap ÜNSAR).
- Dursun H, Yılmaz E. Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. CBU-SBED. 2015; 2(3):65-70.
- Durusoy E, Yıldırım T, Altun A. Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. Trakya Univ Tıp Fak Derg. 2010; 27 Suppl 1:13-18.
- Erdem D, Ugiş C, Albayrak MD, Akan B, Aksoy E, Göğüş N. Perianal bölge ameliyatı yapılacak hastalarda uygulanan anestezi yöntemlerinin preoperatif ve postoperatif anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi. Bakırköy Tıp Dergisi. 2011; 7:11-16.
- Erdem N, Ergüney S. Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(3):1-9.
- Erkoç Y, Yardım N. (Ed.) Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara, 2011.
- Ekiz S, Göz F. Koroner anjiyografi öncesi hastaları bilgilendirmenin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 8(1):20-30.

- Güçlü A, Kurşun Ş. Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20:2:107-113.
- Gülsüm N, Korkut S, Oğuzhan A. perkütan koroner girişim sonrası femoral kateter çekimine bağlı gelişen ağrının bir komplikasyonu: Vazovagal reaksiyon ve hemşirelik bakımı. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2014; 5(7):41-47.
- Gürlertop HY. Koroner anjiyografiye giriş. Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics. 2014; 7(2):1-5.
- Henderson A, Chien Wai-Tong. Information needs of Hong Kong chinese patients undergoing surgery. Journal of Clinical Nursing. 2004; 13(6):960-966.
- Hindistan S, Ergüney S. Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin ağrı düzeylerine, psikolojik belirtilerine ve yardım arama tutumlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 3:69-76.
- Işık B, Şenyuva E. Öğrenme kuramları ve hemşirelik eğitimine yansımaları. İ.U.F.N. Hem. Derg. 2009; 17(2):144-150.
- İlk A. İç hastalıkları kliniğinde yatan kronik hastalığa sahip hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. 2010, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 Sayfa, (Prof. Dr. Necmiye Sabuncu).
- İnangil D, Şendir M. Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. Acıbaden Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; (2):96-101.
- Jacobs V. Informational needs of surgical patients following discharge. Appl Nurs Res. 2000; 13(1):12-8.
- Jickling J, Graydon J. The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: A pilot study. Heart Lung. 1997; 26(5):350-357.
- Johnson JH. Ambulatory surgery: Perioperative Nursing Care Planning, Ed: Rothrock JL, 2nd Ed, St Louis, Mosby 1996: p.467-484.
- Karadağ M. Ayaktan cerrahi uygulamalarında hasta eğitimi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999; 3(2): 27-34.

- Katircıbaşı T, Çamsarı A, Döven O, Pekdemir H, Akkuş N, Çiçek D, Cin G, Özcan İT. (2004). Perkütan koroner girişimler sonrası femoral vasküler komplikasyonlar. Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2004; (4): 39-44.
- Kaya H. Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimi Dergisi 2009; 1(1)s:19-23.
- Kaya N, Kaya H. Hemşireler tarafından geliştirilen yazılı hasta eğitim materyallerinin okunabilirliğinin saptanması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 1:1-6.
- Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. 2003, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, (Prof. Dr. Osman Nuri Dilek).
- Konakçı G. Hipertansiyonu olan bireylerde Kronik Bakım Modeli temelli eğitimin hastalık yönetimine etkisi. 2016, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, (Prof. Dr. Asiye Akyol).
- Koplay M, Erol C. Koroner arter hastalığı. Türk Radyoloji Derneği Seminerleri. 2013; 1: 57-69.
- Koroner Kalp Hastalığından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Kılavuz. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Ulusal Kılavuz. Erişim adresi: <https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k02.htm> , Erişim tarihi : 13.03.2018.
- Merkley JM. Stress, uncertainty, and information needs in family caregivers of severely head-injured adults before final discharge from rehabilitation settings. University of Toronto, Master of Science Graduate Department of Nursing Science, Canada;1997: p.140.
- NCEP Expert Summary Panel on Detection Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001; 285:2486-97.
- Onat A, Şurdum-Avcı G, Şenocak M, Örnek E, Gözükara Y. Serum lipids and their interrelation in Turkish adults. J Epidemiol Commun Hlth. 1992; 46:470-6.
- Onat A, Can G. Halkımızda Koroner Kalp Hastalığı için Bağımsız Öngördürücülerin Nisbi Riski. İçinde: TEKHARF, Tıp dünyasının kronik hastalıklarına öncülük. Onat A (Ed.). Logos Yayıncılık, İstanbul, 2017:s.29-38.

- Onat A. Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon. İçinde: TEKHARF, Tıp dünyasının kronik hastalıklarına öncülük. Onat A (Ed.). Logos Yayıncılık, İstanbul, 2017:s.104-117.
- Onat A. Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi: Eğilimler ve Kadında Farklı Kardiyometabolik Etkiler. İçinde: TEKHARF, Tıp dünyasının kronik hastalıklarına öncülük. Onat A (Ed.). Logos Yayıncılık, İstanbul, 2017:s.120-131.
- Onat A, Yüksel H. Türk Erişkinlerinde Obezite ile Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları. İçinde: TEKHARF, Tıp dünyasının kronik hastalıklarına öncülük. Onat A (Ed.). Logos Yayıncılık, İstanbul, 2017:s.141-152.
- Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. İçinde: TEKHARF, Tıp dünyasının kronik hastalıklarına öncülük. Onat A (Ed.). Logos Yayıncılık, İstanbul, 2017:s.20-25.
- Orgun F, Şen G. Bir devlet hastanesinin cerrahi birimlerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerinin saptanması. Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık Ve Tıp Bilimleri Dergisi. 2012; 2(4) s:52-64.
- Özarlan B. Diyabetik koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. 2013,Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 149 Sayfa, (Prof. Dr. Nuran Akdemir).
- Özcan, H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. 2008, Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 97 Sayfa, (Dr. Öğr. Üyesi Ümmü Yıldız Fındık).
- Özen A, Çelik S. Koroner anjiyoplasti ve intrakoroner stent uygulanan hastaların bakımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13: 2:60-67.
- Özel S. Cerrahi girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. 2010, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 95 sayfa, (Dr. Öğr. Üyesi Ükke Karabacak).
- Özmen F. Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti. Dünyada Ve Türkiye’de İlkler. TGKD 2008; 12(3):128-141.
- Öztürk H, Çilingir D, Hindistan S. Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. DEUHYO ED. 2011; 4 (4):153-158.

- Pamuksuz H. Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların bağımsızlık düzeylerinin taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerine etkisi. 2017, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 85 Sayfa, (Doç. Dr. SONAY Baltacı Göktaş).
- Perkutan Koroner ve Valvular Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları 2. Basım,2007.
- Polat N. Koroner anjiyografi öncesi bilgilendirmenin hastaların anksiyetesi üzerine etkisinin belirlenmesi. 2018, Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 Sayfa, (Prof. Dr. Nedime Köşgeroğlu).
- Rich-vander Bij LP. The discharge information needs of adults with incisions healing by secondary intention. Master thesis, Graduate Department of Nursing Science, Toronto: University of Toronto. 1999.
- Suhonen R, Nenonen H, Laukka A, Valimaki M. Patients' informational needs and information needs and information received do not correspond in hospital. Journal of Clinical Nursing. 2005; 14:1167.
- Sünbül M, Zincir S, Durmuş E, Sünbül E, Cengiz FF, Kıvrak T, Samadov F, Sarı İ. Anxiety and depression in patients with coronary artery disease. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2013; 23(4):345-52.
- Sönmez V. Program Geliştirmede Öğretmen El Kitabı. 12. Baskı, Anı Yayıncılık, Ankara, 2005.
- Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. İ.U.F.N. Hem. Derg. 2007; 15(59):100-106.
- Tan M, Özdelikara A, Polat H. Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. F.N. Hem. Derg. 2013; 21(1):1-8.
- Taşçı C. Türkiye'de ve dünyada kararlı koroner arter hastalığı tanısında noninvaziv testlerin ve invaziv koroner anjiyografinin kullanımı. Türkiye Klinikleri Nükleer Tıp- Özel konular. 2015;1(3):1-12.
- Taşdemir N, Güloğlu S, Turan Y, Çataltepe T, Özbayır Ö. Learning needs of neurosurgery patients. Journal of Neurological Sciences. 2010; 27(4):414-420.
- Taşocak G. Hasta Eğitimi. İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayımevi, İstanbul, 2003: s.3-93.

- Tawakol M, Ashraf S, Brener S. Risks and complications of coronary angiography. A comprehensive review. *Glob J Health Sci.* 2012; 4(1):65-95.
- Tavlı T, Pekel N. Koroner arter hastalığında risk faktörleri. *Turkiye Klinikleri Cardiology Special Topics.* 2011; 4(2):16-20.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Kardio-Vasküler Sistem Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı 2, Ankara, 2013: s.3-9.
- Tekin G. Kararlı koroner arter hastalığında güncel ilaç tedavisi. *Archives Medical Review Journal.* 2015; 24(4):592-613.
- Temiz A, Yener AÜ, Barutçu A, Gazi E, Altun B, Bekler A, Vural A, Özkan T, Kurt T, Erbağ G, Şen H. Önceden koroner anjiyografi ile koroner arter hastalığı tanısı konulmuş hastalar uygun medikal tedavi altında mı? *Türk Gogus Kalp Dama.* 2015; 23(2):251-257.
- Tezcan S. Temel Epidemiyoloji. *Hipokrat Kitabevi, Ankara, 2013:s.330.*
- Tok A. Koroner anjioplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar. 2006, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Doç. Dr. Sevilay Şenol Çelik).
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı-Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014). Ankara, 2010.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. Ankara, 2015.
- Ulusan Z. Kalça protezi uygulanan hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. 2008, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, (Dr.Öğr. Üyesi Naile Bilgili).
- Ural D. ESC Kılavuzları, Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları* 2012; vol.40, Sup 3.
- Uzun, Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2000; 3, 36-45.
- Yalçın R, Cemri M, Boyacı B, Timurkaynak T, Akata D, Ünlü M. Koroner arter hastalığı – 1. *Gazi Tıp Dergisi.* 2006; 17(1):1-33.

- Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. - Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015; 12(3):204-209.
- Yaman, Y. Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi. 2008, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi,167 Sayfa, (Dr. Öğretim Üyesi Hülya Deniz Bulut).
- Yetkin A. Hemşirelerin hasta ve ailesinin eğitimi ile ilgili görüş ve uygulamaları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002; 5(1):53-59.
- Yeşildağ O. Koroner anjiyografi hasta hazırlığı (bilgilendirme, onam, özel önlemler, sedasyon, time-out, steril örtme, monitörizasyon, sıvılar, heparinizasyon). *Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics*. 2014; 7(2):29-33.
- Yeşildağ O. Koroner anjiyografi sonrası kanama kontrolü, vasküler giriş yeri komplikasyonları, işlem sonu izlem. *Türkiye Klinikleri Cardiology Special Topics*. 2014; 7(2):43-6.
- Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2002; 4(1):40-49.
- Yılmaz M. Yetişkin cerrahi hastalarının öğrenim gereksinimleri. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2017; 39(1):402-411.
- Williams LS. *Nursing Care of Patients Having Surgery*. Eds: Williams LS, Hopper PD. *Understanding Medical Surgical Nursing*. 2nd Ed. F.A.Davis Company, Philadelphia, 2003;145-173.

8.EKLER

EK 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, 'Hasta Gereksinimleri Değerlendirme Ölçeği' kullanılarak anjiyografi sonrası taburculuğu planlanan kişilerin öğrenim gereksinimlerinin belirlemektir. planlanmıştır. Elinizdeki soru formu bu amaçla yapılan yüksek lisans çalışması için hazırlanmıştır. Araştırma da önemli olan kişilerin bireysel cevapları değil, örneklemden elde edilecek toplu sonuçlardır. Bu doğrultuda soru formuna adınızı ve kimliğinizi ifade eden herhangi bir şey yazmanıza gerek yoktur ve vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacaktır. Çalışmaya katılım isteğe dayalıdır. Anket formunu okuyup doldurmanız için öngörülen süre yaklaşık 15 dakikadır. Çalışmaya katılmak istiyorsanız, anket formundaki soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nde yer alan 50 maddeden oluşan ifadeleri 1 ile 5 arasında (1.önemli değil, 2. Biraz önemli, 3.ne az ne çok önemli, 4.çok önemli 5. son derece önemli)olarak değerlendiriniz.

Çalışmaya getirdiğiniz değerli katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmacı Yüksek Lisans Öğrencisi

Turgut Özay GÖKSEL

Danışman: Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY

TANITICI BİLGİ FORMU

Veri Toplama Tarihi:

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet:

1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni Hali:

1. Bekar 2. Evli

değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite

5. Sosyal Güvencesi:

1. Emekli Sandığı 2. Bağkur 3. SSK 4. Eğitim Durumu:

1. Okur-yazar. Yeşilkart 5. Ücretli

6. Daha önce koroner anjiyografi oldunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

7. Daha önce herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

8. Daha önce hastanede yattınız mı?

1. Evet.....(Evet ise kaç kez?) 2. Hayır

9. Nerede yaşıyorsunuz?

1. Köy-Kasaba 2. İlçe Merkezi 3. Şehir Merkezi

10. Egzersiz yapıyor musunuz?

1. evet Haftada/günde Dakika 2. Hayır

11. Kronik bir hastalığınız var mı? (Tansiyon, Kalp yetmezliği, KOAH, Diyabet vb.)

1. Evet Hangisi/Hangileri..... 2. Hayır

12. Sigara içiyor musunuz?

1. Evetpaket,.....yıldır 2. Hayır

13. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet Günde/haftada.....kadeh 2. Hayır

14. Herhangi bir sağlık kurumunda, sağlık profesyonelleri tarafından eğitim aldınız mı?

1. Evet Ne hakkında eğitim? 2. Hayır

EK 2. HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)					
Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.					
1= önemli değil, 2= biraz önemli, 3= ne az ne çok önemli, 4= çok önemli, 5= son derece önemli.					
MADDELER	Önemli değil	Biraz önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13. Hastalığımanın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karna gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19. Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21. Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22. Evde acil bir sağlık sorunun olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5

23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarının her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarının her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızamıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

EK.3 ETİK KURUL İZNI



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 18920478-050.01.04/F.152680
Konu : Başvuru İncelemesi


28.12.2017

Sayın Prof.Dr. Ayşe San TÜRGAY

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Koronar Anjiyografi Olan Hastalarda Öğrenim Gereksinimleri" başlıklı 2011-KAEK-27/2017-E.138246 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 27/12/2017 tarih ve 21-04 nolu kararı aşağıdadır.
Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi :27.12.2017 14:00
Karar No :2017-21

Karar-04)2011-KAEK-27/2017-E.138246 no'lu araştırmaya ile ilgili olarak, proje yürütücüsü Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY'ın çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilerek onay yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR**" karar verilmiştir.

 e-izneldir

Prof.Dr. Haluk Engin AKSU
Başkan

Not: 5070 sayılı elektronik imza kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nilaz OTURAN
Sekreter

EK.4 ÇANAKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİNİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
ÇANAKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 18231034-771
Konu : Anket Çalışması Hk.

Sayın Turgut Özay GÖKSEL

İlgi 22/12/2017 tarihli ve 6841 sayılı dilekçeniz

İlgi tarih ve sayılı yazınız ile tarafınıza iletmış olduğumuz anket çalışması talebi incelenmiş olup, bilimsel araştırma izni kapsamı dışında hiçbir verinin toplanamayacağı, İl Sağlık Müdürlüğünün uygun bulmadığı hiçbir verinin yayınlanamayacağı, çalışma süresince tarafınıza sunulan kurumsal ve kişisel her türlü bilgiyi, anket sonuçları ve çalışma neticelerinin Müdürlüğümüz onayı olmadan yayımlanmaması koşuluyla anket çalışmasının yapılması uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. AH TAŞÇI
İl Sağlık Müdürü

Esaslar Mülhâlesi Kocatepe Sokak No:1 Çanakkale

Faks No:215 00 74

e-Posta adresi:sa.iz@sgmlik.gov.tr İnt. Adresi: http://www.canakkalesaglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı girisine <http://e-bulgus.relik.gov.tr> adresinden 65310016-3749 412e-b1-6-1343 4691b667 kodu ile erişilebilir. Bu belge 3078 sayılı elektronik imza kanuna göre görevli elektronik imza ile oluşturulmuştur.

Bilgi için:Emine SERT

Ünvan:ERİK

Telefon No:0 (286) 217 11 58/ 1172

EK.5 SAYIN EMİNE ÇATAL'DAN ALINAN İZİN BELGESİ



Sayın Turgut Özay GÖKSEL,

Türkçe'ye uyarladığımız “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

“Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığımız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Dr. Öğr.Ü. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Doç. Dr. Aklime DİCLE

İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

EK 6. SİRALI İZİ TEZ KONTROL FORMU

	Evet	Hayır
1) Anblem renkli ve 2x2 cm boyutunda olmalıdır.	✓	
2) Kapakta sadece başlık buld ve 14 punto, diğer yazılar normal renkte ve 12 punto yazılmalıdır.	✓	
3) Tez savunma sınavında kabul edilmiş tezler için, tezin sırtı tez yazım kılavuzuna uygun olarak düzenlenmiş olmalıdır.	✓	
4) Kabul edilmiş tez konusu ile tezin baş sayfasındaki tez konusu aynı olmalıdır.	✓	
5) Beyan eksiksiz ve imzalı olarak Tez Yazım Kılavuzundaki gibi konmalıdır.	✓	
6) Özet ve Summary 250'şer kelimeyi aşmamalıdır. (1 sayfa)	✓	
7) Anahtar kelimeler (en fazla) 5 adet olmalıdır.	✓	
8) İngilizce özetin başında konu başlığı yazılmalıdır.	✓	
9) Metin ve kaynakların fümü 1,5 aralıklı olmalıdır.	✓	
10) Tezde yazım karakteri olarak "Times New Roman" kullanılmıştır.	✓	
11) Web sayfa kaynakları metin içinde de geçmelidir (parantez içinde güncelleme tarihi ile birlikte). Kaynaklar bölümünde de cümlelerin sonunda Erişim adresi ve Erişim tarihi sırasıyla verilmelidir.	✓	
12) Çalışmanın Etik Kurul onayı, varsa kurum onayı tezin ön arkasına konmalıdır.	✓	

Tarih: 08. 09. / 2015 Öğrenci Adı ve Soyadı, Tugay Bay Gökseçel İmza	Tarih: 09. 09. / 2015 Danışman Adı ve Soyadı, Prof. Dr. Ayşe Sarı Tokdemir İmza
--	---

**EK 7. ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ SİRALLI/CİLİFLİ TEZ YAZIM KONTROL LİSTESİ**

KONTROL BAŞLIĞI	ÖĞRENCİ	DANIŞMAN
Tez yazımında kullanılan yazı tipi	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfa kenar boşlukları	✓UYGUN	✓UYGUN
Kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İç kapak sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Önay sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Beyan sayfası içeriği ve düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
İçindekiler sayfası düzeni	✓UYGUN	✓UYGUN
Teşekkür sayfası	✓UYGUN	✓UYGUN
Türkçe özet	✓UYGUN	✓UYGUN
İngilizce özet	✓UYGUN	✓UYGUN
Simgeler ve kısaltmalar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekiller dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tablolar dizini	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin ön sayfalarının sıralaması	✓UYGUN	✓UYGUN
Ön sayfaların numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Sayfalarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Başlıklarının numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Şekil, resim ve tablo numaralandırılması	✓UYGUN	✓UYGUN
Yöntem ve Çerçeve	✓UYGUN	✓UYGUN
Bulgular	✓UYGUN	✓UYGUN
Tartışma	✓UYGUN	✓UYGUN
Sonuç ve Öneriler	✓UYGUN	✓UYGUN
Kaynaklar	✓UYGUN	✓UYGUN
Ahlar (alıntı ve göndermeler)	✓UYGUN	✓UYGUN
Eklere (etik kurul onayı, vs)	✓UYGUN	✓UYGUN
Tez planı	✓UYGUN	✓UYGUN
Dil (anlatım, yazım -imla)	✓UYGUN	✓UYGUN
Kâğıt ve baskı özelliği	✓UYGUN	✓UYGUN
Tezin son şeklinin elektronik kopyası	✓UYGUN	✓UYGUN
Tarih: 08.03. / 2015	Tarih: 08.03. / 2015	
Öğrenci Adı ve Soyadı, Tuna Özgür Gökseçel İmza	Danışmanın Adı ve Soyadı, Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRK İmza A. Sancaklıoğlu	

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Turgut Özay	Soyadı	Göksel
Doğum Yeri	İpsala	Doğum Tarihi	17.04.1993
Uyruğu	Türk	TC Kimlik No	13844030058
E-mail	turgutozay22@gmail.com	Tel	05064631133

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2019
Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2015

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Çanakkale Devlet Hastanesi	2015-Halen
2.			-

Yabancı Dil Sınav Notu

Yökdil	ÜDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE
50								

A-Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Diğer:

B-Katıldığı Uluslararası ve ulusal konferans ve kongreler:

C-Sertifikalar:

D-Ödüller: