



T.C.
DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜŐÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM GEÇİREN
HASTALARIN TABURCULUK DÖNEMİNE İLİŞKİN
ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan

Elif ÖZKARA

İstanbul, 2024



T.C.
DOĞUŞ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM GEÇİREN
HASTALARIN TABURCULUK DÖNEMİNE İLİŞKİN
ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan

Elif ÖZKARA

202291075007

0009-0004-7385-2332

Danışman

Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN

İstanbul, 2024

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Perkütan Koroner Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Dönemine İlişkin Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafından yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiği ve çalışmamın içinde kullanıldıklarını her yerde bunlara atıf yapıldığını, patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 27.06.2024

Elif ÖZKARA



YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

Doküman No	FR.1.26
Yürürlük Tarihi	1.11.2017
Revizyon Tarihi	4.12.2020
Revizyon No	2
Sayfa	1 / 1

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Tarih: 27/06/2024

Anabilim/Anasanat Dalı

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği

Öğrencinin Adı Soyadı

Elif ÖZKARA

Öğrenci No

202291075007

Tez Danışmanının Adı Soyadı

Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN

İkinci Tez Danışmanının Adı Soyadı

Tezin Başlığı

Perkütan Koroner Girişim Geçiren Hastalıkların Taburculuk
Dönemine İlişkin Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin 33/4 addesi uyarınca yapılan değerlendirmeler sonunda;

☒ tezin kabul
edilmesine

☐ tezde düzeltme
verilmesine

☐ tezin
reddedilmesine

oy birliği oy çokluğu ile karar verilmiştir. Gereği için arz olunur.

Danışman Üye

Üye

Üye

Üye

Üye

Anabilim/Anasanat Dalı Başkanı Onayı:

Doğuş Üniversitesi ("Üniversite") olarak kişisel verilerinizin güvenliği hakkında azami hassasiyet göstermekteyiz. Üniversite olarak, Üniversite ile ilişkili tüm şahıslara ait her türlü kişisel verinin 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ("KVKK K.")'na uygun olarak işlenmesine ve gizliliğinin sağlanmasına büyük önem vermekteyiz. Anayasa m.20/3 ile tanımlanan "kişisel verilerinizin korunmasını isteme" hakkınızın bilinciyle olarak, KVKK K. kapsamında tanımlı "Veri Sorumlusu" sıfatıyla, kişisel verilerinizi mevzuata uygun şekilde işlemekteyiz. Daha geniş açıklama için Doğuş Üniversitesi <https://www.dogus.edu.tr/hakkimizda/kisisel-verilerin-korunmasi>

As Doğuş University ("University"), we show maximum sensitivity about the security of your personal data. As a university, we attach great importance to the processing and confidentiality of all personal data of all individuals associated with the University in accordance with the Law No. 6698 on Protection of Personal Data ("KVKK K."). Being aware of your right to "ask for the protection of your personal data" recognized by the constitution article 20/3, as "Data Controller" defined within the scope of KVKK K., we process your personal data in accordance with the legislation. For a broader explanation you can visit <https://www.dogus.edu.tr/hakkimizda/kisisel-verilerin-korunmasi>

hakkımızda: about us kişisel-verilerin-korunmasi: protection of personal data

(Form No: FR-001, Revizyon Tarihi:30.09.2016, Revizyon No:00)

Adı ve Soyadı : Elif ÖZKARA
Danışmanı : Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi, 2024
Alanı : Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
Anahtar Kelimeler : Hemşirelik, Taburculuk, Cerrahi

ÖZET

PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM GEÇİREN HASTALARIN TABUCULUK DÖNEMİNE İLİŞKİN ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Bu tez çalışması, perkütan koroner girişim geçiren hasta bireylerin taburculuk dönemine ilişkin öğrenim gereksinimlerini ve gereksinimlerin karşılanması durumunu belirlemek üzere tek merkezli ve kesitsel bir araştırma olarak planlandı ve uygulandı. Araştırmanın örneklemini İstanbul’da bulunan bir şehir hastanesinde perkütan koroner girişim geçiren ve taburculuğu planlanan 121 hasta birey oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Bilgi Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ile toplandı. Ölçek istatistiksel olarak; Kolmogorov-Smirnov testi, Mann Whitney U testi, Spearman Korelasyon analizi ile test edildi. Ölçek toplam puan ortalamasının $169,31 \pm 24,42$ olduğu bulundu. Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumları ölçek alt boyut korelasyonları arasındaki ilişkilerin “ilaçlar” “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı”, “toplam puan” alt boyutları ile pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı olduğu bulundu ($p < 0,001$); evli bireylerin “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular” ve “yaşam kalitesi” gereksinimlerin karşılanması alt boyutunun anlamlı olduğu ($p < 0,05$); diyabeti olan bireylerde “ilaçlar” gereksinimin karşılanması alt boyutunun anlamlı olduğu ($p < 0,05$); taburculuk eğitiminde ailesi ya da bakım veren bireyleri yer almayan bireylerin; “yaşam aktiviteleri”; “duruma ilişkin duygular”; “tedavi ve komplikasyonlar”; “cilt bakımı” ve “toplam puan” alt boyutunun ileri derecede anlamlı olduğu ($p < 0,01$) bulundu. Hastaların orta düzeyin biraz üzerinde öğrenim gereksinimi olduğu, en yüksek öğrenim gereksinimi önem düzeyinin “tedavi ve komplikasyonlar” alt boyutunda (ortalama= $31,55 \pm 4,54$; önemlilik düzeyi= $3,50$); en düşük öğrenim gereksinimi önem düzeyinin ise “toplum ve izlem” alt boyutunda (ortalama= $18,41 \pm 2,54$; önemlilik düzeyi= $3,06$) olduğu, en az karşılanan öğrenim gereksiniminin %64.9 oranda “yaşam kalitesi” olduğu, bu doğrultuda perkütan koroner girişim geçiren hastaların/aile üyelerinin taburculuk eğitimine ilişkin, ilgili maddelere odaklanılarak eğitim verilmesi gereği önerilebilir.

Name and Surname : Elif ÖZKARA
Supervisor : Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN
Degree and Date : Master's Thesis, 2024
Major : Surgical Diseases Nursing
Key Words : Nursing, Discharge, Surgery

ABSTRACT

DETERMINATION OF LEARNING REQUIREMENTS FOR THE DISCHARGE PERIOD OF PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

This thesis study was planned and implemented as a single-center and cross-sectional study to determine the learning needs of patients who underwent percutaneous coronary intervention regarding the discharge period and the fulfillment of these needs. The sample of the study consisted of 121 patients who underwent percutaneous coronary intervention in a city hospital in Istanbul and were planned to be discharged. Data were collected with the Patient Information Form and Patient Learning Needs Scale created by the researcher. The scale is statistically; It was tested with Kolmogorov-Smirnov test, Mann Whitney U test, Spearman Correlation analysis. The mean total score of the scale was found to be $169,31 \pm 24,42$. The relationships between patient learning needs and meeting the needs scale sub-dimension correlations include "drugs", "life activities", "society and follow-up", "emotions related to the situation", "treatment and complications", 'It was found to be highly significant in a positive way with the sub-dimensions 'quality of life', 'skin care' and 'total score' ($p < 0,001$); The sub-dimensions of meeting the needs of married individuals such as "society and follow-up", "emotions related to the situation" and "quality of life" are significant ($p < 0,05$); The "medication" sub-dimension of meeting the needs of individuals with diabetes was significant ($p < 0,05$); Individuals whose family or caregivers are not included in discharge training; "life activities"; "emotions related to the situation"; "treatment and complications"; The "skin care" and "total score" sub-dimensions were found to be highly significant ($p < 0,01$). The patients had slightly above average educational needs, and the highest educational need was found in the "treatment and complications" sub-dimension (mean= $31,55 \pm 4,54$; importance level=3,50); The lowest education need importance level is in the "society and follow-up" sub-dimension (mean= $18,41 \pm 2,54$; importance level=3,06), and the least met education need is "quality of life" with a rate of 64,9%, In this regard, it can be suggested that education should be provided regarding the discharge education of patients/family members who have undergone percutaneous coronary intervention, focusing on the relevant items.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZET

ABSTRACT

TABLolar LİSTESİ iii

KISALTMALAR v

GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Kalp ve Damar Hastalıkları (KDH)	4
1.2. Perkütan Koroner Girişim (PKG)	5
1.3. Perkütan Koroner Girişim Sonrası Hemşirelik Bakımı	6
1.4. Perkütan Koroner Girişim Sonrası Taburculuk Eğitimi ve	9
Öğrenim Gereksinimleri.....	9

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Gereç ve Yöntem.....	15
2.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	15
2.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	15
2.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	15
2.1.4. Araştırma Soruları	16
2.1.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	17
2.1.6. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	17
2.1.7. Veri Toplama Süreci.....	17
2.1.8. Veri Toplama Araçları.....	17
2.1.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri	21
2.1.10. Araştırmanın Etik Yönü	21

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Bulgular.....	22
--------------------	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Tartışma.....	52
--------------------	----

4.2. Birinci Bölüme İlişkin Verilerin Tartışılması	52
--	----

4.3. İkinci Bölüme İlişkin Verilerin Tartışılması	53
---	----

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
-------------------------------	-----------

KAYNAKÇA.....	64
----------------------	-----------

EKLER	77
--------------------	-----------

Ek-1: Etik Kurul İzni.....	77
----------------------------	----

Ek-2: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni.....	78
--	----

Ek-3: Hasta Bilgi Formu	79
-------------------------------	----

Ek-4: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ).....	81
---	----

Ek-5: Katılımcı Bilgi ve Onam Formu.....	83
--	----

Ek-6: Ölçek İzni	84
------------------------	----

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Ölçek Alt Boyut Puanları	18
Tablo 2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri ve Türkçe'ye Uyarlamada Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı Değerlerinin İncelenmesi (N=301)	19
Tablo 3. Hasta Bireylerin Yaş, Boy, Kilo, Beden Kitle İndeksi Değerleri #(N=121) .	23
Tablo 4. Hasta Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri # (N=121)	24
Tablo 5. Hasta Bireylerin Mevcut Hastalık / Ek Hastalık Varlığı Durumuna ve Aynı Evde Yaşadıkları Bireylere Göre Dağılımı # (N=121).....	25
Tablo 6. Hasta Bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Öğrenim Gereksinimleri Önem Düzeyleri.....	29
Tablo 7. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Önem Düzeyi ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Önem Düzeyi ile İlişkisi #(N=121)	30
Tablo 8. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamaları # (N=121)	32
Tablo 9. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Alt Boyutlarının Gereksinimlerin Karşılanması Durumu İle İlişkisi # (N=121)	33
Tablo 10. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Alt Boyutlarının Yaş ve Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması # (N=121)	35
Tablo 11. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması # (N=121).....	36
Tablo 12. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması #(N=121) ..	37
Tablo 13. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Ek Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)	39
Tablo 14. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Diyabet Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)40	

Tablo 15. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Hipertansiyon Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)	42
Tablo 16. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Böbrek Hastalığı Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)	43
Tablo 17. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Kalp Hastalığı Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)	45
Tablo 18. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Diğer Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)	46
Tablo 19. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Anjio/Stent Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)	47
Tablo 20. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Önceki Ameliyat Deneyimine Göre Karşılaştırılması # (N=121)	48
Tablo 21. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Bakım Veren Bireyin/Ailenin Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması # (N=121)	50

KISALTMALAR

ACCCN:	Avustralya Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BOH:	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
COURAGE:	Revaskülarizasyon ve Agresif İlaç Değerlendirmelerinden Yararlanılan Klinik Sonuçlar
DM:	Diyabetes Mellitus/Diyabet
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HÖGÖ:	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
HT:	Hipertansiyon
İKH:	İskemik Kalp Hastalığı
KABG:	Koroner Arter Bypass Greft
KAG:	Koroner Arter Girişim
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KDH:	Kalp ve Damar Hastalıkları
KKH:	Koroner Kalp Hastalığı
MI:	Miyokard Enfarktüsü
NMS:	Gereksinimlerin Karşılama Puanı
PKG:	Perkütan Koroner Girişim
RKÇ:	Randomize Kontrollü Çalışmalar
SVH:	Serebrovasküler Hastalıklar
TÜİK:	Türkiye İstatistik Kurumu

GİRİŞ

Koroner kalp hastalığı (KKH), kalbi besleyen kan damarlarındaki tıkanıklıklar veya kanama nedeniyle kan akışındaki kesinti/durma nedeniyle ortaya çıkan ve dünya üzerinde en yaygın görülen ölümcül hastalıklar arasındadır (Civek & Akman, 2022). Koroner kalp hastalığı (KKH), koroner arter hastalığı (KAH) veya iskemik kalp hastalığı (İKH) olarak da tanımlanmaktadır (Erdem, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) , KKH'nı ilk on ölüm nedeninin başında geldiğini ve toplam ölümlerin %16'sını oluşturduğunu bildirmektedir (DSÖ, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 verilerine göre ölüm nedenlerinin başında %33,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları yer almaktadır (TÜİK, 2021). Dolaşım sistemi hastalıklarının alt grubundaki ölüm nedenlerinin %41,8' ini ise İKH oluşturmaktadır (TÜİK, 2021).

Koroner kalp hastalığı tanısında altın standart (Mutlu vd. 2022) olan, koroner anjiyografi işlemi sırasında koroner arterlere uygulanan opak madde ile damar yapısı incelenebilmektedir. Femoral ya da brakial arter yoluyla kalbin damarlarına ulaşılarak gerçekleştirilen bu işlem ve uygulamalar perkütan koroner girişim (PKG) olarak adlandırılmaktadır (Mutlu vd. 2022).

Günümüzde, anjiyoplasti ve stent girişimi gibi tanıya yönelik invaziv girişimler ile koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisi gibi majör bir cerrahi girişime gerek kalmaksızın KAH tedavi edilebilmektedir (Bakan, 2016). PKG, İlk kez Andreas Gruentzig tarafından 1997'de uygulanmış ve 1980'lerin ortalarına doğru, KABG cerrahisine alternatif bir cerrahi girişim seçeneği olmuştur (Bakan, 2016).

Cerrahi girişim öncesi, sonrası ve sonrasında kapsayan perioperatif süreçte hemşirelik bakımının en önemli amacı; cerrahi komplikasyonları önlemek ve hastanın işleme ve taburculuğa hazır hale getirilmesinin sağlanmasıdır (Demirkıran & Uzun, 2012). Taburculuk eğitiminin en önemli hedefi ise; hasta bireyin bireysel özelliklerine ve bakım gereksinimlerine uygun şekilde planlanarak verilmesidir (Demirkıran & Uzun, 2012). PKG uygulanan hastaların taburculuk döneminde; ağrı yönetimi, yara (insizyon) bakımı, egzersiz yapabilme düzeyi, cerrahi komplikasyonların izlemi ve yaşam kalitesi gibi konularda eğitim gereksinimleri olduğuna işaret edilmektedir

(Pieper vd. 2006). Hastaların taburculuk dönemine ilişkin bilgi eksikliğinin belirlenmesini ve bu eksikliklere yönelik hazırlıkların planlanmasını ve uygulanmasını içeren taburculuk eğitimi, hemşirelik bakımının devamlılığını sağlama bağlamında hemşirelerin interdisipliner ekip yaklaşımı ile çalışmasını gerektiren bir süreci kapsamına almaktadır (Çelebi, 2015).

Perkütan koroner girişim (PKG) uygulanan hastaların daha hızlı iyileşmesi, özgüvenlerinin artması, hastaneye yeniden başvuru sıklığının azalması ve hasta bakım maliyetlerinin azalması, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemlidir (Başaran Dursun &Yılmaz, 2015). Bu bağlamda hemşirelik bakımının önemli bir parçası olan taburculuk eğitiminin işlem öncesi dönemde planlanması gerekmektedir.

Kalp ve damar cerrahisi hemşiresinin, hasta birey/ ailesine vereceği taburculuk eğitiminin planlı şekilde uygulanması, interdisipliner ekip koordinasyonunu gerektirmektedir (Çelebi, 2015). Literatürde, cerrahi hemşirelerinin taburculuk eğitimindeki rollerini, iş yükünün fazla olması, taburculuk planlamasına inanmamaları, taburculuk planlama sürecinin anlaşılabilmesi, taburculuk planlama süreci ile ilgili bilgi eksikliği, ekip içi iletişimsizlik, taburculuk eğitimi için gerekli zaman ve uygun fiziksel koşullarının sağlanamaması gibi direkt ya da indirekt nedenlerle olumsuz etkilendiği vurgulanmaktadır (Yıldırım, 2007).

Ülkemizde, cerrahi girişim planlanan veya cerrahi girişim geçiren hastaların çoğunun cerrahi girişim nedenlerini bilmedikleri, özellikle girişim sonrası evde bakım uygulamaları konusunda bilgi eksikliği yaşadıkları görülmektedir (Demir, 2018). Birçok çalışma, KAH hastalarının hastalık süreci ve tedavi girişimleri hakkında bilgi sahibi olmadıklarını, daha sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmek için motivasyonlarının düşük olduğunu ve tıbbi tavsiyelere uyumlarının zayıf olduğunu ortaya koymuştur (Cheng vd. 2015 ; Farkouh vd. 2013 ; Harbman 2014).

Öğrenme ihtiyaçları basitçe mevcut bilgi ve yetenek düzeyi ile gerekli bilgi ve yetenek düzeyi arasındaki boşluk olarak tanımlanabilir (Knowles vd. 2014). Önceki çalışmalar, KAH hastalarının öğrenme gereksinimlerinin, semptomların tanınması, tıbbi tedavi, ikincil korunma ve risk faktörü modifikasyonunu içerdiğini göstermiştir (Kilonzo ve O'Connell 2011 ; Perk vd. 2015 ; Svavarsdottir vd. 2016). Elde edilen

kanıtlar, sağlık eğitimi programlarının uygulanmasının hastaların gerçek öğrenme ihtiyaçlarını karşıladığını, hastaların taburculuk sonrası yaşam tarzlarında iyileşme ile ilişkili olduğunu ve komplikasyonları ve yeniden kabul oranlarını azalttığını göstermiştir (Eshah 2013 ; Fredericks & Yau 2013 ; Wang vd. 2014).

Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk dönemine ilişkin çalışmalara az sayıda rastlanmakta, (Gök ve Faydalı, 2023; Gök, 2019; Başaran Dursun ve Yılmaz, 2015; Akkuzu vd. 2018; Akyol, 2019; atal 2008; atal 2015), ancak koroner girişim geçiren hastalar ile ilgili alışmalar (Aydın, Gürol, Soylu, & Dağdeviren, 2014; atal 2015) oldukça sınırlıdır. Bu araştırma; PKG sonrası acil tedavinin, ilaçlara yönelik bireysel danışmanlığın, egzersizin ve eğitimin en öncelikli konular olarak sıralandığı ve önem arz ettiği, hastalar açısından benzer sonuçların rapor edildiği literatür bilgilerinden hareketle (Mosleh vd. 2016), PKG geçiren hastaların taburculuk dönemindeki öğrenim gereksinimlerini ve karşılanma durumunu belirlemek amacıyla tek merkezli ve kesitsel olarak planlandı ve uygulandı.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. Kalp ve Damar Hastalıkları (KDH)

Dünya üzerinde kalp ve damar hastalıkları (KDH) grubunda en sık rastlanan KAH (Güler, 2019), mortalite ve morbidite nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Öztürk, 2021). DSÖ'nün bir çalışmasına göre; dünya üzerindeki ölümlerin %16'sını İKH oluşturmaktadır (DSÖ, 2019). 2000-2019 yılları arasındaki ölümlerin en başında 8,9 milyon ölüm ile İKH gelmektedir (DSÖ, 2019).

2022 yılı içerisinde, dünyadaki ölüm nedenleri incelendiğinde, ilk sırayı %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırayı %15,2 ile iyi ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırayı %13,5 oranında solunum sistemi hastalıkları almıştır (TÜİK, 2022). Dolaşım sistemi hastalıklarının alt ölüm nedenleri incelendiğinde; İKH nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %42,3 ve diğer kalp hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin ise %23,5 olduğu bildirilmiştir (TÜİK, 2022).

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020)'ndaki; Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH)'lar; ilk sırada KDH, ayrıca ilk iki ölüm nedenleri İKH ve serebrovasküler hastalıklar (SVH) olarak rapor edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Dünya üzerinde gerçekleşecek olan ölüm nedenlerinin, uzun bir süre daha KDH olacağı tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Miyokardı besleyen damarlardaki tıkanıklıklar veya daralmalar olarak adlandırılan KAH'nın (Çatal, 2015) sıklıkla nedeni arterosklerozlar ve damar duvarının uzun süreli hasarlarıdır (Çatal, 2015), KAH'ın gelişim nedenlerinin başında lipid bozuklukları, hipertansiyon (HT), diyabet (DM), hiperkolesterolemi, metabolik sendrom, sigara kullanımı, obezite, fiziksel hareketsizlik gibi değişebilen etmenler, yanı sıra cinsiyet, yaş ve genetik faktörler gibi değiştirilemeyen tanıtıcı risk faktörleri gelmektedir (Güleç, 2022).

1.2. Perkütan Koroner Girişim (PKG)

İlk kez 1977'de tanımlanan PKG, hızlı bir evrim geçirerek en yaygın kardiyak cerrahi girişim olarak gündeme taşındı (Goodman vd., 2009). Her yıl yaklaşık 3 milyon hasta bireye PKG uygulandığı tahmin edilmektedir (Gerber vd., 2007). Bununla birlikte, tıbbi tedavi, ilaç salınımlı stentlerin kullanıma açılması, Revaskülarizasyon ve Agresif İlaç Değerlendirmelerinden Yararlanan Klinik Sonuçlar (COURAGE) çalışması yayınlanmış, (Shaw vd., 2008), Ulusal Kardiyovasküler Derneklerin uygun kullanım kriterleri gündeme alınmış (Patel, Dehmer, Hirshfeld, Smith ve Spertus, 2009) ancak tüm bu gelişmelere karşın PKG uygulamalarında uluslararası düzeyde potansiyel bir düşüş de rapor edilmiştir (Kim vd., 2014).

Koroner arter hastalığının tanı ve tedavisi ile ilgili gelişmeler hızla ilerlemektedir. Bu ilerlemeler, giderek artan talep ortamında mali kısıtlılığa ilişkin farkındalığın artmasına rağmen gerçekleşmektedir. Literatür, hastane kaynaklarının seyrek olduğunu ve akut bakım hastane yataklarına yönelik artan talebi karşılamak için hemşirelik bakımının bir parçası olan etkili taburculuk planlamasının gerekli olduğunu ileri sürmektedir (Glasby, Littlechild, & Pryce, 2006 ; Lewis & Glasby, 2006). Özellikle genel yaşlanan nüfus bağlamında (Kahn vd., 2014) hastane yatak kapasitesinde artış gereksinimi doğmuştur. Sağlık hizmeti kaynaklarının kullanımının optimize edilmesi ve seçilmiş hastalarda PKG uygulaması, hastaların hastanede kalış süresinin kısaltılması ile sonuçlanabilmekte ve bakım maliyetlerinde önemli derecede düşüşe katkı sağlayabilmektedir (Le Corvoisier vd., 2013).

Acil ve acil olmayan endikasyonlara bağlı şekilde PKG kararı verilmekte ve uygulanabilmektedir. Geçmişte, geleneksel olarak, PKG uygulanan hastalar, akut damar tıkanıklığı, miyokard enfarktüsü (MI) ve giriş yeri komplikasyonları gibi potansiyel risklerin değerlendirilebilmesi açısından gece boyunca hastaneye yatırılmakta idi (Brayton, Patel, Stave, de Lemos ve Kumbhani, 2013). Ancak, günümüz çağdaş PKG uygulamaları ile majör olumsuzluk gelişme riski düşüktür (Roe vd., 2010). Olumsuz etkilerin çoğu, genellikle işlemden sonraki 6 saat içinde meydana gelmektedir (Jabara vd., 2008 ; Small vd., 2007). Bu faktörler, hastaların eve dönüşü veya PKG sonrası kabul öncesi yaşam ortamlarına dönüşü anlamına gelen

günübirlik cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sürecinde olasıdır (Abdelaal vd., 2013).

Gerçekte, son 15 yıldır, günübirlik PKG'in güvenliği ve uygulanabilirliği hem gözlemsel çalışmalarda ve hem de randomize kontrollü çalışmalarda (RKÇ) ve ayrıca iki meta-analiz ile rapor edilmiştir (Abdelaal vd., 2013; Bertrand vd., 2006; Brayton vd., 2013; Heyde vd., 2007; Kiemeneij, Laarman, Slagboom ve Van Der Wieken, 1997; Knopf vd., 1999; Kumar vd., 2004; Slagboom, Kiemeneij, Laarman ve Van Der Wieken, 2005; Ziakas vd., 2003). Günübirlik PKG sağlık bakım masraflarını azaltabilmekte (Rinfret vd., 2010), hasta trafiğini olumlu yönde etkileyebilmekte (Mavromatis, 2013), hasta memnuniyetini artırabilmekte (Heyde vd., 2007 ; Knopf vd., 1999), hastane kaynaklı hastalık gelişim riskini ve komplikasyonları azaltabilmektedir (Hauck ve Zhao, 2011). Bu olumlu yönleri ile diğer hasta bireylerin zamanında tedavi ve bakım alma şansı da artabilmektedir (Chen, Marshall ve Lin, 2016).

Perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda komplikasyon gelişimini en az düzeye indirmek ve uygun sonuçları iyileştirmek için cerrahi hastalıklar hemşireliği bakım uygulamalarının araştırmalar ve kanıta dayalı kılavuzlar ile ilişkilendirilmesi gerekmektedir (Bakan, 2016; Rolley vd., 2011). Cerrahi işlem öncesi, sırası ve sonrası dönem için iyi planlanmış tedavi ve hemşirelik bakım süreci ile cerrahi işleme bağlı komplikasyon gelişimi azaltılarak, işlem başarısı yükseltilmektedir (Vural Doğru & Çavuşoğlu, 2022). Yapılan çalışmalarda PKG'lerin kanıta dayalı hemşirelik bakım uygulamalarına dahil edilmesi; hasta bakım kalitesini geliştiren ve destekleyen sonuçlar elde edilmesini sağlamıştır (Oliveira vd., 2019; Lawton vd., 2022).

1.3. Perkütan Koroner Girişim Sonrası Hemşirelik Bakımı

Perkütan koroner girişim sonrası hemşirelik bakımının amacı; gelişme riski yüksek olan komplikasyonları erken dönemde belirlemek ve cerrahi girişim yapılan koroner arterlerde tekrardan daralmayı önlemektir (Tok Özen & Şenol Çelik, 2010). PKG uygulanan hastaların cerrahi işlem sonrası ilaç tedavilerine ve taburculuk sonrası döneme uyumlu bir şekilde devam edebilmeleri, kalp ve damar cerrahisi

hemşirelerince hastalara verilen eğitimin bireyselleştirilmesi ile olasıdır (Karabulut & Gün, 2019).

Koroner kalp hastalarının yüksek bir bölümü acil PKG gerektirir. Girişimin aciliyet gerektirmesi ve hastanede kalış süresini azaltması, bu hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra bakım gereksinimleri ile ilgili ihtiyaç duydukları bilgilerin kendilerine yeterince verilmediği literatürde bildirilmektedir (Hamstrom vd. 2012). Bazı araştırmacılar, PKG'nin hastanede kalış süresinin kısa olmasını bir 'fenomen geçişi' olarak adlandırmaktadır (Corones vd. 2009; Thronson ve Sawatzky 2009). PKG sonrası hastaların uygun hasta eğitimi alamamaları kardiyak rehabilitasyondan mahrum olmalarına neden olmaktadır (D'elia vd. 2011). Kardiyak rehabilitasyon 1. Evre hastaneye yatış ile başlayıp hasta taburcu olana kadar devam etmekte ve sıklıkla erken mobilizasyon ile taburculuk sonrası ikincil önleme davranışlarına uyum sürecini kapsamaktadır (Menezes vd. 2014).

Perkütan koroner girişim sonrası gelişebilecek koroner arterde perforasyon (delinme), sistemik emboli ve kardiyak arrest gibi komplikasyonların belirti ve bulguları yönünden hasta izlemi yaşamsaldır (Bakan, 2016). Cerrahi işlem bölgesindeki kateter, çıkarıldıktan sonra hemostazın sağlanıncaya kadar manuel basınç uygulanması, cerrahi hemşiresinin önemli sorumluluklarından biridir (Karadakovan & Eti Aslan, 2010).

Kateterin çıkarılmasına bağlı olarak gelişen ağrı veya arter üzerine yapılan basınç; vagus siniri aracılığıyla yüksek bir şekilde parasempatik uyarıma ve dolayısıyla vazovagal reaksiyonun başlamasına yol açmaktadır. Bakım sürecinde kontrol altına alınamayan vazovagal reaksiyonlar; geri dönüşsüz şok ve ölümlere neden olabilmektedir (Gülezer, Korkut ve Oğuzhan, 2014). Cerrahi hemşiresi işlem bölgesini kanama ve hematoma oluşum riskine karşı sık aralıklar ile izlemelidir. Kum torbasının hemostazın sağlanmasındaki etkisizliği ve cerrahi girişim bölgesini kapatması nedenleriyle, ACCCN (Avustralya Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği) klinik uygulama kılavuzunda uygulanması önerilmemektedir (Rolley vd., 2011). Bu öneriden hareketle Korkut Bayındır vd. (2017) bir araştırmasında da; femoral girişim ile PKG uygulanan deney grubu hastalarda, kateter çıkarılmadan önce kateter giriş bölgesi üzerine 20 dakikalık buz torbası uygulanmış, izleyen dönemde kateter

çıkarılmış, deney grubunda, kontrol grubuna göre ağrı düzeyinde önemli bir ölçüde azalma olması nedeniyle buz torbası ile gerçekleştirilen soğuk uygulamanın, kum torbasının aksine ağrıyı azaltmada kullanılabilecek bir hemşirelik girişimi olduğu bildirilmiştir (Korkut Bayındır, Çürük ve Oğuzhan, 2017).

Perkütan koroner girişim sonrasında kateterin çıkarıldığı bölgeye uygulanan manuel bası ve vasküler hemostaz cihazlarının etkinliğinin araştırıldığı Randomize Kontrollü Çalışma (RKÇ)’ların meta analizinde ise, manuel bası uygulanan hastalarda, vasküler hemostaz cihazları uygulanan hastalara kıyasla, cerrahi girişim sonrası hemostaz (kanamanın durdurulması), hematoma (kanının damardan uzaklaşıp farklı bir dokuda toplanması) oluşum riski ve ambulasyon (ayağa kalkma) süresi artmıştır (Dahal vd., 2018). Son yıllarda kullanımı artan vasküler kapatma cihazlarının; manuel bası uygulamasına göre, erken ambulasyon sağladığı, hemostazı hızlandırdığı, hastanede kalış süresini azaltarak hastanın konforunu yükselttiği ancak enfeksiyon ve alt ekstremité iskemisi oluşma riskini artırdığı bildirilmiştir (Dahal vd.,2018; Costa vd., 2020).

Cerrahi işlem sırasında kullanılan kontrast maddenin geri atılımının hızlı bir şekilde sağlanması homeostazis (dengeleşim) açısından oldukça önem taşımaktadır. Bu nedenle kontrast madde ile ilişkili olarak osmotik diürez (elektrolitten çok sıvı kaybı) ve dehidratasyonu (sıvı kaybı) önlemek amacıyla intravenöz uygulama ile sıvı tedavisi yapılırken, cerrahi girişimden yaklaşık bir saat sonra hastanın sağlık durumu uygun ise bol sıvı alması önerilmektedir (Bakan, 2016; Rolley, 2011; Atakoğlu, 2019).

Cerrahi işlem sonrası dönemde hemşirelik bakım hedefleri arasında olan doku perfüzyonu ile birlikte kalp ve damar sistemi çalışmasının devam ettirilmesi, ağrının düşürülmesi, yaşam bulgularının düzenlenmesi ve hareketin sağlanması önemlidir (Erdil ve Özhan Elbaş, 2008). Bu prosedüre göre, hemşirenin bağımsız rolü olan hasta için en güvenli pozisyon sağlanmalıdır (Kaya ve Turan, 2012; Taylor, Lillis, LeMone, & Lynn, 2011). En uygun pozisyonun verilmesi, PKG sonrası hastanın yaşam bulgularını olumlu yönde etkiler, sırt ağrılarını ve vasküler komplikasyonları azaltır (Abdollahi, Mehranfard, Behnampour, & Kordnejad, 2015; Haghshenas vd., 2013; Pool vd., 2015).

Mert Boğa ve Öztekin' nin RKÇ'nda; PKG sonrası hastalara pozisyon değişikliği uygulanan ve yatak başı 45-60 dereceye kadar yükseltilen hastalarda bel ve sırt ağrıların en düşük seviyede seyrettiği ve hastalara uygulanan pozisyon değişikliğinin herhangi bir vasküler komplikasyona neden olmadığı bildirilmiştir (Mert Boğa & Öztekin, 2019). Transfemoral (diz üstü) PKG sonrası hastalara uygulanan pozisyon değişikliğinin incelendiği sistematik derlemede, PKG' den sonra 6 saatlik zaman diliminde yapılan pozisyon değişikliklerinin, hastalar açısından hissedilen sırt ağrısı ve rahatsızlık gelişme olasılığının azaltılabileceği literatürde vurgulanmıştır (Manueke, Trisyani & Nurlaeci, 2019).

1.4. Perkütan Koroner Girişim Sonrası Taburculuk Eğitimi ve Öğrenim Gereksinimleri

Hasta birey ve ailesinin bilgi gereksinimlerinin karşılandığı ve sorumluluk almaya hazırlanma sürecinin planlı şekilde yürütüldüğü hemşirelik bakımı sürecinde verilen eğitim taburculuk eğitimi olarak tanımlanır (Taşocak & Şenyuva, 2007).

Taburculuk eğitiminin amacı; hastaların ameliyat öncesi ve sonrası evde bakım gereksinimlerini karşılamalarına yardımcı olmak, gerektiğinde kalp ve damar cerrahisi hemşiresi sağlık ekibinden yardım almalarını kolaylaştırmak, iyileşme sürecini hızlandırmak ve hasta bireyin normal yaşama en kısa sürede geri dönüşünü sağlamaktır (Karadağ & Sabuncu, 1998).

Taburculuk dönemi, PKG uygulamalarındaki sürecin önemli bir bölümünü oluşturur. Yapılan bir çalışmada; hastaların PKG sonrası taburculuğa istekli oldukları ancak, taburculuk sonrası dönem için tedaviye uyumda hazır olmadıkları belirtilmiştir (Liang vd., 2021). PKG sonrası kalp ve damar cerrahisi hemşiresi, hasta birey ve ailesinin gereksinimlerini karşılayacak şekilde taburculuk eğitimi vermelidir. Taburculuk sürecindeki hastanın hazır olması, taburculuk sonrası döneme ilişkin tedavi protokollerini ve yaşam tarzı değişikliklerini devam ettirebilmesi, cerrahi girişim sonrası hastaneye yeniden yatışların ve tekrar revaskülarizasyonun (koroner arterlerdeki tıkanmanın cerrahi girişim ile yeniden yönlendirilmesi) önlenmesi açısından son derece önemli ve gereklidir.

Hasta birey ve ailesine kalp ve damar cerrahisi hemşiresi tarafından verilen PKG sonrası taburculuk eğitimi, kalp hastalığı olan bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik ve mesleki açıdan en uygun fonksiyon düzeyine çıkabilmesi açısından yaşamsaldır. Kalp ve damar cerrahisi hemşiresinin sorumluluklarından biri, interdisipliner ekip üyeleri ile çalışmak, gerektiğinde program liderliğini yürüten kalp damar cerrahisi hemşiresi ile işbirliği yapmak, hasta ve hasta yakınlarının eğitimi ve taburculuk planını hazırlamaktır (Güler, 2019).

Kalp hastalarının öğrenme gereksinimlerinin incelendiği çalışmaların çoğunda; açık kalp cerrahisi ve PKG geçiren hastaların öğrenme gereksinimleri arasında herhangi bir fark olmadığı bildirilmiştir (Mosleh vd., 2016; You vd., 2014). Kilonzo ve O'Connell (2011)'ın yapmış olduğu PKG geçiren hastaların öğrenme ihtiyaçlarının araştırıldığı bir çalışmada; PKG sonrası acil tedavi, egzersiz ve ilaçlar konusundaki bireysel danışmanlığın en öncelikli konular olarak sıralandığı izlenmektedir. PKG, majör koroner girişim ve açık kalp cerrahisi geçiren hastalar için benzer sonuçlar bildirilmiş, girişim sonrası gerçekleşebilecek olan komplikasyonlar ve ilaçlara yönelik öğrenme ihtiyaçlarının önemi üzerinde durulmuştur (Mosleh vd., 2016). Taburculuk eğitimi ile ilgili yapılan çalışmalarda kateter giriş bölgesi bakım yönetimine (Hodkinson vd., 2013; Wilentz vd., 1999) ve ayrıca eğitimin özellikle hasta birey ve ailesine odaklandığı çalışmalara da rastlanmaktadır (Muthusamy vd., 2013).

Perkütan koroner girişim sonrası aynı gün taburculuğun risk ve yararları tartışma konusudur. Bu konuyla ilgili güncel yaklaşımlar ve stratejilerin incelendiği bir derlemede; PKG sonrasında aynı gün taburculuğun, hasta memnuniyeti ile yatak kullanılabilirliğini artırdığı ve hastane maliyetlerini düşürdüğü bildirilmektedir (Shroff vd., 2016). Sekiz çalışmanın incelendiği bir meta analizde, PKG sonrası taburculuğu aynı gün olan hastalar ile yatan hastalar karşılaştırıldıklarında, miyokard infarktüsü (MI), majör kanamalar sonrası 30 günlük mortalite oranları, bakım ihtiyaçları ve tekrar eden revaskülarizasyon oranları arasında herhangi bir fark olmadığı rapor edilmiştir. Bu bağlamda PKG sonrası hastalara aynı gün taburculuk önerilmektedir (Bundhun, Soogund ve Huang, 2017). Taxiarchi vd. yapmış olduğu çalışmada; PKG sonrası hastaneden aynı gün taburcu olan ve hastanede yatan hastalar karşılaştırıldığında, iki grup arasında fark görülmediği, 30 günlük mortalite ile majör kanama oranlarının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (Taxiarchi vd., 2019).

Taburculuk planlamasının başarısı hasta bireyin eğitime aktif katılım sağlaması ile olasıdır (Kanıt düzeyi A)(Bakan, 2016; Rolley vd., 2011). Revaskülarizasyon uygulamaları sonrası kullanılabilen disiplinlerarası ekip çalışmasını gerekli kılan taburculuk eğitimi ve kardiyak rehabilitasyonunun ana bileşenlerini; hastanın klinik durumunun değerlendirilmesi, kilo kontrolü, diyetin düzenlenmesi, diyabet izlemi, kan basıncının izlemi ve kontrolü, sigara/alkolün bırakılması ile fiziksel aktivite/egzersizin kontrolü oluşturmaktadır (Yasemin Sazak, Aytekin Kanadlı ve Olgun, 2020). Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalarda; taburculuk dönemi ve sonrasında hastaya özgü eğitim programları sonucu kardiyak fonksiyonlarda düzelme, düşme riskinde azalma ve egzersiz kapasitesinde artma sağlayarak hastaların yaşam kalitesinin yükseldiği bildirilmiştir (Qu vd., 2021; Zhang vd., 2018).

Taburculuk döneminde tromboemboli cerrahi işlem sonrası ve erken veya geç dönemde oluşabilecek ciddi komplikasyonlardan biridir. Bu bağlamda cerrahi hemşiresi hasta ve hasta yakınlarına periferik nabızların kontrolü ile dolaşım bozukluğunun belirti ve bulgularının izlemi konusunda eğitim verilmelidir. PKG uygulamalarından sonra hasta genellikle iki gün sonra işe geri dönüş yapabilmektedir. Ancak hastanın yaşı, klinik durumu, kronik hastalık varlığı, mesleği, miyokard hasarı gibi etkenler göz önünde bulundurularak hastanın işe geri dönüş zamanı değişiklik gösterebilir (Güler, 2019 & Riva vd., 2018).

Kalp kateterizasyonu sonrası dönemde oluşabilecek komplikasyonlar; yaşamı tehdit edici ve geri dönüşsüz hasara neden olabilmektedir. Cerrahi girişimsel tekniklerle ve kullanılan ekipman çeşitliğindeki ilerlemelerle, tanıya yönelik kalp kateterizasyonu uygulamalarına bağlı olarak majör komplikasyonların genel insidansı (hastalığa yakalanma olasılığı) düşüktür (Al-Hijji vd., 2019). Bununla birlikte, zamansal eğilimler ile PKG komplikasyon oranlarının düşmeye devam ettiği ve %1'in altında düştüğü belirtilmektedir (Waldo vd., 2018).

Taburculuk sonrasında oluşabilecek göğüs ağrısı izlem gerektiren bir durumdur. Ağrı oluştuğunda taburculuk eğitimi süresince verilen eğitim direktifleri kapsamında dilaltı nitrogliserin kullanılabilir. Nitrogliserin alındıktan sonra 15 dakika içinde ağrının geçmediği ve hastanın giderek kötüleştiği durumlarda acil olarak sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği taburculuk eğitimi kapsamında hasta ve yakınlarına

öğretilmesi gereken bir durumdur. Hastalara verilen kontrast maddenin atılımını sağlamak için bol sıvı alınmalı, idrar rengi ve miktarı takip edilmeli, hastaların böbrek fonksiyonları normal düzeyde olsa bile cerrahi işlem sonrası kontrast madde nefropatisi gelişebilme riski olduğu unutulmamalı, bu doğrultuda hemşire tarafından taburculuk eğitimi planlanmalıdır (Türk Kardiyoloji Derneği, 2007; Bakan, 2016; Rolley vd., 2011; Güler, 2019).

Cerrahi girişim bölgesi aşırı derecede sıcaktan/soğuktan korunarak, düzenli bir şekilde bölgenin pansumanının yapılması gerektiği konusunda eğitim verilmelidir. Hasta banyoyu cerrahi işlemden bir gün sonra ayakta olacak şekilde yapabilir (Türk Kardiyoloji Derneği, 2007; Bakan, 2016; Rolley vd., 2011; Güler, 2019). Ancak arter kapatma cihazı kullanan hastalar açısından, unutulmamalıdır ki, cerrahi işlem sonrası dört gün boyunca banyo, spa ve yüzme aktivitelerinden kaçınılmalıdır (Kanıt düzeyi D) (Bakan, 2016). Banyo sonrası gelişebilecek infeksiyon riskini önlemek amacıyla ıslanan bölgenin pansumanı değiştirilmelidir (Güler,2019).

Hastaya, reçete edilen ilaçları düzenli olarak kullanması ve sağlık kontrollerini takip etmesi konusunda detaylı bilgi verilmelidir. Hastalar; reçete yazılan ilaçlar ve PKG uygulamasına bağlı olarak cinsel sorunlar yaşayabilmektedir. Hastalara gerekli danışmanlık hizmeti verilerek, cerrahi işlem sonrası cinsel aktiviteden en az iki hafta süre ile kaçınmaları gerektiği anlatılmalıdır. Kardiyak rehabilitasyon programındaki tüm aşamalara hasta ve hasta yakınının aktif olarak katılması (Kanıt düzeyi A) ve alacakları eğitimde hasta ve ailesinin istekleri doğrultusunda anlayabileceği eğitim araç ve gereçlerinin kullanımı önerilmelidir (Kanıt düzeyi C) (Türk Kardiyoloji Derneği, 2007;Bakan, 2016;Rolley vd., 2011;Güler, 2019).

Hastaların öğrenme ihtiyacı algısının bazı kişisel özelliklere göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir (Eshah, 2013) . İleri yaş grubundaki katılımcıların risk faktörü yönetimi ile cerrahi girişim sonrası oluşabilecek komplikasyonlara ilişkin endişelerinin arttığı, buna karşın fiziksel aktivite konusunda endişelerinin daha az olduğu bildirilmiştir (Mosleh, Eshah & Darawad, 2016). Yapılan bazı çalışmalarda, toplam öğrenme gereksinim puanı ile yaş arasında negatif bir ilişki olduğu bulunmuş (Alkubati vd., 2013; Fredericks 2008), Ürdün'deki genç nüfusun fiziksel aktiviteye yaşlılardan daha fazla ilgi duyduğu bildirilmiştir (Eshah, 2013).

Perkütan koroner girişim veya açık kalp ameliyatından önce bilgi alan hastalar, özellikle cerrahi girişim sonrası komplikasyonlar, diyet ve fiziksel aktivite ile ilgili konulara ilişkin daha düşük düzeyde öğrenme ihtiyacı algısına sahip olup, kardiyak bir girişim yapılmadan önce verilen hasta eğitiminin beklenen yararlarını gördüklerini rapor etmişlerdir (Wang vd., 2014).

Cerrahi girişim uygulanan bölgede ortaya çıkan komplikasyonlar, mortalite ve ölümcül olmayan MI gibi olumsuz sonuçların bir belirleyicisidir. Bununla birlikte komplikasyon insidansındaki artışların, hastanede daha uzun kalış süresi ve hastaneye yatış maliyetlerinin yükselmesi ile ilişki gösterdiği bildirilmiştir (Applegate vd., 2009; Chandrasekar vd., 2001). Femoral arter yaklaşımı ile gerçekleştirilen PKG sonrası kanama ve hematoma oluşumu, vasküler komplikasyon riskini de artırmaktadır (Chandrasekar vd., 2001). Cerrahi girişim bölgesiyle ilgili oluşan komplikasyonların görülme sıklığı tanınan işlemler için yaklaşık %1,8 ve tedaviye yönelik işlemler için %4'tür (Chandrasekar vd., 2001).

Hastaların PKG sonrası evde cerrahi girişim bölgesinde oluşabilecek kanama, enfeksiyon, ekimoz (deri altında kan birikmesi), psödoanevrizma (yalancı anevrizma) gibi komplikasyonları taburculuk döneminde verilen taburculuk eğitimi yoluyla öğrenebilmesi, ekstremitelerde oluşan duyu kaybı, sıcaklık ve renk değişikliğini dikkatle takip etmesi gerektiği önerilmektedir (Kanıt düzeyi D). Ayrıca hasta birey PKG sonrası en az 48 saat süre boyunca ağır yük kaldırmaması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (Kanıt düzeyi D) (Bakan, 2016; Rolley vd., 2011). PKG; MI sonrası uygulanmışsa en az bir ay, elektif (planlı) girişim olarak uygulanmışsa cerrahi işleminden sonra iki gün, diğer girişimler uygulanmış ise en az iki hafta süre boyunca motorlu araç kullanmaması gerektiği konusunda eğitilmelidir (Kanıt düzeyi D)(Bakan, 2016).

Hemşirelik bakımı sürecinde verilen taburculuk eğitiminde, diyet ve hastanın kullandığı ilaçlara ilişkin düzenlemeler de yer almaktadır. DM, obezite, dislipidemi ve metabolik sendrom gibi beslenme bozukluklarının neden olduğu hastalıklarda beslenmenin düzenlenmesi gerekmektedir. Hasta ve hasta yakınlarına; tuz, yağ, kalori ve kolesterolden fakir diyet uygulanması, meyve ve sebze tüketiminin artırılması, tahıllı ürünlere ağırlık verilmesi, küçük ve ince porsiyonlu olan etlerin tüketilmesi, az

yağlı sütlerin tercih edilmesi; kırmızı et yerine balık tercih edilmesi, DM varlığında şekerin kısıtlanması ve şekerin damarlara verdiği zararların açıklanması büyük önem taşımaktadır (Güler,2019).

Hastanın taburculuk eğitimi almasının temel amacı, hastanın iyileşme hızının artmasını sağlamak, anestezi ve cerrahi girişimin komplikasyonlarını azaltmak, evde yaşadığı zorlukları önlemek, stres ve anksiyeteyi azaltmaktır. Taburculuk eğitiminin, hem hastayı ve hem de hasta yakınlarını kapsayacak şekilde planlanması gerekmektedir. Taburculuk eğitiminin sistemli olarak verilebilmesi için hastanelerin kendine özgü kurum politikaları oluşturulmuş olmalıdır. Kurum politikaları doğrultusunda hazırlanan bilgilendirme planları kapsamında hemşireler belirleyici olmalı, hastaların gününbirlik cerrahi ünitesinden taburculuk süreci ve taburculuk sonrası evde bakıma yönelik eğitim direktifleri yer almalıdır (Çilingir & Bayraktar, 2006).

Literatürde, web tabanlı verilen taburculuk eğitiminin, hastaların yaşam kalitesini ve egzersiz toleransını belirgin şekilde artırdığı, bununla birlikte hastaların depresyon düzeyini ve komplikasyon gelişimini azalttığı belirlenmiştir (Zhou vd., 2020; Wong vd., 2020). PKG uygulanan hastalarda, cerrahi işlem sonrası komplikasyonların ve tekrar revaskülarizasyonun önlenmesinde, iyileşme hızının artmasında, nitelikli ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı sürecinde verilen taburculuk eğitiminin etkisi son derece önemlidir. Bu doğrultuda PKG öncesi, sırası ve sonrası hemşirelik bakım uygulamalarında taburculuk dönemine yönelik öğrenim gereksinimleri belirlenmeli, eğitsel direktifler güncel kılavuzlar takip edilerek ve kanıt düzeyi yüksek araştırma sonuçları ile desteklenerek klinik alanda uygulanmalıdır (Vural Doğru & Çavuşoğlu, 2022).

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Gereç ve Yöntem

Bu bölümde; araştırmanın amacı ve tipi, araştırmanın yeri ve zamanı, araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırma soruları, araştırmanın değişkenleri, verilerin istatistiksel analizi, veri toplama süreci, veri toplama araçları, araştırmanın güçlü yönleri, araştırmanın etik yönü ve araştırmanın sınırlılıklarına değinilmiştir.

2.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu tez çalışması, perkütan koroner girişim geçiren hasta bireylerin taburculuk dönemine ilişkin öğrenim gereksinimlerini ve gereksinimlerin karşılanması durumunu belirlemek üzere tek merkezli ve kesitsel bir araştırma olarak planlandı ve uygulandı.

2.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma günöbirlik anjiografi ünitesindeki hastaların taburculuk dönemine ilişkin öğrenim gereksinimlerini belirlemek üzere gerçekleştirildi.

Araştırma 12/12/2023-05/03/2024 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde günöbirlik anji ünitesinde yürütöldü. Günöbirlik anji ünitesi 36 yataklı olup, ünite de dört hemşire gündüz ve iki hemşire gece vardiyasında olmak üzere toplam altı hemşire çalışmaktadır. Bir hemşire başına düşen hasta sayısı ortalama 9-12 arasında değişmektedir. Günöbirlik anji ünitesi hafta içi hasta kabulü yapmaktadır ve yıllık hasta kapasitesi 9640'tır.

2.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; 12/12/2023-05/03/2024 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde günöbirlik anjiografi ünitesinde PKG geçiren N=200 hasta oluşturdu. Araştırmaya aşğıdaki örneklem ölçütlerini sağlayan n=121 hasta dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- *18-85 yaş arasında olan,
- *Türkçe konuşan,
- *Madde ve alkol bağımlılığı olmayan,
- *İşitme, anlama ve görme engeli olmayan,
- *Herhangi bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olmayan,
- *Hasta bilgi formu ve ölçek ifadelerini anlayabilecek ve gerekli yanıtları verebilecek düzeyde mental işlevselliği olan,
- *Taburculuğuna karar verilmiş olan, hastalardır.

Araştırmadan dışlama kriterleri:

- *Yatışı planlanan ve komplikasyon gelişen,
- *Tutuklu ve ceza evinde kalma durumu olan hastalardır.

Araştırmaya, dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalardan yazılı onam alınarak n=121 hasta dahil edildi. Araştırmaya; 40 hasta katılmak istemediğini ifade ederken, 39 hastanın yatışı planlandığından çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar gerekçe olarak; zaman ayırmak istemediklerini ve/veya taburculuk dönemine ilişkin öğrenim gereksinimleri olmadığını belirtti.

2.1.4. Araştırma Soruları

- 1-Perkütan koroner girişim geçiren hastaların öğrenim gereksinimleri nelerdir?
- 2-Perkütan koroner girişim geçiren hastaların tanıtıcı özellikleri ile öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki nedir?
- 3-Perkütan koroner girişim geçiren hastaların öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişki nedir?

2.1.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni, hastaların öğrenim gereksinimleridir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise PKG geçiren hasta bireylerin tanıtıcı özellikleri (yaş, beden kitle indeksi, cinsiyet, medeni durum, ek hastalık varlığı, anjio/stent varlığı, ameliyat deneyimi, aile/bakım veren bireyin taburculuk eğitiminde yer alama durumu) oluşturmaktadır.

2.1.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen oransal ölçüm düzeyinde veriler ortalama±standart sapma, ortanca (en alt-en üst) olarak, sınıflayıcı ölçüm düzeyinde veriler ise sayı ve yüzde olarak tablolar halinde verildi. Ölçek puanlarının normallik varsayımı Kolmogorov- Smirnov test ile analiz edildi. Ölçeğin likert tipi ölçek olması ve verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle ölçek için iki grup arasında karşılaştırmalar Mann Whitney U test ile analiz edildi. Ölçekteki; öğrenim gereksinimi ve öğrenim gereksinimlerinin karşılanması puanları arasındaki korelasyonlar Spearman Korelasyon analizi ile test edildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ ve iki yönlü olarak kabul edildi (Chow, Shao ve Wang, 2008).

2.1.7. Veri Toplama Süreci

Veri toplama sürecinde, hastalara ilk olarak araştırmanın amacı ve çalışmada kullanılacak olan ölçek hakkında bilgi verildi. Veriler hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak ve taburculuk döneminden yaklaşık 1 saat önce toplandı. Hastaların soruları cevaplama süresi ortalama 25-30 dakika sürdü.

2.1.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veriler araştırmacı tarafından oluşturulan hasta bilgi formu (Ek-3) ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) (EK-4) ile toplandı.

Hasta Bilgi Formu: Hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan (yaş, cinsiyet, medeni hali, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, ekonomik durum, sosyal güvencesi, boy ve kilosu, ek hastalık, anjio-stent öyküsü, ameliyat öyküsü, bulaşıcı hastalık öyküsü, sigara kullanımı, aynı evde yaşayan bireyler, evde bakım verecek olan birey varlığı, taburculuk eğitimini aldığı

sağlık bakım profesyoneli, bakım verecek olan bireylerin taburculuk eğitimine katılma durumu) toplam 20 soru yer aldı.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ): “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”; hastaların taburculuk dönemine ilişkin öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacı ile ilk olarak 1990 yılında Bubela vd. tarafından oluşturulmuştur. Ölçek toplam 50 madde ve 7 ölçek alt boyuttan oluşmaktadır (Tablo 1). Ölçeğin faktör analizi sonucu ortaya konan yedi faktörlü yapı, ölçekteki toplam varyansın %56,1’ini açıklamaktadır (Bubela vd., 1990).

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ve ölçek alt boyutların madde sayısı, madde numaraları, ölçek ve ölçek alt boyutlardan alınabilecek en düşük ve en yüksek değerlere ilişkin bilgiler Tablo 1’de verildi (Çatal, 2008).

Tablo 1. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Ölçek Alt Boyut Puanları

Ölçek ve Ölçek alt boyutlar	Madde Sayısı	Madde Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Değerler
İlaçlar	8	3,8,16,18,37,39,44,45	8-40
Yaşam Aktiviteleri	9	2,5,14,17,27,28,29,30,48	9-45
Toplum ve İzlem	6	6,9,22,31,36,41	6-30
Duruma İlişkin Duygular	5	7,24,32,35,42	5-25
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	1,4,10,19,20,23,26,38,47	9-45
Yaşam Kalitesi	8	11,13,15,21,34,40,46,50	8-40
Cilt Bakımı	5	12,25,33,43,49	5-25
Toplam	50		50-250

Kaynak: Çatal, E.(2007). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. (Yüksek Lisans Tezi).Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Ölçek maddeleri likert tipi ölçekleme yöntemi ile “1= önemli değil”, “2= biraz önemli”, “3= ne az ne çok önemli”, “4= çok önemli”, “5= son derece önemli” şeklinde değerlendirilmektedir. Buna göre hastalardan taburculuk dönemi öncesi eve gönderilmeden öğrenim gereksinimlerini ve önceliklerini en iyi ifade eden seçeneği seçmeleri istenmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi her bir ölçek alt boyut ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır (Çatal, 2008). Ölçek sonucunda elde edilen puanlar 50-250 arasında değişiklik göstermektedir. Ölçek ve ölçek alt boyut puanları; toplam ölçek ve tüm ölçek 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 yorumlanması ile elde edilmektedir.

Ölçeğin güvenirliğine ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

Bu çalışmada, PKG geçiren 121 hastaya taburculuk döneminden yaklaşık 1 saat önce HÖGÖ ölçeği uygulandı.

Tablo 2. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Değerleri ve Türkçe’ye Uyarlamada Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı Değerlerinin İncelenmesi (N=301)

Ölçek alt boyutlar	Cronbach Alfa (α) Değerleri	Türkçe’ye Uyarlamada Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı Değerleri (n=301)
İlaçlar	0,88	0,82
Yaşam Aktiviteleri	0,84	0,83
Toplum ve İzlem	0,85	0,57
Duruma İlişkin Duygular	0,79	0,61
Tedavi ve Komplikasyonlar	0,83	0,79
Yaşam Kalitesi	0,85	0,80
Cilt Bakımı	0,69	0,65
TOPLAM ÖLÇEK	0,95	0.93

Kaynak: Çatal, E (2015). Koroner Arter Bypass Greftli Hastalarda Hemşirelik Girişimlerinin Karşılansması, İleşme Algısı, Başıetme-Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Doktora Tezi).Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.

Tablo 2.'de görüldüğü gibi; özgün ölçekte Cronbach alfa güvenirlik katsayısı toplam ölçek için .95 iken, alt ölçek boyutlarında .69-.88 arasındadır. Türkçeye uyarlanan HÖGÖ'nün Cronbach alfa güvenirlik katsayısı değerleri ise, toplam ölçek için .93, alt boyutlar için .57-.83 bulunmuştur (Çatal, 2015).

Bu çalışmada toplam ölçek için Cronbach Alfa katsayısı 0,97, yedi ölçek alt boyut için sırasıyla;

- İlaçlar; 0,87
- Yaşam Aktiviteleri; 0,83
- Toplum ve İzlem; 0,77
- Duruma İlişkin Duygular; 0,84
- Tedavi ve Komplikasyonlar; 0,90
- Yaşam Kalitesi; 0,84
- Cilt Bakımı 0,87'dir.

Ölçeğin ölçek alt boyut toplam puanı ile ölçek toplam puanı arasındaki korelasyon $r=0,89$ ile $r=0,96$ arasında iken, ölçek alt boyut madde puanları ile ölçek alt boyut toplam puanları arasındaki korelasyon $r=0,79$ ile $r=0,93$ arasında bulundu. Bu çalışma, ölçekteki maddelerin birbirleriyle uyumlu olduğunu, ölçeğin güvenirliği ve iç tutarlılığının yüksek olduğunu, öğrenim gereksinimlerini ölçmek için geçerli bir araç olduğunu destekledi.

Hastalar likert tipi olarak her bir ölçek maddesine ilişkin verilen bilginin gereksinimi karşılama durumlarını belirtmek için;

- 1=hiç karşılanmadı
- 2=biraz karşılandı
- 3=ne az ne çok karşılandı
- 4=çok karşılandı
- 5=tamamen karşılandı,

şeklindeki ifadeler içerisinden en uygun olanını seçebilmektedir. Bununla birlikte hastalar "0=gereksinimimi karşılayacak bilgi verilmedi" seçeneğini de

seçebilmektedir. HÖGÖ'nin bu düzenlenen şekli “Gereksinimlerin Karşılama Puanı (Needs Met Score-NMS)” olarak isimlendirilmiştir (Çatal, 2007).

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye’de yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışması; Çatal (2007) tarafından yapılmış olup, şahsından ölçeği kullanabilmek için izin alındı (Ek-6).

2.1.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmada kullanılan verilerin birebir görüşme tekniği ile elde edilmesi
- Araştırmanın tekrar edilebilir olmasıdır.

2.1.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kurul’undan etik kurul izni (Ek-1) , araştırmanın yürütüleceği İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi’nden araştırma izni alındı (Ek-2). Araştırmaya katılmayı kabul eden 121 hastaya; veri toplama öncesi yürütülen araştırma hakkında bilgi verildi. Hastaların sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek-5). Alınan verilerin gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı ve istemedikleri durumda herhangi bir zaman diliminde çalışmadan ayrılacakları belirtildi.

2.1.11.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma; İstanbul’da bir şehir hastanesinin gününbirlik anjio ünitesinde, 12/12/2023-05/03/2024 tarihleri arasında, PKG uygulanan ve taburculuğuna karar verilmiş olan hastalar, araştırmaya gönüllü olarak katılmaya istekli, Türkçe okur yazarlığı olan, alkol ve madde bağımlılığı olmayan, özgeçmişinde veya şu anda ciddi bir psikiyatrik hastalığı olmayan, ruhsal sorunları ile ilgili herhangi bir profesyonel destek almayan hastalar ile sınırlıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Bulgular

Bu çalışma, PKG geçiren hastaların taburculuk dönemine ilişkin öğrenim gereksinimlerini belirlemek ve sonuçların literatüre katkı sağlaması amacıyla planlandı ve uygulandı.

Bulgular iki bölüm şeklinde oluşturuldu.

Bölüm 1:

Bu bölümde; çalışma kapsamına alınan hasta bireylerin yaş, boy, kilo, BKİ (Beden Kitle İndeksi) değerleri (Tablo 3), hasta bireylerin tanıtıcı özellikleri (Tablo 4), mevcut hastalık / ek hastalık dağılımları ve aynı evde yaşadıkları bireylere göre dağılımları (Tablo 5) ile ilişkili bulgulara yer verildi.

Bölüm 2:

Bu bölümde; hasta öğrenim gereksinimleri ve karşılanma durumlarının ölçek alt boyutlarının puan dağılımları (Tablo 6.) ile puan korelasyonları (Tablo 7.) ve HÖGÖ ölçeğinin ve gereksinimlerin karşılanması durumunun tanıtıcı özelliklere göre karşılaştırılmasına yönelik (Tablo 8, Tablo 9, Tablo 10, Tablo 11, Tablo 12, Tablo 13, Tablo 14, Tablo 15, Tablo 16, Tablo 17, Tablo 18) bulgulara yer verildi.

Bölüm 1:

Bu bölümde; çalışma kapsamına alınan bireylerin yaş, boy, kilo, BKİ değerleri (Tablo 3), hasta bireylerin tanıtıcı özellikleri (Tablo 4), hastalık / ek hastalık dağılımları ve aynı evde yaşadıkları bireylere göre dağılımları (Tablo 5) ile ilişkili bulgulara yer verildi.

Tablo 3. Hasta Bireylerin Yaş, Boy, Kilo, Beden Kitle İndeksi Değerleri #(N=121)

Değişken	n(Sayı)	$\bar{X} \pm SS$	En alt	En üst
Yaş	121	57,77±11,44	26	81
Boy	121	167,25±7,93	142	186
Kilo	121	81,06±13,94	47	137
BKİ	121	29,05±5,15	16,26	49,12

#Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

BKİ=Beden Kitle İndeksi

$\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma

Çalışma kapsamına alınan bireylerin yaş, boy, kilo, BKİ değerleri incelendiğinde (n=121); yaş ortalamasının 57,77±11,44 olduğu; boy ortalamasının 167,25±7,93 cm. olduğu, kilo ortalamasının 81,06±13,94 olduğu, BKİ ortalamasının 29,05±5,15 olduğu belirlendi (Tablo 3). BKİ değerleri incelendiğinde; 18,5-24,9 arasındaki normal kilolu, 25-29,9 arasındaki fazla kilolu, 30-34,9 arasındaki 1. derece obez olarak ifade edilmektedir. Çalışmaya alınan hasta bireylerin fazla kilolu olduğu bulundu.

Tablo 4. Hasta Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri # (N=121)

Tanıtıcı Özellikler	n(%)
Cinsiyet	
-Kadın	43(35,5)
-Erkek	78(64,5)
Toplam	121(100,00)
Medeni Durum	
-Evli	104(86)
-Bekar	5(4,1)
-Dul	12(9,9)
Toplam	121(100,00)
Eğitim Durumu	
-Okur-yazar değil	8(6,6)
-İlköğretim	72(59,5)
-Ortaöğretim	31(25,6)
-Lisans	8(6,6)
-Yüksek Lisans	2(1,7)
Toplam	121(100,00)
Meslek	
-Emekli	18(14,9)
-Ev hanımı	34(28,1)
-Serbest	9(7,4)
-Diğer	60(49,6)
Toplam	121(100,00)
Yaşadığınız Yer	
-İl merkezi	4(3,3)
-İlçe	110(90,9)
-Köy	7(5,8)
Toplam	121(100,00)
Ekonomik Durum	
-Gelir giderden az	11(9,1)
-Gelir gider eşit	107(88,4)
-Gelir giderden fazla	3(2,5)
Toplam	121(100,00)
Sosyal Güvence	
-Var	114(94,2)
-Yok	7(5,8)
Toplam	121(100,00)

#Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan hasta bireylerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde (N=121); %35,5'inin (n=43) kadın olup, %64,5'inin (n=78) erkek olduğu; %86'sının (n=104) evli, %4,1'inin (n=5) bekar, %9,9'unun (n=12) dul olduğu; %6,6'sının (n=8) okur-yazar olmadığı, %59,5'inin (n=72) ilköğretim mezunu, %25,6'sının (n=31) ortaöğretim mezunu, %6,6'sının (n=8) lisans mezunu, %1,7'sinin (n=2) yüksek lisans mezunu olduğu; %14,9'unun (n=18) emekli, %28,1'inin (n=34) ev hanımı, %7,4'ünün (n=9) serbest meslek, %49,6'sının (n=60) diğer meslek grubunda olduğu; %3,3'ünün (n=4) il merkezinde, %90,9'unun (n=110) ilçede, %5,8'inin (n=7) köyde yaşadığı; %9,1'inin (n=11) gelirin giderden az olduğu, %88,4'ünün (n=107) gelirin gidere eşit olduğu, %2,5'inin (n=3) gelirin giderden fazla olduğu; %94,2'sinin (n=114) sosyal güvencesinin olduğu, %5,8'inin (n=7) sosyal güvencesinin olmadığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Hasta Bireylerin Mevcut Hastalık / Ek Hastalık Varlığı Durumuna ve Aynı Evde Yaşadıkları Bireylere Göre Dağılımı # (N=121)

	n(%)
Ek hastalık varlığı	
-Var	96(79,3)
-Yok	25(20,7)
-Toplam	121(100,0)
Dişabet varlığı	
-Yok	78(64,5)
-Var	43(35,5)
-Toplam	121(100,0)
Hipertansiyon varlığı	
-Yok	63(52,1)
-Var	58(47,9)
-Toplam	121(100,0)
Böbrek hastalığı varlığı	
-Yok	110(90,9)
-Var	11(9,1)
-Toplam	121(100,0)
Kalp hastalığı varlığı	
-Yok	88(72,7)
-Var	33(27,3)
-Toplam	121(100,0)
Bulaşıcı hastalık varlığı	
-Var	3(2,5)
-Yok	118(97,5)
-Toplam	121(100,0)

Diğer	
-Yok	74(61,2)
-Var	47(38,8)
-Toplam	121(100,0)
Anjio- stent öyküsü varlığı	
-Var	66(54,5)
-Yok	55(45,5)
-Toplam	121(100,0)
Geçmişte ameliyat deneyimi varlığı	
-Var	76(62,8)
-Yok	45(37,2)
-Toplam	121(100,0)
Sigara tüketimi	
-Var	38(31,4)
-Yok	83(68,6)
-Toplam	121(100,0)
Günlük sigara tüketimi	
0	83(73,6)
1-5 adet	11(4,1)
11-15 adet	5(4,1)
16-20 adet	10(8,3)
1 paketten fazla	12(9,9)
Toplam	121(100,0)
Evde kiminle yaşıyorsunuz?	
-Yalnız	6(5,0)
-Eşi	45(37,2)
-Çocukları	8(6,6)
-Eşi ve çocukları	60(49,6)
-Diğer	2(1,7)
-Toplam	121(100,0)
Bakım veren bir yakınınız var mı?	
-Var	115(95,0)
-Yok	6(5,0)
-Toplam	121(100,0)
Taburculuk eğitimi aldığınız sağlık profesyoneli	
-Hekim	1(0,8)
-Hemşire	120(99,2)
-Toplam	121(100,0)
Aileniz ya da size bakım veren bireyler taburculuk eğitimi aldı mı?	
-Evet	103(85,1)
-Hayır	18(14,9)
-Toplam	121(100,0)

#Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bireylerin mevcut hastalık / ek hastalık varlığı durumuna ve aynı evde yaşadıkları bireylere göre dağılımı incelendiğinde (n=121) ; %79,3'ünün (n=96) ek hastalığı olduğu; %35,5'inin (n=43) Diyabetes Mellitus (Diyabet/ DM) olduğu, %47,9'unun (n=58) Hipertansiyon (HT) olduğu; %9,1'inin (n=11) böbrek hastalığı olduğu; %27,3'ünün (n=33) kalp hastalığı olduğu; %38,8'inin (n=47) diğer hastalığı olduğu; %54,5'inin (n=66) anjio-stent öyküsü olduğu; %62,8'inin (n=76) ameliyat öyküsünün olduğu; %2,5'inin (n=3) bulaşıcı hastalığı olduğu; %31,4'ünün (n=38) sigara kullandığı; %9,9'unun (n=12) günde 1 paketten fazla sigara kullandığı; %5'inin (n=6) yalnız yaşadığı, %37,2'sinin (n=45) eşi ile yaşadığı, %6,6'sının (n=8) çocukları ile yaşadığı, %49,6'sının (n=60) eşi ve çocukları ile yaşadığı, %1,7'sinin (n=2) diğer bireyler ile yaşadığı; %95'inin (n=115) bakımını üstlenecek birey olduğu, %5'inin (n=6) bakımını üstlenecek birey olmadığı, %99,2'sinin (n=120) taburculuk eğitimini hemşireden aldığı, %0,8'inin (n=1) taburculuk eğitimini hekimden aldığı, %85,1'inin (n=103) ailenin ya da bakım veren bireylerin taburculuk eğitimi aldığı, %14,9'unun (n=18) ailenin ya da bakım veren bireylerin taburculuk eğitimi almadığı bulundu (Tablo 5).

Bölüm 2:

Bu bölümde;

- Hasta bireylerin hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ve öğrenim gereksinimleri önem düzeyleri (Tablo 6);
- Hasta öğrenim gereksinimleri önem düzeyi ve gereksinimlerin karşılanması durumu önem düzeyi ile ilişkisi (Tablo 7);
- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları (Tablo 8);
- Hasta öğrenim gereksinimleri alt boyutlarının gereksinimlerin karşılanması durumu ile ilişkisi (Tablo 9);
- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu alt boyutlarının yaş ve beden kitle indeksine göre karşılaştırılması (Tablo 10);
- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının cinsiyete göre karşılaştırılması (Tablo 11);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının medeni duruma göre karşılaştırılması (Tablo 12);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının ek hastalık varlığına göre karşılaştırılması (Tablo 13);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının diyabet varlığına göre karşılaştırılması (Tablo 14);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının hipertansiyon varlığına göre karşılaştırılması (Tablo 15);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının böbrek hastalığı varlığına göre karşılaştırılması (Tablo 16);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının kalp hastalığı varlığına göre karşılaştırılması (Tablo 17);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının diğer hastalık varlığına göre karşılaştırılması (Tablo 18);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının anjio/stent varlığına göre karşılaştırılması (Tablo 19);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının önceki ameliyat deneyimine göre karşılaştırılması (Tablo 20);

- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının bakım veren bireyin/ailenin taburculuk eğitimi alma durumuna göre karşılaştırılması (Tablo 21) ile ilgili bulgulara yer verildi.

Tablo 6. Hasta Bireylerin Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanlar ve Öğrenim Gereksinimleri Önem Düzeyleri

HÖGÖ Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Ölçek Puan En düşük En yüksek	Hasta Puanları En düşük En yüksek	Puanlar Ortalama±SS*	Öğrenim Gereksinimi Önem Düzeyi
Yaşam aktivitel eri	9	19-40	9-38	29,92±4,31	3,32
Cilt Bakımı	5	10-23	5-22	17,36±3.18	3,47
Yaşam Kalitesi	8	19-40	9-34	27.64±4.36	3,45
Tedavi ve Komplikasyonlar	9	19-39	18-37	31,55±4,54	3.50
İlaçlar	8	17-38	15-34	27,64±4.36	3.45
Toplum ve izlem	6	11-23	10-21	18,41±2,54	3,06
Duruma ilişkin duygular	5	10-22	9-21	17.26±2,75	3,45
Toplam	50	111-213	75-201	169,31±24,42	3.38

SS*=Standart Sapma

Hasta bireylerin hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar ve öğrenim gereksinimleri önem düzeyleri incelendiğinde; “yaşam aktiviteleri” alt boyut ortalama puanının 29,92±4,31 ve önem düzeyinin 3,32 olduğu; “cilt bakımı” alt boyut ortalama puanının 17,36±3.18 ve önem düzeyinin 3,47 olduğu; “yaşam kalitesi” alt boyut ortalama puanının 27.64±4.36 ve önem düzeyinin 3,45 olduğu; “tedavi ve komplikasyonlar” alt boyut ortalama puanının 31,55±4,54 ve önem düzeyinin 3,50 olduğu; “ilaçlar” alt boyut ortalama puanın 27,64±4.36 ve önem düzeyinin 3,45 olduğu; “toplum ve izlem” alt boyut ortalama puanının 18,41±2,54 önem düzeyinin 3,06 olduğu; “duruma ilişkin duygular” alt boyut ortalama puanının 17.26±2,75ve önem düzeyinin 3,45 olduğu; “toplam” alt boyut ortalama puanının 169,31±24,42 ve önem düzeyinin 3,38 olduğu görülmektedir(Tablo 6).

Hasta bireyler için en yüksek öğrenim gereksiniminin “tedavi ve komplikasyonlar” alt boyutunda önemli düzeyde yüksek olduğu (ortalama=31,55±4,54; önemlilik düzeyi=3.50); en düşük öğrenim gereksiniminin ise “toplum ve izlem” alt boyutunda (ortalama=18,41±2,54; önemlilik düzeyi=3,06) düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşıldı (Tablo 6).

Tablo 7. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Önem Düzeyi ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Önem Düzeyi ile İlişkisi #(N=121)

Ölçek Alt Boyutlar		İlaçlar (K)	Yaşam Aktiviteleri (K)	Toplum ve İzlem (K)	Duruma İlişkin Duygular (K)	Tedavi ve Komplikasyonlar (K)	Yaşam Kalitesi (K)	Cilt Bakımı (K)	Toplam (K)
İlaçlar	rs	0,863	,706**	,655**	,677**	,753**	,722**	,689**	,802**
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²	0,744769							
Yaşam Aktiviteleri	rs	,688**	0,837	,618**	,640**	,739**	,642**	,703**	,781**
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²		0,700569						
Toplum ve İzlem	rs	,679**	,734**	0,892	,693**	,706**	,704**	,714**	,797**
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²			0,795664					
Duruma İlişkin Duygular	rs	,682**	,652**	,637**	0,849	,649**	,687**	,659**	,746**
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²	R ²			0,720801				
Tedavi ve Komplikasyonlar	rs	,763**	,744**	,654**	,667**	0,841	,690**	,692**	,809**
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²					0,707281			
Yaşam Kalitesi	rs	,724**	,720**	,669**	,671**	,710**	0,806	,672**	,784**
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²						0,649636		
Cilt Bakımı	rs	,703**	,742**	,693**	,685**	,751**	,675**	0,841	,808**
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²							0,707281	
Toplam	rs	,798**	,796**	,721**	,743**	,801**	,761**	,760**	0,862
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
	R ²								0,743044

*R² Bağımlı değişkendeki değişimin yüzde ne kadarının bağımsız değişken tarafından tanımlanabildiğini gösteren bir ölçüdür.

rs = Spearman korelasyon katsayısı ,

K= Gereksinimlerin karşılama durumu

#Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeğinde öğrenim gereksinimlerinin önem düzeyi ve gereksinimlerin karşılanması durumu önem düzeyine ilişkin değerlendirmeler incelendiğinde;

-“İlaçlar” gereksinimlerin karşılanma düzeyi; “ilaçlar” öğrenim gereksiniminin % 74,4’ünü,

-“Yaşam aktiviteleri” gereksinimlerin karşılanma düzeyi; “yaşam aktiviteleri” öğrenim gereksiniminin %70’ini,

-“Toplum ve izlem” gereksinimlerin karşılanma düzeyi; “toplum ve izlem” öğrenim gereksiniminin % 79,5’ini,

-“Duruma ilişkin duygular” gereksinimlerin karşılanma düzeyi; “duruma ilişkin duygular” öğrenim gereksiniminin %72’sini,

-“Tedavi ve komplikasyonlar” gereksinimlerin karşılanma düzeyi; “tedavi ve komplikasyonlar” öğrenim gereksiniminin %70,7’ini,

-“Yaşam kalitesi” gereksinimlerin karşılanma düzeyi; “yaşam kalitesi” öğrenim gereksiniminin %64,9’unu,

-“Toplam” gereksinimlerinin karşılanma düzeyi; “toplum” öğrenim gereksiniminin %74,3’ünü karşıladığı görülmüştür.

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanma düzeylerinde sıralama yapıldığında; ilk sırada “toplum ve izlem” (% 79,5) ; ikinci sırada “ilaçlar” (%74,4); üçüncü sırada; “duruma ilişkin duygular” (%72) yer almaktadır (Tablo 7).

Tablo 8. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamaları # (N=121)

Öğrenim Gereksinimleri	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam
$\bar{X} \pm SS$	27,64±4,36	29,92±4,31	18,41±2,54	17,26±2,75	31,55±4,54	27,17±4,39	17,36±3,18	169,31±24,42
Ortanca	29	30	19	18	32	28	18	174
En Alt	17	19	11	10	19	16	10	111
En Üst	38	40	23	22	39	37	23	213
Öğrenim Gereksinimleri Karşılanması Durumu	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam
$\bar{X} \pm SS$	26,80±4,38	28,99±4,51	17,79±3,08	16,75±2,75	30,61±4,83	26,22±4,58	16,82±3,35	163,98±25,95
Ortanca	27	30	19	17	32	28	18	173
En Alt	15	9	10	9	18	9	5	75
En Üst	34	39	21	21	37	34	22	201

#Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

$\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ve gereksinimlerin karşılanması puan ortalamaları incelendiğinde; “ilaçlar” ile ilgili olan öğrenim gereksinimindeki ortalamanın 27,64±4,36 ve gereksinimin karşılanması durumundaki ortalamanın 26,80±4,38; “yaşam aktiviteleri” ile ilgili olan öğrenim gereksinimindeki ortalamanın 29,92±4,31 ve gereksinimin karşılanma durumundaki ortalamanın 28,99±4,51; “toplum ve izlem” ile ilgili olan öğrenim gereksinimindeki ortalamanın 18,41±2,54 ve gereksinimin karşılanma durumundaki ortalamanın 17,79±3,08; “duruma ilişkin duygular” ile ilgili öğrenim gereksinimindeki ortalamanın 17,26±2,75 ve gereksinimin karşılanması durumundaki ortalamanın 16,75±2,75; “tedavi komplikasyonlar” ile ilgili öğrenim gereksinimindeki ortalamanın 31,55±4,54 ve gereksinimin karşılanma durumundaki ortalamanın 30,61±4,83; “yaşam kalitesi” ile ilgili öğrenim gereksinimindeki ortalamanın 27,17±4,39 ve gereksinimin karşılanma durumundaki ortalamanın 26,22±4,58; “cilt bakımı” ile ilgili öğrenim gereksinimindeki ortalamanın 17,36±3,18 ve gereksinimin karşılanması durumundaki ortalamanın 16,82±3,35 olduğu belirlendi. Hastaların öğrenim gereksinimlerindeki; en yüksek ortalamanın “tedavi ve komplikasyonlar” (31,55±4,54) ölçek alt boyutunda olduğu, en düşük ortalamanın “duruma ilişkin duygular” (17,26±2,75) ölçek alt

boyutunda olduğu ve gereksinimin karşılanması durumundaki; en yüksek ortalamanın “tedavi ve komplikasyonlar” (30,61±4,83) ölçek alt boyutunda olduğu, en düşük ortalamanın “duruma ilişkin duygular” (16,75±2,75) ölçek alt boyutunda olduğu; toplam ölçek alt boyut puan ortalamasının 169,31±24,42 olduğu ve gereksinimin karşılanması durumundaki ortalamasının 163,98±25,95 olduğu belirlendi (Tablo 8).

Tablo 9. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Alt Boyutlarının Gereksinimlerin Karşılanması Durumu İle İlişkisi # (N=121)

Gereksinimlerin Karşılanması Durumu									
HÖGÖ alt boyutları		İlaçlar (K)	Yaşam Aktivite leri (K)	Toplum ve İzlem (K)	Durum a ilişkin Duygular(K)	Tedavi ve Komplika syonlr(K)	Yaşam Kalitesi (K)	Cilt Bakımı (K)	Toplam (K)
İlaçlar	r _s	,863**	,706**	,655**	,677**	,753**	,722**	,689**	,802**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001
Yaşam Aktiviteleri	r _s	,688**	,837**	,618**	,640**	,739**	,642**	,703**	,781**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001
Toplum ve İzlem	r _s	,679**	,734**	,892**	,693**	,706**	,704**	,714**	,797**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001
Duruma İlişkin Duygular	r _s	,682**	,652**	,637**	,849**	,649**	,687**	,659**	,746**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001
Tedavi ve Komplika syonlar	r _s	,763**	,744**	,654**	,667**	,841**	,690**	,692**	,809**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001
Yaşam Kalitesi	r _s	,724**	,720**	,669**	,671**	,710**	,806**	,672**	,784**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001
Cilt Bakımı	r _s	,703**	,742**	,693**	,685**	,751**	,675**	,841**	,808**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001
Toplam	r _s	,798**	,796**	,721**	,743**	,801**	,761**	,760**	,862**
	p	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001	***p<0,001

rs = Spearman korelasyon katsayısı ,

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu

#Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri alt boyutlarının gereksinimlerin karşılanması durumu ile ilişkisi incelendiğinde;

-İlaçlar ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin, $r_s = ,863^{**}$; $***p < 0,001$ çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu,

-Yaşam aktiviteleri ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin $r_s = ,837^{**}$; $***p < 0,001$ pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu,

-Toplum ve izlem ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin, $r_s = ,892^{**}$; $***p < 0,001$ pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu,

-Duruma ilişkin duygular ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin $r_s = ,849^{**}$; $***p < 0,001$ pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu,

-Tedavi ve komplikasyonlar ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin $r_s = ,841^{**}$; $***p < 0,001$ pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu;

-Yaşam kalitesi ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin $r_s = ,806^{**}$; $***p < 0,001$ pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu;

-Cilt bakımı ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin $r_s = ,841^{**}$; $***p < 0,001$ pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu;

-Toplam puan ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin $r_s = ,862^{**}$; $***p < 0,001$ pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. (Tablo 9).

Tablo 10. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Alt Boyutlarının Yaş ve Beden Kitle İndeksine Göre Karşılaştırılması # (N=121)

Ölçek alt boyutlar	Anlamlılık	Yaş	Beden Kitle İndeksi
İlaçlar	rs	-0,138	-0,09
	p	0,132	0,329
Yaşam Aktiviteleri	rs	-0,163	-0,098
	p	0,074	0,283
Toplum ve İzlem	rs	-0,137	-0,071
	p	0,134	0,441
Duruma İlişkin Duygular	rs	-0,099	-0,085
	p	0,282	0,353
Tedavi ve Komplikasyonlar	rs	-0,094	-0,156
	p	0,305	0,088
Yaşam Kalitesi	rs	-0,125	-0,102
	p	0,171	0,264
Cilt Bakımı	rs	-,183	-0,126
	p	0,044	0,168
Toplam	rs	-0,133	-0,14
	p	0,147	0,125
İlaçlar (K)	rs	-0,057	-0,097
	p	0,535	0,289
Yaşam Aktiviteleri (K)	rs	-0,104	-0,134
	p	0,255	0,143
Toplum ve İzlem (K)	rs	-0,149	-0,049
	p	0,102	0,593
Duruma İlişkin Duygular (K)	rs	-0,082	-0,104
	p	0,372	0,255
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	rs	-0,094	-0,155
	p	0,304	0,09
Yaşam Kalitesi (K)	rs	-0,133	-0,067
	p	0,145	0,468
Cilt Bakımı (K)	rs	-0,112	-0,105
	p	0,22	0,251
Toplam (K)	rs	-0,095	-0,145
	p	0,297	0,114

rs = Spearman korelasyon katsayısı , K= Gereksinimlerin karşılanması durumu

#Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu alt boyutlarının yaş ve beden kitle indeksine göre karşılaştırılması incelendiğinde; yaş azaldıkça “cilt bakımı” öğrenim gereksiniminin artarak istatistiksel olarak anlamlı fark (rs=-0,183; p<0,05) gösterdiği, öğrenim gereksinimleri ile diğer alt boyutların istatistiksel anlamlı ilişki göstermediği bulundu (p>0,05; Tablo 10).

Tablo 11. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması # (N=121)

Ölçek alt boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	p
İlaçlar	Kadın	43	27,63±4,17	27	17	38	0,533	0,594
	Erkek	78	27,64±4,49	29	17	35		
Yaşam Aktiviteleri	Kadın	43	29,93±3,92	31	20	39	0,076	0,939
	Erkek	78	29,91±4,54	30	19	40		
Toplum ve İzlem	Kadın	43	18,47±2,30	19	12	21	0,126	0,9
	Erkek	78	18,37±2,68	19	11	23		
Duruma İlişkin Duygular	Kadın	43	17,26±2,95	18	10	22	0,208	0,836
	Erkek	78	17,26±2,66	18	10	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Kadın	43	31,60±4,69	32	19	39	0,092	0,926
	Erkek	78	31,53±4,49	32	20	38		
Yaşam Kalitesi	Kadın	43	27,19±4,53	28	16	36	0,329	0,742
	Erkek	78	27,17±4,35	28	16	37		
Cilt Bakımı	Kadın	43	17,42±3,03	18	10	22	0,038	0,97
	Erkek	78	17,33±3,27	18	10	23		
Toplam	Kadın	43	169,49±23,97	174	111	203	0,154	0,877
	Erkek	78	169,21±24,81	175	112	213		
İlaçlar (K)	Kadın	43	26,98±3,91	27	17	34	0,147	0,883
	Erkek	78	26,71±4,64	28	15	33		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Kadın	43	29,37±4,11	30	20	39	0,131	0,896
	Erkek	78	28,78±4,73	30	9	36		
Toplum ve İzlem (K)	Kadın	43	17,95±2,77	19	10	21	0,082	0,935
	Erkek	78	17,69±3,26	19	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Kadın	43	16,95±2,88	17	10	21	0,689	0,491
	Erkek	78	16,64±2,69	17	9	20		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Kadın	43	30,70±4,78	32	19	37	- 0,052	0,959
	Erkek	78	30,56±4,89	32	18	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Kadın	43	26,51±4,63	28	16	34	- 0,286	0,775
	Erkek	78	26,06±4,58	28	9	33		
Cilt Bakımı (K)	Kadın	43	17,05±3,24	18	10	22	- 0,477	0,634
	Erkek	78	16,69±3,42	18	5	21		
Toplam (K)	Kadın	43	165,51±24,86	173	109	201	-0,23	0,818
	Erkek	78	163,14±26,66	172	75	198		

K=Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile cinsiyete göre dağılımları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$; Tablo 11).

Tablo 12. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması
(N=121)

Ölçek alt boyutlar	Medeni Durum	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	Z	p
İlaçlar	Evli	104	27,91 $\pm$ 4,15	29	17	38	-1,011	0,312
	Bekar	17	25,94 $\pm$ 5,83	27	17	32		
Yaşam Aktiviteleri	Evli	104	30,15 $\pm$ 4,18	30,5	19	40	-1,117	0,264
	Bekar	17	28,47 $\pm$ 4,98	29	20	36		
Toplum ve İzlem	Evli	104	18,57 $\pm$ 2,26	19	11	23	-1,527	0,127
	Bekar	17	17,41 $\pm$ 2,92	17	12	21		
Duruma İlişkin Duygular	Evli	104	17,50 $\pm$ 2,50	18	10	22	-1,7	0,089
	Bekar	17	15,76 $\pm$ 3,70	17	10	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Evli	104	31,92 $\pm$ 4,00	32	20	39	-1,094	0,274
	Bekar	17	29,29 $\pm$ 6,75	30	19	38		
Yaşam Kalitesi	Evli	104	27,50 $\pm$ 4,09	28	16	37	-1,304	0,192
	Bekar	17	25,18 $\pm$ 5,67	27	16	32		
Cilt Bakımı	Evli	104	17,53 $\pm$ 3,07	18	10	23	-1,133	0,257
	Bekar	17	16,35 $\pm$ 3,67	17	10	21		
Toplam	Evli	104	171,09 $\pm$ 22,66	175	112	213	-1,298	0,194
	Bekar	17	158,41 $\pm$ 31,92	164	111	197		
İlaçlar (K)	Evli	104	27,05 $\pm$ 4,16	27	15	34	-0,903	0,366
	Bekar	17	25,29 $\pm$ 5,45	27	17	32		

Yaşam Aktiviteleri (K)	Evli	104	29,19±4,36	30	9	39	-0,937	0,349
	Bekar	17	27,76±5,33	29	20	36		
Toplum ve İzlem (K)	Evli	104	18,04±2,99	19	10	21	-2,285	0,022*
	Bekar	17	16,24±3,25	16	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Evli	104	17,00±2,57	17,5	9	21	-2,14	0,032*
	Bekar	17	15,24±3,36	16	10	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Evli	104	31,04±4,44	32	18	37	-1,573	0,116
	Bekar	17	28,00±6,31	27	19	36		
Yaşam Kalitesi (K)	Evli	104	26,65±4,30	28	9	34	-2,122	0,034*
	Bekar	17	23,59±5,46	27	16	31		
Cilt Bakımı (K)	Evli	104	17,00±3,21	18	5	22	-1,125	0,26
	Bekar	17	15,71±4,01	17	10	21		
Toplam (K)	Evli	104	165,97±24,44	173	75	201	-1,299	0,194
	Bekar	17	151,82±31,99	159	109	189		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z=Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olanlarda toplum ve izlem (K) (p=0,022; *p<0,05), duruma ilişkin duygular (K) (p=0,032; * p<0,05), yaşam kalitesi (K) (p=0,034; *p<0,05; Tablo 10) nin karşılanma puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulundu. Diğer ölçek alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05; Tablo 12).

Tablo 13. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Ek Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması
(N=121)

Ölçek alt boyutlar	Ek hastalık	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	p
İlaçlar	Var	96	27,40±4,50	28	17	38	-1,434	0,152
	Yok	25	28,56±3,74	29	20	34		
Yaşam Aktiviteleri	Var	96	29,51±4,35	30	19	39	-2,062	0,039*
	Yok	25	31,48±3,87	31	24	40		
Toplum ve İzlem	Var	96	18,29±2,56	19	11	22	-0,918	0,359
	Yok	25	18,84±2,48	19	13	23		
Duruma İlişkin Duygular	Var	96	17,09±2,82	18	10	22	-0,982	0,326
	Yok	25	17,88±2,42	18	13	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Var	96	31,28±4,64	32	19	39	-1,389	0,165
	Yok	25	32,60±4,06	34	21	37		
Yaşam Kalitesi	Var	96	26,94±4,43	28	16	36	-0,65	0,516
	Yok	25	28,08±4,20	28	19	37		
Cilt Bakımı	Var	96	17,22±3,26	18	10	23	-0,992	0,321
	Yok	25	17,92±2,81	19	10	21		
Toplam	Var	96	167,73±24,96	173	111	203	-1,431	0,152
	Yok	25	175,36±21,59	177	124	213		
İlaçlar (K)	Var	96	26,76±4,33	27	17	34	-0,547	0,585
	Yok	25	26,96±4,68	29	15	33		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Var	96	28,97±4,23	30	19	39	-0,765	0,444
	Yok	25	29,08±4,56	30	9	36		
Toplum ve İzlem (K)	Var	96	17,70±3,06	19	10	21	-0,841	0,4
	Yok	25	18,12±3,22	19	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Var	96	16,68±2,75	17	10	21	-0,766	0,443
	Yok	25	17,04±2,76	18	9	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Var	96	30,44±4,71	32	19	37	-1,225	0,221
	Yok	25	31,28±5,32	33	18	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Var	96	26,11±4,40	27	16	34	-1,302	0,193
	Yok	25	26,64±5,31	28	9	31		
Cilt Bakımı (K)	Var	96	16,81±3,27	18	10	22	-0,322	0,747
	Yok	25	16,84±3,70	18	5	21		
Toplam (K)	Var	96	163,47±25,22	170,5	108	201	-0,894	0,372
	Yok	25	165,96±29,07	173	75	195		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile ek hastalık varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; “yaşam aktiviteleri” ölçek alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p=0,039$; $*p<0,05$; Tablo 11). Diğer ölçek alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 13).

Tablo 14. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Diyabet Varlığına Göre Karşılaştırılması
(N=121)

Ölçek alt boyutlar	Diyabet Varlığı	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	P
İlaçlar	Yok	78	27,09 $\pm$ 4,52	29	17	35	-1,455	0,146
	Var	43	28,63 $\pm$ 3,92	28	17	38		
Yaşam Aktiviteleri	Yok	78	29,65 $\pm$ 4,37	30	20	40	-1,162	0,245
	Var	43	30,40 $\pm$ 4,21	31	19	38		
Toplum ve İzlem	Yok	78	18,23 $\pm$ 2,68	19	11	23	-0,738	0,46
	Var	43	18,72 $\pm$ 2,27	19	12	22		
Duruma İlişkin Duygular	Yok	78	17,01 $\pm$ 2,80	18	10	22	-1,322	0,186
	Var	43	17,70 $\pm$ 2,64	18	10	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Yok	78	31,17 $\pm$ 4,76	32	20	38	-0,903	0,367
	Var	43	32,26 $\pm$ 4,08	32	19	39		
Yaşam Kalitesi	Yok	78	25,58 $\pm$ 4,90	28	16	37	-1,061	0,289
	Var	43	27,40 $\pm$ 3,70	28	17	36		
Cilt Bakımı	Yok	78	17,10 $\pm$ 3,37	18	10	23	-0,959	0,337
	Var	43	17,84 $\pm$ 2,76	18	11	22		
Toplam	Yok	78	167,01 $\pm$ 25,67	175	112	213	-0,934	0,35
	Var	43	173,47 $\pm$ 21,64	174	111	203		
İlaçlar (K)	Yok	78	26,13$\pm$4,75	27	15	33	-1,978	0,048*
	Var	43	28,02$\pm$3,35	28	18	34		

Yaşam Aktiviteleri (K)	Yok	78	28,53±4,88	30	9	39	-1,461	0,144
	Var	43	29,84±3,65	30	19	35		
Toplum ve İzlem (K)	Yok	78	17,53±3,37	19	10	21	-0,523	0,601
	Var	43	18,26±2,44	19	11	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Yok	78	16,49±2,84	17	9	21	-1,174	0,241
	Var	43	17,23±2,53	17	10	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Yok	78	30,17±5,26	32	18	37	-0,707	0,48
	Var	43	31,42±3,89	32	19	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Yok	78	26,76±4,67	27,5	9	32	-1,429	0,153
	Var	43	27,93±3,78	28	16	34		
Cilt Bakımı (K)	Yok	78	16,42±3,66	17	5	22	-1,307	0,191
	Var	43	17,53±2,59	18	11	21		
Toplam (K)	Yok	78	160,83±28,21	173	75	201	-1,108	0,268
	Var	43	169,70±20,33	172	109	198		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile diyabet varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; diyabeti olan bireylerin “ilaçlar” (K) ölçek alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği (p=0,048; *p<0,05; Tablo 12) bulundu. Diğer ölçek alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05; Tablo 14).

Tablo 15. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması
Durumu Puan Ortalamalarının Hipertansiyon Varlığına Göre Karşılaştırılması

(N=121)

Ölçek alt boyutlar	Hipertansiyon	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	p
İlaçlar	Yok	63	28,13±3,98	29	17	38	1,16	0,246
	Var	58	27,10±4,72	28	17	35		
Yaşam Aktiviteleri	Yok	63	30,38±3,99	31	20	40	0,777	0,437
	Var	58	29,41±4,63	30	19	39		
Toplum ve İzlem	Yok	63	18,86±2,34	19	11	23	2,035	0,042*
	Var	58	17,91±2,68	18	12	22		
Duruma İlişkin Duygular	Yok	63	17,65±2,26	18	10	22	1,23	0,22
	Var	58	16,83±3,00	17,5	10	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Yok	63	32,11±3,96	33	21	39	1,00	0,32
	Var	58	30,95±5,07	32	19	38		
Yaşam Kalitesi	Yok	63	26,73±4,48	28	16	37	1,632	0,103
	Var	58	25,67±4,66	27,5	16	35		
Cilt Bakımı	Yok	63	17,65±2,84	18	10	22	0,768	0,443
	Var	58	17,05±3,50	18	20	23		
Toplam	Yok	63	172,65±21,58	176	112	213	1,378	0,168
	Var	58	165,67±26,89	170,5	111	203		
İlaçlar (K)	Yok	63	27,11±4,22	28	15	33	1,004	0,316
	Var	58	26,47±4,57	27	17	34		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Yok	63	29,11±4,49	30	9	36	0,589	0,556
	Var	58	28,86±4,57	30	19	39		
Toplum ve İzlem (K)	Yok	63	18,24±3,04	19	10	21	1,98	0,048*
	Var	58	17,29±3,08	18	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Yok	63	17,16±2,58	18	9	21	1,861	0,063
	Var	58	16,31±2,88	17	10	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Yok	63	31,11±4,74	33	19	37	1,352	0,176
	Var	58	30,07±4,92	31	19	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Yok	63	27,87±4,08	28	9	33	1,554	0,12
	Var	58	26,41±4,63	27	16	34		
Cilt Bakımı (K)	Yok	63	17,11±3,20	18	5	21	0,989	0,323
	Var	58	16,50±3,51	17	10	22		
Toplam (K)	Yok	63	166,57±25,11	173	75	195	1,261	0,207
	Var	58	161,17±26,78	166,5	109	201		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama

ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile HT varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde; HT olmayan bireylerde öğrenim gereksinimleri ölçek alt boyutu olan “toplum ve izlem” in istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu ($z=2,035$; $p=0.042$; $*p<0,05$; Tablo 13); HT olmayan bireylerin “toplum ve izlem” (K) ölçek alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($z=1.98$; $p=0,048$; $*p<0,05$; Tablo 13) bulundu. Diğer ölçek alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 15).

Tablo 16. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Böbrek Hastalığı Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)

Ölçek alt boyutlar	Böbrek Hastalığı	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	Z	p
İlaçlar	Yok	110	27,62±4,44	29	17	38	-0,503	0,615
	Var	11	27,82±3,71	27	22	35		
Yaşam Aktiviteleri	Yok	110	29,96±4,45	31	19	40	-0,761	0,447
	Var	11	29,45±2,70	30	24	33		
Toplum ve İzlem	Yok	110	18,42±2,62	19	11	23	-0,768	0,443
	Var	11	18,27±1,74	18	15	21		
Duruma İlişkin Duygular	Yok	110	17,20±2,81	18	10	22	-0,491	0,623
	Var	11	17,82±2,09	18	14	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Yok	110	31,55±4,64	32	19	39	-0,408	0,684
	Var	11	31,64±3,59	32	27	38		
Yaşam Kalitesi	Yok	110	26,12±4,68	28	16	37	-0,322	0,748
	Var	11	27,27±3,44	27	21	33		
Cilt Bakımı	Yok	110	17,41±3,12	18	10	22	-0,681	0,496
	Var	11	16,91±3,83	17	10	23		
Toplam	Yok	110	169,32±24,93	175	111	213	-0,514	0,607
	Var	11	169,18±19,53	165	133	199		

İlaçlar (K)	Yok	110	26,76±4,52	27	15	34	-0,317	0,751
	Var	11	27,18±2,79	27	22	32		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Yok	110	29,00±4,66	30	9	39	-0,734	0,463
	Var	11	28,91±2,70	29	23	33		
Toplum ve İzlem (K)	Yok	110	17,76±3,17	19	10	21	-0,397	0,692
	Var	11	18,00±2,05	18	14	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Yok	110	16,73±2,81	17	9	21	-0,355	0,722
	Var	11	17,00±2,10	16	14	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Yok	110	30,56±4,97	32	18	37	-0,14	0,888
	Var	11	31,09±3,39	31	26	36		
Yaşam Kalitesi (K)	Yok	110	27,16±4,48	28	9	33	-0,109	0,913
	Var	11	27,27±3,64	27	21	34		
Cilt Bakımı (K)	Yok	110	16,80±3,41	18	5	22	-0,19	0,849
	Var	11	17,00±2,79	17	11	21		
Toplam (K)	Yok	110	163,74±26,71	173	75	201	-0,343	0,732
	Var	11	166,45±17,39	163	131	195		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile böbrek hastalığı varlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05; Tablo 16).

Tablo 17. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması
Durumu Puan Ortalamalarının Kalp Hastalığı Varlığına Göre Karşılaştırılması

(N=121)

Ölçek alt boyutlar	Kalp Hastalığı	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	p
İlaçlar	Yok	88	27,23±4,50	28,5	17	38	-1,26	0,208
	Var	33	28,73±3,82	29	20	35		
Yaşam Aktiviteleri	Yok	88	29,66±4,31	30,5	20	40	-1,079	0,281
	Var	33	30,61±4,32	30	19	38		
Toplum ve İzlem	Yok	88	18,30±2,58	19	11	23	-0,814	0,416
	Var	33	18,70±2,47	19	12	22		
Duruma İlişkin Duygular	Yok	88	17,14±2,89	18	10	22	-0,534	0,593
	Var	33	17,58±2,36	18	10	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Yok	88	31,25±4,68	32	19	39	-1,055	0,291
	Var	33	32,36±4,11	33	21	38		
Yaşam Kalitesi	Yok	88	26,88±4,56	28	16	37	-1,05	0,294
	Var	33	27,97±3,88	28	19	35		
Cilt Bakımı	Yok	88	17,10±3,27	18	10	22	-1,283	0,2
	Var	33	18,06±2,84	18	12	23		
Toplam	Yok	88	167,55±25,07	174,5	111	213	-1,089	0,276
	Var	33	174,00±22,27	174	115	203		
İlaçlar (K)	Yok	88	26,40±44,64	27	15	33	-1,018	0,309
	Var	33	27,88±3,43	27	20	34		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Yok	88	28,68±4,76	30	9	39	-1,003	0,316
	Var	33	29,82±3,70	30	19	35		
Toplum ve İzlem (K)	Yok	88	17,65±3,23	19	10	21	-0,424	0,672
	Var	33	18,15±2,65	19	11	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Yok	88	16,53±2,88	17	9	21	-1,029	0,304
	Var	33	17,33±2,30	17	10	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Yok	88	30,20±5,13	32	18	37	-1,101	0,271
	Var	33	31,70±3,80	32	21	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Yok	88	25,84±4,87	28	9	33	-0,686	0,493
	Var	33	27,24±3,58	28	19	34		
Cilt Bakımı (K)	Yok	88	16,53±3,52	17,5	5	22	-1,262	0,207
	Var	33	17,58±2,75	18	11	2		
Toplam (K)	Yok	88	161,84±27,51	173	75	201	-0,97	0,332
	Var	33	169,70±20,56	172	115	198		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, * #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile kalp hastalığı varlığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0,05; Tablo 17).

Tablo 18. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Diğer Hastalık Varlığına Göre Karşılaştırılması # (N=121)

Ölçek alt boyutlar	Diğer Hastalık	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	p
İlaçlar	Yok	74	27,45±4,44	29	17	34	-0,232	0,816
	Var	47	27,94±4,26	28	17	38		
Yaşam Aktiviteleri	Yok	74	30,03±4,68	31	20	40	-0,478	0,632
	Var	47	29,74±3,70	30	19	37		
Toplum ve İzlem	Yok	74	18,45±2,60	19	12	23	-0,407	0,684
	Var	47	18,34±2,49	19	11	22		
Duruma İlişkin Duygular	Yok	74	17,26±2,88	18	10	22	-0,325	0,746
	Var	47	17,26±2,57	18	10	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Yok	74	31,43±4,79	32,5	19	38	-0,067	0,947
	Var	47	31,74±4,17	32	22	39		
Yaşam Kalitesi	Yok	74	27,03±4,50	28	16	37	-0,409	0,683
	Var	47	27,40±4,26	28	16	36		
Cilt Bakımı	Yok	74	17,34±3,36	18	10	22	-0,351	0,726
	Var	47	17,40±2,89	18	10	23		
Toplam	Yok	74	168,97±25,58	175	111	213	-0,141	0,888
	Var	47	169,83±22,73	173	112	203		
İlaçlar (K)	Yok	74	26,58±4,59	27	15	33	-0,318	0,751
	Var	47	27,15±4,05	27	18	34		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Yok	74	28,89±4,88	30	9	3	-0,061	0,951
	Var	47	29,15±3,91	30	19	35		
Toplum ve İzlem (K)	Yok	74	17,91±3,15	19	10	21	-0,898	0,369
	Var	47	17,60±3,00	18	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Yok	74	16,77±2,92	18	9	21	-0,645	0,519
	Var	47	16,72±2,48	17	10	21		

Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Yok	74	30,58±5,13	32	18	37	-0,392	0,695
	Var	47	30,66±4,38	32	19	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Yok	74	26,12±4,79	28	9	34	-0,062	0,951
	Var	47	26,38±4,28	28	16	33		
Cilt Bakımı (K)	Yok	74	16,74±3,54	18	5	22	-0,008	0,994
	Var	47	16,94±3,06	18	10	21		
Toplam (K)	Yok	74	163,59±27,51	173	75	201	-0,258	0,796
	Var	47	164,60±27,57	170	108	198		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile diğer hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p>0,05; Tablo 18).

Tablo 19. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Anjio/Stent Varlığına Göre Karşılaştırılması
(N=121)

Ölçek alt boyutlar	Anjio/Stent	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	p
İlaçlar	Var	66	28,12±4,41	29	17	38	-1,239	0,215
	Yok	55	27,05±4,27	28	18	34		
Yaşam Aktiviteleri	Var	66	30,03±4,24	30	19	38	-0,345	0,73
	Yok	55	29,78±4,43	31	20	40		
Toplum ve İzlem	Var	66	18,68±2,39	19	12	22	-1,306	0,192
	Yok	55	18,07±2,70	19	11	23		
Duruma İlişkin Duygular	Var	66	17,52±2,92	18	10	22	-1,683	0,092
	Yok	55	16,95±2,53	17	11	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Var	66	31,92±4,53	33	19	39	-1,054	0,292
	Yok	55	31,11±4,56	32	20	38		
Yaşam Kalitesi	Var	66	27,55±4,55	28	16	37	-1,281	0,2
	Yok	55	26,73±4,20	28	16	36		
Cilt Bakımı	Var	66	17,64±3,13	18	10	23	-0,987	0,323
	Yok	55	17,04±3,23	17	10	22		
Toplam	Var	66	171,45±24,47	175	111	203	-1,31	0,19
	Yok	55	166,73±24,33	173	112	213		
İlaçlar (K)	Var	66	27,29±4,46	28	15	34	-1,538	0,124
	Yok	55	26,22±4,25	27	18	32		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Var	66	28,98±4,75	30	9	36	-0,136	0,892
	Yok	55	29,00±4,25	30	20	39		

Toplum ve İzlem (K)	Var	66	17,95±3,12	19	10	21	-0,892	0,372
	Yok	55	17,58±3,05	19	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Var	66	16,98±2,91	18	9	21	-1,441	0,15
	Yok	55	16,47±2,54	17	10	20		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Var	66	30,89±4,82	32	18	37	-0,823	0,41
	Yok	55	30,27±4,87	32	19	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Var	66	26,38±4,77	28	9	34	-0,59	0,555
	Yok	55	26,04±4,38	27	16	33		
Cilt Bakımı (K)	Var	66	17,06±3,43	18	5	21	-1,128	0,259
	Yok	55	16,53±3,25	17	10	22		
Toplam (K)	Var	66	165,55±26,73	173	75	198	-1,086	0,278
	Yok	55	162,11±25,10	171	109	201		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile anjio/stent varlığı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0,05; Tablo 19).

Tablo 20. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Önceki Ameliyat Deneyimine Göre Karşılaştırılması # (N=121)

Ölçek alt boyutlar	Ameliyat	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	Z	p
İlaçlar	Var	76	27,70±4,53	29	17	38	-0,264	0,792
	Yok	45	27,53±4,12	28	17	34		
Yaşam Aktiviteleri	Var	76	30,01±4,45	31	19	39	-0,768	0,442
	Yok	45	29,76±4,12	30	21	40		
Toplum ve İzlem	Var	76	18,46±2,53	19	12	22	-0,484	0,629
	Yok	45	18,31±2,59	19	11	23		
Duruma İlişkin Duygular	Var	76	17,28±2,82	18	10	22	-0,168	0,867
	Yok	45	17,22±2,66	18	10	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Var	76	31,91±4,51	33	20	39	-1,344	0,179
	Yok	45	30,96±4,59	32	19	37		
Yaşam Kalitesi	Var	76	27,33±4,39	28	16	37	-0,913	0,361
	Yok	45	26,91±4,45	27	16	36		

Cilt Bakımı	Var	76	17,38±3,35	18	10	23	-0,486	0,627
	Yok	45	17,33±2,89	18	10	22		
Toplam	Var	76	170,07±24,91	176	114	203	-0,933	0,351
	Yok	45	168,02±23,79	173	111	213		
İlaçlar (K)	Var	76	26,75±4,60	27,5	15	33	-0,278	0,781
	Yok	45	26,89±4,05	27	18	34		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Var	76	28,84±4,96	30	9	39	-0,221	0,825
	Yok	45	29,24±3,67	30	21	36		
Toplum ve İzlem (K)	Var	76	17,70±3,18	19	10	21	-0,168	0,867
	Yok	45	17,93±2,94	19	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Var	76	16,67±2,86	17	9	21	-0,344	0,731
	Yok	45	16,89±2,57	17	10	20		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Var	76	30,74±4,98	32	18	37	-0,859	0,39
	Yok	45	30,40±4,62	32	19	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Var	76	26,16±4,86	28	9	34	-0,232	0,816
	Yok	45	26,33±4,12	28	16	32		
Cilt Bakımı (K)	Var	76	16,66±3,61	18	5	21	-0,197	0,844
	Yok	45	17,09±2,87	18	10	22		
Toplam (K)	Var	76	163,51±27,56	173	75	201	-0,335	0,737
	Yok	45	164,78±23,26	171	109	195		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamaları ile ameliyat deneyimi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu (p>0,05, Tablo 20).

Tablo 21. Hasta Öğrenim Gereksinimleri ve Gereksinimlerin Karşılanması Durumu Puan Ortalamalarının Bakım Veren Bireyin/Ailenin Taburculuk Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması # (N=121)

Ölçek alt boyutlar	Aile/ bakım veren bireylerin taburculuk eğitimi alma durumu?	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	En Alt	En Üst	z	p
İlaçlar	Var	103	27,34 $\pm$ 4,17	28	17	35	2,272	0,023*
	Yok	18	29,33 $\pm$ 5,14	31	18	38		
Yaşam Aktiviteleri	Var	103	29,52 $\pm$ 4,04	30	19	39	2,774	0,006**
	Yok	18	32,17 $\pm$ 5,19	33	22	40		
Toplum ve İzlem	Var	103	18,25 $\pm$ 2,54	19	11	21	1,691	0,091
	Yok	18	19,28 $\pm$ 2,47	19,5	14	23		
Duruma İlişkin Duygular	Var	103	16,99 $\pm$ 2,61	17	10	21	3,211	0,001**
	Yok	18	18,78 $\pm$ 3,10	19,5	11	22		
Tedavi ve Komplikasyonlar	Var	103	31,20 $\pm$ 4,38	32	19	38	-2,85	0,004**
	Yok	18	33,56 $\pm$ 5,08	36	20	39		
Yaşam Kalitesi	Var	103	26,82 $\pm$ 4,10	28	16	35	2,455	0,014*
	Yok	18	29,22 $\pm$ 5,48	30	16	37		
Cilt Bakımı	Var	103	17,12 $\pm$ 3,08	18	10	23	-2,91	0,004**
	Yok	18	18,78 $\pm$ 3,44	20	10	21		
Toplam	Var	103	167,24 $\pm$ 23,30	173	111	203	3,071	0,002**
	Yok	18	181,11 $\pm$ 27,91	192	116	213		
İlaçlar (K)	Var	103	26,83 $\pm$ 4,18	27	17	34	0,252	0,801
	Yok	18	26,67 $\pm$ 5,56	28	15	33		
Yaşam Aktiviteleri (K)	Var	103	29,03 $\pm$ 4,03	30	19	39	0,922	0,356
	Yok	18	28,78 $\pm$ 6,79	31	9	36		
Toplum ve İzlem (K)	Var	103	17,81 $\pm$ 3,06	19	10	21	0,052	0,959
	Yok	18	17,67 $\pm$ 3,29	19	10	21		
Duruma İlişkin Duygular (K)	Var	103	16,67 $\pm$ 2,64	17	10	21	1,483	0,138
	Yok	18	17,22 $\pm$ 3,35	18	9	21		
Tedavi ve Komplikasyonlar(K)	Var	103	30,62 $\pm$ 4,66	32	19	37	0,377	0,706
	Yok	18	30,56 $\pm$ 5,89	32	18	37		
Yaşam Kalitesi (K)	Var	103	26,23 $\pm$ 4,24	28	16	34	0,803	0,422
	Yok	18	26,17 $\pm$ 6,34	28	9	33		

Cilt Bakımı (K)	Var	103	16,86 ±3,12	18	10	22	0,399	0,69
	Yok	18	16,56 ±4,55	18	5	21		
Toplam (K)	Var	103	164,05 ±24,56	173	108	201	-0,7	0,484
	Yok	18	163,61 ±33,72	173,5	75	198		

K= Gereksinimlerin karşılanma durumu, z= Mann Whitney U testi değeri, $\bar{X} \pm SS$: Aritmetik ortalama ve standart sapma, #Sorulara verilen cevaplar N=121 temelinde hesaplanarak verilmiştir.

p>0,05; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanması durumu puan ortalamalarının “Aileniz ya da size bakım veren bireyler taburculuk eğitiminde yer aldı mı?” sorusuna verilen yanıtlar arasındaki ilişki incelendiğinde; taburculuk eğitimi almayan aile/yakınların puan ortalamalarının “ilaçlar” (p=0,023; *p<0,05) ölçek alt boyutunda anlamlı, “yaşam aktiviteleri” (p=0,006; **p<0,01) ölçek alt boyutunda ileri derecede anlamlı, “duruma ilişkin duygular” (p=0,001; **p<0,01) ölçek alt boyutunda ileri derecede anlamlı, “tedavi ve komplikasyonlar” (p=0,004; **p<0,01) ölçek alt boyutunda ileri derecede anlamlı, “yaşam kalitesi” (p=0,014; *p<0,05) ölçek alt boyutunda anlamlı, cilt bakımı (p=0,004; **p<0,01) ölçek alt boyutunda ileri derecede anlamlı ve toplam puan (p=0,002; **p<0,01) dağılımında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark bulundu . Bu boyutlardan eğitim almayan bireylerin puanları anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (p=0,023; *p<0,05; Tablo 19). Diğer ölçek alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05; Tablo 21).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. Tartışma

Perkütan Koroner Girişim (PKG) uygulamaları; destek tedavi ve stentlemede oluşan yeni uygulamalar, teknolojik gelişmeler ile günden güne artış göstermektedir (Bakan, 2016). Hastaya verilen taburculuk eğitimindeki en ön önemli görev hemşirelere düşmektedir (Güler, 2019). Hastanın taburculuk döneminde; cerrahi girişim bölgesinin bakımını bilmesi, risk faktörlerini azaltabilecek davranış geliştirmesi, oluşabilecek komplikasyon belirti ve bulgularını bilmesi hemşirelerin kaliteli bakım vermesinin sonucunu oluşturur (Bakan, 2016). Taburculuk eğitiminin amacına ulaşmasını sağlayan en önemli faktör; eğitimin hasta ihtiyaçlarına uygun ve planlı bir şekilde oluşturulmasıdır (Başgün & Ceylan, 2023). Bu çalışma; PKG geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

4.2. Birinci Bölüme İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu bölümde; PKG geçiren hasta bireylerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların literatür eşliğinde tartışılmasına yer verildi.

Koroner arter bypass greft cerrahisi geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin incelendiği bir çalışmada; bireylerin yaş ortalamasının 59,63, %88,8'inin evli, %80'inin erkek olduğu, %70'inin il merkezinde yaşadığı, %40'ının ilköğretim mezunu, %23,8'inin emekli ve tümünün (%100) sosyal güvencesi olduğu bildirilmiştir (Demirkıran ve Uzun, 2012). Özel (2010) cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini incelediği çalışmada; çalışmaya katılan hastaların %60'ının kadın, genel yaş ortalamasının 40 olduğunu ve %45,9'unun ilkokul-ortaokul mezunu, %45'inin ev hanımı, %73,2'sinin evli, %98,6'sının sosyal güvencesi olduğunu bildirmiştir. Çatal (2008)'ın HÖGÖ'nün Türkçe geçerlik güvenirlik araştırmasını, 145 kadın, 105 erkek hasta üzerinde yapmış, yaş ortalamasının $49,3 \pm 17,5$ olduğunu, tamamını genel cerrahi kliniğinde yatan hastalar oluşturduğunu, %77,2'sinin evli ve %57,6'sının ilkokul mezunu olup,

%47'sinin ise herhangi bir işte çalışmadığını bildirmiştir. Bu çalışmada; araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin (n=121) yaş ortalamasının $57,77 \pm 11,44$ olduğu, %64,5'inin (n=78) erkek, %35,5'inin (n=43) kadın, %86'sının (n=104) evli, %59'unun ilköğretim mezunu olduğu ve %94,2'sinin de sosyal güvencesi olduğu bulundu (Tablo 3). Bu çalışmada hasta bireylerin tanıtıcı özelliklerinden; evli olma, ilkokul mezunu olma, sosyal güvence varlığı parametrelerinin benzer çalışmalar ile paralellik gösterdiği; cinsiyet, yaş ortalaması parametrelerinin farklı olması veri toplama aşamasında karşılaşılan farklı hasta popülasyonu özelliklerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Tunç'un (2022) koroner anjiyografi uygulanan hastaların bilgi düzeylerini incelediği çalışmada; hasta bireylerin %71,9'unda kronik hastalık bulunduğu, kronik hastalığı olan bireylerde ise en fazla hipertansiyon ve diyabet olduğu görülmüştür. Benzer şekilde; Gören'in (2019) çalışmasına katılan hasta bireylerin %74,56'sında kronik hastalık varlığı görülmüştür. Tunç'un (2022) çalışmasına katılan hastaların %53,1'i sigara kullanmakta, koroner anjiyografi işlemi geçirmiş olan hastaların oranı %40,6; kalbinde stent işlemi olanların oranı %27,3 olduğu bildirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan bireylerin mevcut hastalık / ek hastalık varlığı durumuna ve aynı evde yaşadıkları bireylere göre dağılımı incelendiğinde (n=121) ; %79,3'ünün (n=96) ek hastalığı olduğu; %35,5'nin (n=43) Diyabetes Mellitus (Diyabet/ DM) olduğu, %47,9'unun (n=58) Hipertansiyon (HT) olduğu; %9,1'inin (n=11) böbrek hastalığı olduğu; %27,3'ünün (n=33) kalp hastalığı olduğu; %38,8'inin (n=47) diğer hastalığı olduğu; %54,5'inin (n=66) anjio-stent öyküsü olduğu; %62,8'inin (n=76) ameliyat deneyimini olduğu; %31,4'ünün (n=38) sigara kullandığı bulundu. Bu çalışmada kronik hastalık bulguları literatüre (Tunç, 2022) paralel bulundu. Bu sonuç, cerrahi hemşirelerinin, kronik hastalığı olan bireylerin taburculuk eğitimindeki önemini vurgular niteliktedir.

4.3. İkinci Bölüme İlişkin Verilerin Tartışılması

Bu bölümde; PKG geçiren hasta bireylerin tanıtıcı özelliklerinin HÖGÖ ölçeği ile karşılaştırılmasının literatür eşliğinde tartışılmasına yer verili.

Başgün ve Ceylan'ın (2023) lomber disk herni ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği bir çalışmada; HÖGÖ toplam puan ortalamasının $198 \pm 30,95$ olduğu, Demir'in (2018) bir çalışmada genel cerrahi ünitesinde yatan ve ameliyat olan hastaların HÖGÖ toplam puan ortalamasının $151,38 \pm 30,22$ olduğu, Çetinkaya ve Duru Aşiret'in (2017) cerrahi hastalar üzerine yaptıkları bir çalışmada HÖGÖ toplam puan ortalamasının $186,67 \pm 29,22$ olduğu, Tan vd. (2013) yatan hastalar ile yaptığı bir çalışmada, HÖGÖ toplam puan ortalamasının $204,26 \pm 23,85$ olduğu, Demirkıran ve Uzun'un (2012) çalışmasındaki koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası HÖGÖ toplam puan ortalamasının $183,48 \pm 23,36$ olduğu, Özel'in (2010) cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada HÖGÖ toplam puan ortalamasının $199,19 \pm 26,62$ olduğu bildirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 50 ve en yüksek puan 250'dir. Bu çalışmada elde edilen HÖGÖ toplam puanı $169,31 \pm 24,42$ olup, HÖGÖ toplam puanının diğer araştırma sonuçlarına göre düşük olduğu görülmektedir (Tablo 6). Bu sonucun yapılan cerrahi girişim türünün diğer çalışma gruplarındaki hastalık veya cerrahi özelliklere kıyasla daha küçük ve kısa süreli cerrahi girişim grubunda olmasından kaynaklanabileceği değerlendirildi.

Çetinkaya ve Duru Aşiret'in (2017) dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerini incelediği çalışmada; en yüksek önemlilik düzeyinin “ilaçlar” ve “tedavi ve komplikasyonlar” alt boyutlarında olduğu; Başaran Dursun ve Yılmaz'ın (2015) batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerini incelediği çalışmada en yüksek önemlilik düzeyinin “ilaçlar” ile “tedavi ve komplikasyonlar” alt boyutlarında olduğu; Tan vd. (2013) hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi üzerine yaptıkları çalışmada en yüksek önemlilik düzeyinin ilaçlar, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar olduğu; Soyer vd. (2018) ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada en yüksek önemlilik düzeyinin “ilaçlar” olduğu; Temiz vd. (2016) tiroidektomi sonrası hasta öğrenme ihtiyaçlarının belirlenmesini incelediği çalışmada en yüksek önemlilik düzeyinin “tedavi ve komplikasyonlar” olduğu; Çelebi ve Kanan (2023)'in güneybirlik cerrahi hastalarının taburculuk dönemi ile ilgili yapmış olduğu çalışmada en yüksek önemlilik düzeyinin “tedavi ve komplikasyonlar” olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada

literatüre benzer olarak en yüksek önemlilik düzeyi “tedavi ve komplikasyonlar” (ortalama=31,55±4,54; önemlilik düzeyi; 3,50; Tablo 6) olduğu ve en düşük öğrenim gereksiniminin ise “toplum ve izlem” alt boyutunda (ortalama=18,41±2,54; önemlilik düzeyi=3,06) olduğu bulundu. Bu sonuç; taburculuk sürecinde hasta bireylere tedavi ve komplikasyonlar konusunda verilen taburculuk eğitimin önemini vurgular niteliktedir.

Bu çalışmada, Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanma düzeyleri incelendiğinde; birinci sırada “toplum ve izlem” (% 79,5) ; ikinci sırada “ilaçlar” (%74,4); üçüncü sırada ise; “duruma ilişkin duygular” (%72) alt boyutunun yer aldığı görülmektedir (Tablo 7). Bu durum hastalara verilen taburculuk eğitiminde en fazla “toplum ve izlem” alt boyutunu karşılandığını ve gereksinimlerin karşılanması durumunu inceleyen çalışmaların kısıtlı olması ileri çalışmaların yürütülmesi gereğini düşündürdü.

Başgün ve Ceylan'nın (2023) bir çalışmasında; en yüksek HÖGÖ alt boyut puan ortalamasının “tedavi ve komplikasyonlar” olduğu, sırası ile “yaşam aktiviteleri”, “yaşam kalitesi”, “ilaçlar”, “toplum ve izlem”, “cilt bakımı” olduğu; en düşük puanın “duruma ilişkin duygular” olduğu bildirilmiştir Göktaş vd. (2015) tarafından gerçekleştirilen gündüz olgu cerrahisinde hemşirelik bakım memnuniyeti ve hasta öğrenme ihtiyaçlarının değerlendirildiği bir çalışmada; hastaların en çok bilgi istediği konuların “tedavi ve komplikasyonlar” ölçek alt boyutu, “yaşam aktiviteleri” ve “ilaçlar” olduğu bildirilmiştir. Çelebi ve Kanan (2023)'ın günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerini incelediği bir çalışmada en yüksek puanın “tedavi ve komplikasyonlar” olduğu belirlenmiştir. Çetinkaya & Duru Aşiret'in (2017) bir çalışmasında ise, en yüksek puanın “ilaçlar”, “tedavi ve komplikasyonlar” olduğu bildirilmiştir. Jacobs'un (2000) cerrahi hastalarının taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini incelediği çalışmasında; "yaşam aktiviteleri" ve "tedavi ve komplikasyonlar" alt ölçeklerinin önemine işaret edilmiş, kısa süreli cerrahi girişimleri takiben hastaların tedavileri ve komplikasyonlar hakkındaki bilgi gereksinimlerini, cerrahi hastalarının (Bubela ve Galloway, 1990; Bostrom vd., 1994) ve kanser cerrahisi sonrası iyileşen diğer hastaların, gereksinimleri ile örtüştüğü (Galloway vd., 1993; Galloway ve Graydon, 1996) bununla birlikte; yaşam kalitesi sorunları gibi diğer gereksinimlere yönelik bilgilendirmenin ameliyat sonrası uzun

vadeli değişiklik beklenmeyen hastalar açısından önemli bulunmadığı ve kısa süreli cerrahi girişimlerin ardından taburcu edilen hastalarda ilaçlarla ilgili bilgilerin de düşük önceliğe sahip olduğu bildirilmiştir (Jacobs, 2000). Bu çalışmada literatür ile uyumlu olarak en yüksek ortalamanın “tedavi ve komplikasyonlar” ($31,55 \pm 4,55$) olduğu ve en düşük puan ortalamasının “duruma ilişkin duygular” ($17,26 \pm 2,25$) olduğu bulundu (Tablo 8). Bu sonuç, hastaların “tedavi ve komplikasyonlar” konusunda bilgi gereksinimlerinin fazla olduğunu ve hemşirelerin hasta eğitiminde tedavi ve komplikasyonlar konusundaki bilgi birikimini güncel ve aktif tutmaları gerektiğini düşündürdü.

Bu çalışmada; PKG geçiren hasta bireylerin HÖGÖ ve karşılanması durumlarının ölçek alt boyut korelasyonları incelendiğinde; “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı”, “toplam puan” ile ilgili öğrenim gereksinimi ve gereksinimin karşılanması durumu arasındaki ilişkinin pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0,001$; Tablo 9). Bu sonuç; hasta bireylerin PKG taburculuk sürecinde öğrenim gereksinimlerinin karşılanıyor olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Özel’in (2010) bir çalışmasında yaş grupları ile öğrenim gereksinimleri arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olmadığı ($p > 0,05$), yaş ortalaması arttıkça HÖGÖ toplam puanı ile “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “duruma ilişkin duygular” ve “ilaçlar” a ilişkin puanların arttığı bildirilmiştir. Yaman’ın (2008) kalp kapak replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitimini değerlendirdiğı bir çalışmada; hasta bireylerin yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu ve sigara içme durumu ile öz-bakım puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Taşdemir vd. (2010) beyin ve sinir cerrahisi hastalarının öğrenim gereksinimlerini tanımlamak için gerçekleştirdikleri bir çalışmada; yaş ile hastaların öğrenim gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir. Literatürden farklı olarak Göktaş vd. (2015) hemşirelik bakım memnuniyeti ve hasta öğrenme ihtiyaçlarının gündüz vaka cerrahisinde değerlendirdikleri bir çalışmada ise, yaş grupları ve eğitim ihtiyaçları açısından yapılan değerlendirmelerde ölçek toplam puan ortalamaları ve ölçek alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark olup, “tedavi ve

komplasyonlar’’ölçek alt boyutu için puanların 41-50 yaş grubunda en yüksek olduğu ve orta yaş grubundaki bilgi ihtiyacının diğeri yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ürdün’de Mosleh vd. (2016) tarafından yapılan hastaların perkütan koroner girişim ve kalp cerrahisi öğrenme ihtiyaçlarının incelendiğı çalışmada; yaşlı katılımcılar risk faktörü yönetimi ve müdahale sonrası komplasyonlar hakkında artan endişelerini dile getirirken fiziksel aktivite konusunda daha az endişe duyduklarını bildirmiştir. Yapılan diğeri çalışmalarda toplam öğrenme ihtiyacı puanı ile yaş arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Alkubati vd., 2013; Fredericks, 2008). Bu çalışmada literatür ile farklı şekilde, yaş azaldıkça “cilt bakımı” öğrenme gereksinimi arasında anlamlı ilişki olduğu ($r_s=-0,183$; $p<0,05$) ancak diğeri alt boyutların yaş ile anlamlı ilişki göstermediğı bulundu ($p>0,05$; Tablo 10). Bu farklılığın katılımcıların yaş gruplarına göre incelenmemesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Demirkıran ve Uzun’un (2012) koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini incelediğı çalışmasında; hastaların BKİ değerleri ile HÖGÖ toplam puanları arasında olumlu yönde anlamlı ilişki olduğı bulunmuştur. Başaran Dursun ve Yılmaz’ın (2015) batin cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerini incelediğı çalışmada; BKİ ile öğrenim gereksinimleri arasında anlamlı fark olduğı bildirilmiştir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak öğrenim gereksinimleri ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamakla birlikte ($p>0,05$; Tablo 10); hasta bireylerin BKİ ortalamasının $29,05\pm5,15$ olduğı belirlendi (Tablo 3) ve hasta bireylerin fazla kilolu sınırında olduğı bulundu. Bu sonuç, PKG’in gününbirlik cerrahi girişim olması nedeniyle hastaların öğrenme gereksinimlerinin çeşitli nedenlere bağıli şekilde atlanmış olabileceğini düşündürdü.

Gününbirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlendiğı bir çalışmada; kadın hastaların HÖGÖ ölçeğindeki tüm ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarının erkek hastalardan daha yüksek olduğı bildirilmiştir (Çelebi, 2015). Başgün ve Ceylan’ın (2023) öğrenim gereksinimlerini belirlediğı bir çalışmasında; kadınların HÖGÖ toplam ve ölçek alt boyut puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğı ve aradaki farkın “duruma ilişkin duygular” ölçek alt boyutu dışında, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir.

Karaca ve Ayçıl'ın (2023) kemoterapi tedavisi alan hemetoloji hastalarının öğrenim gereksinimlerini ve etkileyen faktörleri incelediği bir çalışmada, kadın hastaların öğrenim gereksinimlerinin, erkeklerden daha fazla olduğu, benzer şekilde Demirkıran ve Uzun'un (2012) koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini incelediği bir çalışmada; kadın hastaların puan ortalamalarının erkek hastalardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak HÖGÖ ölçeğinin cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark göstermediği ($p>0,05$; Tablo 11) ve bu sonucun; hasta bireylerin eğitim düzeyleri arasında homojen farkın olmamasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Gökçen'in (2018) açık kalp ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini ve anksiyete düzeylerini incelediği bir çalışmada; evli hastaların bilgi gereksinimlerinin bekar hastalardan fazla olduğu vurgulanmıştır. Özel'in (2010) cerrahi girişim geçiren hastalar ile yaptığı bir çalışmada; evli hastaların bekar hastalara göre bilgi gereksinimlerinin daha yüksek olduğu, Çelebi (2015) tarafından yapılan çalışmada evli hastaların bekar hastalara kıyasla bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, literatürden farklı şekilde; “toplum ve izlem” gereksinimin karşılanma ölçek alt boyutu ($p<0,05$; Tablo 10) “duruma ilişkin duygular” gereksinimin karşılanma ölçek alt boyutu ($p<0,05$; Tablo 10), “yaşam kalitesi” gereksinimin karşılanma ölçek alt boyutu ($p<0,05$; Tablo 10) puanlarının evli olanlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$; Tablo 12), sonucun örnekleme oluşturan bireylerin tamamına yakınının (%86) evli olması ile ilgili olabileceği düşünüldü. Evli bireylerin “yaşam kalitesi”, “duruma ilişkin duygular” ve “toplum ve izlem” konularında öğrenim gereksinimlerinin azaldığı izlendi.

Demir (2018) tarafından ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği tez çalışmada; kronik hastalığı olan hastaların HÖGÖ toplam puanlarının, kronik hastalığı olmayanlardan yüksek olduğu ve HÖGÖ toplam puan ortalamalarındaki istatistiksel farkın anlamlı bulunmadığı bildirilmiştir. Çetinkaya Duru ve Aşiret'in (2017) dahili ve cerrahi kliniklerindeki hasta öğrenim gereksinimlerini incelediği bir çalışmada; öğrenim gereksinimlerinin kronik hastalığı olan bireylerde daha fazla olduğu fakat anlamlılık oluşturmadığı bildirilmiştir. Benzer şekilde; Erdoğan (2012)'in çalışmada kronik bir ya da birden

fazla hastalığı bulunan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin fazla olduğu vurgulanmış fakat bu sonucun istatistiksel anlamlılık oluşturmadığı bildirilmiştir. Abbott vd. (2010) koroner arter bypass cerrahisi sonrası semptom yükü kümeleri ve psikososyal işlevsellik üzerine etkileri başlıklı çalışmasında ise, ek hastalığı olan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada literatür bulgularından farklı olarak ek hastalığı olmayan bireylerin “yaşam aktiviteleri”nin ölçek alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$; Tablo 13). Ek hastalıkları incelediğimizde; DM hastalığı olan bireylerin “ilaçlar” gereksiniminin karşılanma ölçek alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$; Tablo 14), diyabeti olan bireylerin ilaçlar konusunda öğrenim gereksinimlerinin olmasının doğal olduğu düşünüldü.

HT hastalığı olmayan bireylerin “toplum ve izlem” ($p=0,042$; $p<0,05$; Tablo 15), ve “toplum ve izlem” gereksinimin karşılanma ($p=0,048$; $p<0,05$; Tablo 15) puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, bu sonucun Tunç’un (2022) çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerde en fazla hipertansiyon ve diyabet olduğu ile ilgili sonucuna benzerlik gösterdiği, kronik hastalıkların kontrolü ve önlenmesi açısından cerrahi hemşirelerine önemli sorumluluklar yüklediği, ancak ek hastalığı olmayan bireylerin “yaşam aktiviteleri” ($p=0,039$; $p<0,05$; Tablo 13), ölçek alt boyutunun anlamlı olması nedeniyle öğrenim gereksinimlerini çok az etkilediği bulundu. Bu sonuçlar çalışmalar yürütülmesi gerektirdiğini düşündürdü.

Tunç’un (2022) çalışmasında daha önce KAG (koroner arter girişim) işlemi geçiren hasta bireylerin, KAG işlemi olmayan bireyler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bildirilmemiştir. Bu çalışmada anjio/stent varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$; Tablo 19) literatür ile uyumlu olarak bulundu. Bu sonuç, hasta bireylerin eğitim düzeyleri arasında belirgin farkın olamamasından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Uzun vd. (2011) bir çalışmasında ameliyat deneyiminin ölçek toplam puanı ve ölçek alt boyutlar arasında istatistiksel olarak fark oluşturmadığı bildirilmiştir. Başgün ve Ceylan’ın (2023) lomber disk herni ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimlerini araştırdıkları bir çalışmada ameliyat deneyimi olan hasta bireylerin toplam ölçek puanı, “duruma ilişkin duygular” ve “cilt bakımı” öğrenim

gereksinimlerinin yüksek olduğu, ameliyat deneyimi olmayanların ise diğer ölçek alt boyutlarda öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu ancak HÖGÖ toplam puan ve ölçek alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir. Güçlü ve Kurşun'un (2017) genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimlerini incelediği ve Dursun ve Yılmaz'ın (2015) batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimlerini incelediği çalışmalarda; ameliyat deneyimleyen hastalarda daha fazla öğrenim gereksinimi ortaya çıktığını gösteren istatistiksel anlamlı farklar bildirilmektedir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak önceki ameliyat deneyiminin öğrenim gereksinimlerini etkilemediği istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$; Tablo 20) bulundu. Bu sonucun hasta bireylere uygulanan gününbirlik cerrahi girişim olması nedeniyle önceki ameliyat deneyiminden etkilenmediği şeklinde yorumlanabilir.

Tan vd. (2013) hasta öğrenim gereksinimlerin belirlenmesi incelediği çalışmasında; taburculuk eğitimi alan hasta bireylerin , taburculuk eğitimi almayan hasta bireylere göre daha fazla öğrenim gereksinimi olduğu ve ölçek alt boyutta olan “cilt bakımı”ndaki farkın istatistiksel olarak anlamlılık oluşturduğu bildirilmiştir. Akyol'un (2019) periferik arter ameliyatı olan hastaların öğrenme gereksinimleri ve etkileyen faktörleri incelediği bir çalışmasında; hasta bireylerin taburculuk eğitimi alma durumu ve taburculuk eğitimi aldıkları bireye göre ölçek toplam puan ortalamaları ile ölçek alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Başgün ve Ceylan'nın (2023) çalışmasında; HÖGÖ toplam puan ortalamaları taburculuk eğitimi alan hasta bireylerde, taburculuk eğitimi almamış olan hasta bireylerden daha fazla ve öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir. Gülseren ve Uzun'un (2012) taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada; taburculuk eğitimi almayan hasta bireylerin HÖGÖ toplam ölçek puan ortalamalarının taburculuk eğitimi alan hasta bireylerden yüksek olduğu bildirildi. Bu çalışmada literatürden farklı olarak taburculuk eğitiminde yer almayan bakım veren bireylerin/ailenin puan ortalamalarının; “ilaçlar” ($p=0,023$; $p<0,05$) ve “yaşam kalitesi” ($p=0,014$; $p<0,05$) ölçek alt boyutunda anlamlı ; “yaşam aktiviteleri” ($p=0,006$; $p<0,01$); “duruma ilişkin duygular” ($p=0,001$; $p<0,01$); “tedavi ve komplikasyonlar” ($p=0,004$; $p<0,01$); “cilt bakımı” ($p=0,004$; $p<0,01$); ve “toplam puan” ($p=0,002$; $p<0,01$)

ölçek alt boyutunda ileri derecede anlamlı; olduğu bulundu (Tablo 21). Bu sonuç, taburculuk eğitimi almayan bakım veren bireylerin/ailenin ; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı konularında öğrenim gereksinimleri olduğu (Tablo 21), ancak cerrahi hemşirelerince taburculuk eğitimi almayan bakım veren bireylerin/ailenin bilgi düzeylerinin farklı çalışmalarda ölçülmesi gerektirdiğini düşündürdü.



SONUÇ VE ÖNERİLER

- Perkütan koroner girişim geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini ve gereksinimlerin karşılanması durumunu belirlemek üzere bu çalışmada HÖGÖ toplam puan ortalamasının $169,31 \pm 24,42$ olduğu,
- Hasta bireylerin orta düzeyin biraz üzerinde öğrenim gereksinimi olduğu,
- En yüksek öğrenim gereksinimi önemlilik düzeyi “tedavi ve komplikasyonlar” (ortalama= $31,55 \pm 4,54$; önemlilik düzeyi=3,50) ölçek alt boyutunda olduğu,
- En düşük öğrenim gereksinimi önemlilik düzeyi “toplum ve izlem” (ortalama= $18,41 \pm 2,54$; önemlilik düzeyi=3,06) ölçek alt boyutunda olduğu,
- Hasta öğrenim gereksinimleri ve gereksinimlerin karşılanma düzeyleri incelendiğinde; ilk sırada “toplum ve izlem” (% 79,5) ölçek alt boyutu olduğu,
- Hasta öğrenim gereksinimleri karşılanma düzeyinin en az “yaşam kalitesi” (%64,9) ölçek alt boyutunda olduğu;
- Hasta öğrenim gereksinimleri puan ortalamasının “tedavi ve komplikasyonlar” ($31,55 \pm 4,55$) ölçek alt boyutunda en fazla olduğu;
- En düşük düzeydeki öğrenim gereksinimleri puan ortalamasının “duruma ilişkin duygular” ($17,26 \pm 2,25$) ölçek alt boyutunda olduğu,
- Perkütan koroner girişim geçiren hasta bireylerin HÖGÖ ve karşılanması durumlarının ölçek alt boyut korelasyonları incelendiğinde; “ilaçlar”, “yaşam aktiviteleri”, “toplum ve izlem”, “duruma ilişkin duygular”, “tedavi ve komplikasyonlar”, “yaşam kalitesi”, “cilt bakımı”, “toplam puan” ile ilgili öğrenim gereksinimleri ve gereksinimin karşılanması durumu arasında pozitif yönlü çok ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p < 0,001$),
- Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ;
 - Yaş azaldıkça “cilt bakımı” öğrenim gereksiniminin artarak istatistiksel olarak anlamlı fark ($r_s = -0,183$; $p < 0,05$) gösterdiği,
 - Evli olan bireylerde; “toplum ve izlem” ($p < 0,05$) gereksiniminin karşılanma ölçek alt boyutu , “duruma ilişkin duygular” ($p < 0,05$) gereksiniminin karşılanma ölçek alt boyutu ve “yaşam kalitesi” ($p < 0,05$)

gereksinimin karşılanma ölçek alt boyutu anlamlı düzeyde yüksek olduğu,

- Diyabeti olan bireylerin “ilaçlar” gereksinimin karşılanma ölçek alt boyutunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$);
- Ek hastalığı olmayan bireylerde “yaşam aktivitesi” ölçek alt boyutunun anlamlı düzeyde ($p<0,05$) ilişki gösterdiği;
- Hipertansiyonu olmayan bireylerin; “toplum ve izlem” ($p<0,05$) ve “toplum ve izlem” gereksinimlerin karşılanması ($p<0,05$) ölçek alt boyutlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu;
- Taburculuk eğitiminde ailesi ya da bakım veren bireyleri yer almayan bireylerin öğrenim gereksinimleri;
- -“ilaçlar” ($p<0,05$) ve “yaşam kalitesi” ($p<0,05$) ölçek alt boyut puanlarının anlamlı olduğu;
- -“yaşam aktiviteleri” ($p<0,01$); “duruma ilişkin duygular” ($p<0,01$); “tedavi ve komplikasyonlar” ($p<0,01$); “cilt bakımı” ($p<0,01$); “toplam puan” ($p<0,01$) ölçek alt boyut puanlarının ileri derecede anlamlı ilişki gösterdiği bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Perkütan koroner girişim öncesi hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda taburculuk eğitiminin planlanarak verilmesi,
- Kronik hastalık varlığı sorgulanarak hastaya özgü eğitim verilmesi,
- Taburculuk eğitiminde tedavi ve komplikasyonlara daha fazla odaklanması,
- Taburculuk eğitimine hasta ve bakım veren bireylerin dahil edilmesi,
- Kalp ve cerrahi hemşirelerine belirli aralıklarla güncel sağlık eğitimleri verilerek bilgilerinin yenilenmesinin sağlanması,
- Kurumda verilen hizmet içi eğitim programları kapsamına taburculuk eğitiminin detaylı olarak ele alınması gereği önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abbott, A.A., Barnason S., Zimmerman L. (2010). Symptom burden clusters and their impact on psychosocial functioning following coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25(4), 301-310.
- Abdelaal, E., Rao, S. V., Gilchrist, I. C., Be rnat, I., Shroff, A., Caputo, R., . . . Bertrand, O. F. (2013). Same-day discharge compared with overnight hospitalization after uncomplicated percutaneous coronary intervention: A systematic review and meta-analysis. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 6(2), 99–112. doi: 10.1016/j.jcin.2012.10.008.
- Abdollahi, A. A., Mehranfard, S., Behnampour, N., & Kordnejad, A. M. (2015). Effect of positioning and early ambulation on coronary angiography complications: A randomized clinical trial. *Journal of Caring Sciences*, 4(2), 125–134. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.013>.
- Akkuzu, G., Kurt, G., Güvenç, G., Kök, G., Şimşek, S., Doğrusoy, S., & Ayhan, A. (2018). Learning Needs of Gynecologic Cancer Survivors. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 33(3), 544–550. <https://doi.org/10.1007/s13187-016-1118-y>
- Akyol, B. (2019). *Periferik Arter Ameliyatı Olan Hastaların Öğrenme Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Al-Hijji MA, Lennon RJ, Gulati R, et al. (2019). Safety and risk of major complications with diagnostic cardiac catheterization. *Circulation: Cardiovascular Interventions*, 12:e007791.
- Alkubati, S.A., Al-Zaru, I.M., Khater, W. & Ammouri, A.A. (2013) Perceived learning needs of Yemeni patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 930–938.
- Applegate R, Sacrinty M, Little W, Gandhi S, Kutcher M, Santos R.(2009). Prognostic implications of vascular complications following PCI. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 74(1):64-73.
- Atakoğlu, R. (2019). *Koroner anjiyografi ve perkütan koroner girişim öncesi yapılan bilgilendirmenin yaşam bulguları ve anksiyete düzeyi üzerine etkisi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Okan Üniversitesi. Erişim linki: <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/630778>.
- Aydın, A., Gürol, T., Soylu, O. ve Dağdeviren, B. (2014). Early ambulatory discharge is safe and feasible after transradial coronary interventions. *International Journal of Cardiology. Heart & Vessels*, 19(3), 60-63.

- Bakan, G. (2016). Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(sup 1), 26-34.
- Başaran Dursun, H.& Yılmaz E. (2015). Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 2(3), 65-70.
- Başgün, A, Ceyhan, Ö.(2023). Lomber disk herni ameliyatı olan hastaların öğrenim gereksinimleri. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 20-37.
- Bertrand, O. F., Larochelliere, R., Rod`es-Cabau, J., Proulx, G., ´ Gleeton, O., Nguyen, C. M., . . . Roy, L. (2006). A randomized study comparing same-day home discharge and abciximab bolus onluya to overnight hospitalization and abciximab bolus and infusion after transradial coronary stent implantation. *Circulation*, 114(24), 2636–2643. doi: 10.1161/Circulationaha.106. 638627.
- Bostrom, J., Crawford-Swent, C., Lazar, N., & Helmer, D. (1994). Learning needs of hospitalized and recently discharged patients. *Patient Education Counseling*, 23, 83-89.
- Brayton, K. M., Patel, V. G., Stave, C., de Lemos, J. A., & Kumbhani, D. J. (2013). Same-day discharge after percutaneous coronary intervention: A meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 62(4), 275–285. doi:10.1016/j.jacc.2013.03.051.
- Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbon, A., Nagle, L., Pringle, D., Ross, E., & Shamian, J. (1990). The patient learning needs scale: Reliability and validity. *Journal of Advanced Nursing*, 15(10), 1181-1187.
- Bundhun, P. K., Soogund, M. Z., & Huang, W. Q. (2017). Same Day Discharge versus Overnight Stay in the Hospital following Percutaneous Coronary Intervention in Patients with Stable Coronary Artery Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PloS one*, 12(1), e0169807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169807>.
- Chandrasekar B, Doucet S, Bilodeau L, et al.(2001). Complications of cardiac catheterization in the current era: a single-center experience. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 52(3),289-295.
- Chen, Y., Marshall, A., Lin, F. (2016). Implementation Strategies for Same Day Discharge Post Percutaneous Coronary Intervention: An Integrative Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(5), 371–379.
- Cheng, K., Ingram, N., Keenan, J. & Choudhury, R.P. (2015) Evidence of poor adherence to secondary prevention after acute coronary syndromes: possible remedies through the application of new technologies. *Open Heart*, 2(1), 1-7, e000166.

- Chow S, Shao J, Wang H.(2008). *Sample size calculations in clinical research. 2nd Ed.*Chapman & Hall/CRC Biostatistics Series.
- Civek, S. ve Akman M.(2022). Dünyada ve Türkiye’de Kardiyovasküler Hastalıkların Sıklığı ve Riskin Değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28.
- Corones, K., Coyer, F.M. & Theobald, K.A. (2009) Exploring the information needs of patients who have undergone (PCI) percutaneous coronary intervention. *British Journal of Cardiac Nursing*, 4(3),123–130.
- Costa GF, Sardinha DM, Oliveira VMLP, Barata FS, da Siva PHV, Mafra INP, et al.(2020). Nursing care for patients submitted to coronary transluminal angioplasty: an integrative review. *Cardiology and Angiology: An International Journal*, 9(1), 18-26. <https://doi.org/10.9734/CA/2020/v9i130126>.
- Çatal, E. & Dicle, A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkiye’de Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1(1),19-32.
- Çatal, E.(2007). *Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’nin Türkiye’de Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*. (Yüksek Lisan Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çatal, E.(2015). *Koroner arter baypas greftli hastalarda hemşirelik girişimlerinin öğrenim gereksiniminin karşılanması, iyileşme algısı, başatme-uyum ve yaşam kalitesine etkisi*.(Doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çelebi C, Kanan N. (2023). Determination of the information requirements in the discharge stage of day surgery patients. *Black Sea Journal of Health Science*, 6(2), 233- 239.
- Çelebi, C. (2015). *Günübirlik Cerrahi Hastalarının Taburculuk Aşamasındaki Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi*.(Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Çetinkaya, F. & Duru Aşiret, G. (2017). Dahili ve Cerrahi Kliniklerindeki Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 93-99.
- Çilingir, D. & Bayraktar, N. (2006). Günübirlik Cerrahi Süreci ve Hemşirelik Bakımı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(1), 69–81.
- D’elia, A.A, Hafız, A.M., Naidu, S.S. & Marzo, K.P. (2011) Patient awareness of stent type, risk of cardiac events, and symptoms of myocardial infarction among PCI patients: a missed educational opportunity?. *Journal of Interventional Cardiology*, 24(2), 144–148.
- Dahal K, Rijal J, Shahukhal R, Sharma S, Şattı H, Azrin M.(2018). Comparison of manual compression and vascular hemostasis devices after coronary

- angiography or percutaneous coronary intervention through femoral artery access: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Cardiovascular revascularization medicine: including molecular interventions*, 19(2),151-62. <https://doi.org/10.1016/j.carrev.2017.08.009>.
- Demir, E.(2018). *Genel Cerrahi Ünitesinde Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Demirkıran, G., Uzun, Ö. (2012). Koroner Arter Bypass Gresti Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1), 1-12.
- Erdem, G.(2019). *Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete Ve Benlik Saygısı Üzerine Etkisi* (Yüksek Lisans tezi). Balıkesir Üniversitesi.
- Erdil, F., & Özhan Elbaş, N. (2008). *Surgical diseases nursing* (5th ed., pp. 123–136). Ankara, Turkey: Aydoğdu Offset.
- Erdoğan M. (2012). *Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilendirme gereksinimlerinin belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Eshah, N.F. (2013) Predischage education improves adherence to a healthy lifestyle among Jordanian patients with acute coronary syndrome. *Nursing and Health Sciences*, 15(3), 273–279.
- Farkouh, M.E., et al. (2013) Risk factor control for coronary artery disease secondary prevention in large randomized trials. *Journal of the American College of Cardiology*, 61(15), 1607–1615.
- Fredericks, S. & Yau, T. (2013) Educational intervention reduces complications and rehospitalizations after heart surgery. *Western Journal of Nursing Research*, 35(10), 1251–1265. doi:10.1177/0193945913490081.
- Fredericks, S. (2008) The relationship between CABG patient characteristics and perceived learning needs: a secondary analysis. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 13–19.
- Galloway, S.C., & Graydon, J.E. (1996). Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nursing*, 19, 112-117.
- Galloway, S.C., Bubela, N., McKibbin, A., McCay, E., & Ross, E. (1993). Perceived information needs and effect of symptoms on activities after surgery for lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 3, 116-119.
- Gerber, Y., Rihal, C. S., Sundt Iii, T. M., Killian, J. M., Weston, S. A., Therneau, T. M., & Roger, V. L. (2007). Coronary revascularization in the community: A

- population-based study, 1990 to 2004. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(13), 1223–1229. doi: 10.1016/j.jacc.2007.06.022.
- Glasby, J., Littlechild, R., & Pryce, K. (2006). All dressed up but nowhere to go? Delayed hospital discharges and older people. *Journal of Health Services Research & Policy*, 11(1), 52–58. doi: 10.1258/135581906775094208.
- Goodman, S. G., Huang, W., Yan, A. T., Budaj, A., Kennelly, B. M., Gore, J. M., . . . Anderson, F. A. (2009). The expanded global registry of acute coronary events: Baseline characteristics, management practices, and hospital outcomes of patients with acute coronary syndromes. *American Heart Journal*, 158(2), 193-201, e191–e195. doi: 10.1016/j.ahj.2009.06.003.
- Gök F, Faydalı S. (2023). Cerrahi Hastalarının Öğrenim Gereksinimleri ve Etkileyen Faktörler. *Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-14.
- Gök F. (2019). *Öğrencilerin Cerrahi Hastalarının Öğrenim Gereksinimlerini Saptama Durumları ve Etkileyen Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Gökçen, M. (2018). *Açık Kalp Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Göktaş SB, Yıldız T, Nargiz SK. (2015). The evaluation of nursing care satisfaction and patient learning needs in day case surgery. *Indian Journal of Surgery*, 77(3), 1172-1179.
- Gören, E.N. (2019). *Hastaların Koroner Anjiyografi Öncesi Kaygı Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Yakın Doğu Üniversitesi.
- Güçlü A, Kurşun Ş. (2017). Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 107-113.
- Güleç, Z. (2022). *Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların İşlem Öncesi Ve Sonrası Uyku Süresi ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Güler, C. (2019). *Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Taburculuk Dönemine İlişkin Eğitim Gereksinimleri*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa.
- Güleser GN, Korkut S, Oğuzhan A. (2014). Perkütan koroner girişim sonrası femoral kateter çekimine bağlı gelişen ağrının bir komplikasyonu: vazovagal reaksiyon ve hemşirelik bakımı. *Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing*, 5(7), 41-47.

- Haghshenas, H., Mansoori, P., Najafi, S., Nikoo, M. H., Zare, N., & Jonoobi, M. (2013). The effect of changes in patients' body position on the back pain intensity and hemodynamic status during and after radiofrequency catheter ablation of cardiac dysrhythmias. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 18(2), 89–93.
- Hamstrom, N., Kankkunen, P., Suominen, T. & Meretoja, R. (2012) € Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 1 (15), 501–508.
- Harbman, P. (2014) The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: a prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 1542–1556.
- Hauck, K., & Zhao, X. (2011). How dangerous is a day in hospital? A model of adverse events and length of stay for medical inpatients. *Medical Care*, 49(12), 1068–1075. doi: 10.1097/MLR.0b013e31822efb09.
- Heyde, G. S., Koch, K. T., de Winter, R. J., Dijkgraaf, M. G., Klees, M. I., Dijkman, L. M., Piek, J. J., & Tijssen, J. G. (2007). Randomized trial comparing same-day discharge with overnight hospital stay after percutaneous coronary intervention: Results of the Elective PCI in Outpatient Study (EPOS). *Circulation*, 115(17), 2299–2306. doi: 10.1161/Circulationaha.105.591495.
- Hodkinson, E. C., Ramsewak, A., Murphy, J. C., Shand, J. A., McClelland, A. J., Menown, I. B. A., . . . Walsh, S. J. (2013). An audit of outcomes after same-day discharge post-PCI in acute coronary syndrome and elective patients. *Journal of Interventional Cardiology*, 26(6), 570–577. doi: 10.1111/joic.12065.
- Jabara, R., Gadesam, R., Pendyala, L., Chronos, N., Crisco, L. V., King, S. B., & Chen, J. P. (2008). Ambulatory discharge after transradial coronary intervention: Preliminary US single-center experience (Same-day TransRadial Intervention and Discharge Evaluation, the STRIDE Study). *American Heart Journal*, 156(6), 1141–1146. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.07.018>.
- Jacobs V. (2000). Informational needs of surgical patients following discharge. *Applied Nursing Research*, 13(1), 12–18.
- Kahn, M. R., Fallahi, A., Kulina, R., Dangas, G. D., Kini, A. S., Sharma, S. K., & Kim, M. C. (2014). Outcomes of patients undergoing elective percutaneous coronary interventions in the ambulatory versus in-hospital setting. *Journal of Invasive Cardiology*, 26(3), 106–113.
- Karabulut, İ. & Gün, M. (2019). Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21),8–16.

- Karaca, A., Ayçıl, İ. (2023). Kemoterapi Tedavisi Alan Hemetoloji Hastalarının Öğrenim Gereksinimlerinin ve Etkileyen Faktörler: Tanımlayıcı Araştırma, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,39(1),103-113.
- Karadağ M, Sabuncu H.(1998). Ameliyat olan hastaların taburcu olurken evde bakımla ilgili bilgi gereksinimleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi* ,4(4), 53-60.
- Karadakovan A, Eti Aslan F.(2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevleri
- Kaya, N., ve Turan, N. (2012). Hareket ve egzersiz. T. Atabek Aştı, ve A. Karadağ. (Ed.), Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı içinde (s.320-387). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kiemeneij, F., Laarman, G. J., Slagboom, T., & Van Der Wieken, R. (1997). Outpatient coronary stent implantation. *Journal of the American College of Cardiology*, 29(2), 323–327.
- Kilonzo, B. & O'Connell, R. (2011) Secondary prevention and learning needs post percutaneous coronary intervention (PCI): perspectives of both patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (7–8), 1160–1167.
- Kim, L. K., Feldman, D. N., Swaminathan, R. V., Minutello, R. M., Chanin, J., Yang, D. C.,... Wong, S. C. (2014). Rate of percutaneous coronary intervention for the management of acute coronary syndromes and stable coronary artery disease in the United States (2007 to 2011). *American Journal of Cardiology*, 114(7), 1003–1010. doi: 10.1016/j.amjcard.2014.07.013.
- Knopf, W. D., Cohen-Bernstein, C., Ryan, J., Heselov, K., Yarbrough, N., & Steahr, G. (1999). Outpatient PTCA with same day discharge is safe and produces high patient satisfaction level. *Journal of Invasive Cardiology*, 11(5), 290–295.
- Knowles, M.S., Holton, E.F. & Swanson, R.A. (2014) The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development. Routledge, Oxford.
- Korkut Bayındır S, Çürük GN, Oğuzhan A.(2017). Effect of ice bag application to femoral region on pain in patients undergoing percutaneous coronary intervention. *Pain Research and Management*,(1),1-7. <https://doi.org/10.1155/2017/6594782>.
- Kumar, S., Anantharaman, R., Das, P., Habis, J., Densem, C., Ansell, J., & Roberts, D. H. (2004). Radial approach to day case intervention in coronary artery lesions (RADICAL): A single centre safety and feasibility study. *Heart (British Cardiac Society)*, 90(11), 1340–1341.
- Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, Bates ER, Beckie TM, Bischoff JM, et al.(2022). 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery

- Revascularization: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 145(3), e4-e17. <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000001039>.
- Le Corvoisier, P., Gellen, B., Lesault, P. F., Cohen, R., Champagne, S., Duval, A. M.,... Teiger, E. (2013). Ambulatory transradial percutaneous coronary intervention: A safe, effective, and costsaving strategy. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 81(1), 15–23.
- Lewis, R., & Glasby, J. (2006). Delayed discharge from mental health hospitals: Results of an English postal survey. *Health & Social Care in the Community*, 14(3), 225–230. doi: 10.1111/j.1365- 2524.2006.00614.x.
- Liang W, Zuo D, Candidate M, Li T, Zhao H.(2021). Patient-readiness for discharge and 30-day adherence to treatment after coronary stent implantation. *Clinical Nursing Resarch*, 30(8), 1271-1280. <https://doi.org/10.1177/1054773821998550>.
- Manueke IM, Trisyani Y, Nurlaeci N.(2019). Systematic review: Position changes after transfemoral percutaneous coronary intervention. *Padjadjaran Acute Care Nursing Journal*, 1(1),46-59. <https://doi.org/10.24198/pacnj.v1i1.24954>.
- Mavromatis, K. (2013). Same-day discharge after percutaneous coronary intervention: Are we ready? *JACC: Cardiovascular Interventions*, 6(2), 113–114. doi: 10.1016/j.jcin.2012.12.006.
- Menezes, A.R., et al. (2014) Cardiac rehabilitation in the United States. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(5), 522–529.
- Mert Boğa S, Öztekin SD.(2019). The effect of position change on vital signs, back pain and vascular complications following percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 28(7-8),1135-1147. <https://doi.org/10.1111/jocn.14704>.
- Mosleh, S.M., Eshah, N.F. & Almalik, M. (2016) Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4),418-426.DOI: 10.1111/jocn.13417.
- Mosleh, S. M., Eshah, N. F., & Darawad, M. (2016). Percutaneous coronary intervention and heart surgery learning needs of patients in Jordan. *International nursing review*, 63(4), 562–571. <https://doi.org/10.1111/inr.12318>.
- Muthusamy, P., Busman, D. K., Davis, A. T., & Wohns, D. H. (2013). Assessment of clinical outcomes related to early discharge after elective percutaneous coronary intervention: COED PCI. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 81(1), 6–13. doi: 10.1002/ccd.24537.

- Mutlu, Ü. Mutlu, İ. ve Macit, A. (2022). Özel Bir Hastanede Perkütan Koroner Girişim Verilerinin İncelenmesi, *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*, (1), 48-58.
- Oliveira MRC, Grossi DAG, Anna ALGGS, Machado RC. (2019).Evidence of percutaneous coronary intervention in patients with coronary disease: clinical nursing practise. *Nurse Care Open Acces Journal*, 6(2), 51-52. <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2019.06.00183>.
- Özel S. (2010). *Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Öztürk, A. (2021). Sol Ana Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörlerinin Akut Koroner Sendrom ve Stabil Koroner Arter Hastalığı Üzerine Etkisi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 11(2), 272-278.
- Patel, M. R., Dehmer, G. J., Hirshfeld, J. W., Smith, P. K., & Spertus, J. A. (2009). Appropriateness criteria for coronary revascularization: A report by the American College of Cardiology Foundation Appropriateness Criteria Task Force, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Thoracic Surgeons, American Association for Thoracic Surgery, American Heart Association, and the American Society of Nuclear Cardiology Endorsed by the American Society of Echocardiography, the Heart Failure Society of America, and the Society of Cardiovascular Computed Tomography. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(6), 530–553. doi: 10.1016/j.jacc.2008.10.005.
- Perk, J., et al. (2015) Study of patient information after percutaneous coronary intervention (SPCI): should prevention programmes become more effective? *EuroIntervention*, 10(11), pe1–e7.
- Pieper, B., Sieggreen, M., Freeland, B., Kulwicki, P., Frattaroli, M., Sidor, D., Palleschi, M.T., Burns, J., Bednarski, D., Garretson, B. (2006). Discharge 59 Information Needs of Patients After Surgery. *Journal of Wound Care*, 33(3), 281- 291.
- Pool, J., Dercher, M., Hanson, B., Heiman, L., Li, Y., Schraeder, K., ... Ebberts, M. (2015). The effect of head of bed elevation on patient comfort after angiography. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6), 491–496. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000194>.
- Qu B, Hou Q, Men X, Zhai X, Jiang T, Wang R.(2021). Research and application of KABP nursing model in cardiac rehabilitation of patients with acute myocardial infarction after PCI. *American Journal of Translational Research*, 13(4),3022-3033.
- Rinfret, S., Kennedy, W. A., Lachaine, J., Lemay, A., Rods-Cabau, J., Cohen, D. J., . . . Bertrand, O. F. (2010). Economic impact of same-day home discharge after

- uncomplicated transradial percutaneous coronary intervention and bolus-only abciximab regimen. *JACC: Cardiovascular Interventions*, 3(10), 1011–1019. doi: 10.1016/j.jcin.2010.07.011.
- Riva L, Ageno W, Di Pasquale G, Agnelli G, Rubboli A.(2018).Antithrombotic therapy for patients with an indication for oral anticoagulation undergoing percutaneous coronary intervention with steni: The case of venous thromboembolism. *Internetal Journal of Cardiology*, 269, 75-79. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.07.133.
- Roe, M. T., Messenger, J. C., Weintraub, W. S., Cannon, C. P., Fonarow, G. C., Dai, D., . . . Rumsfeld, J. S. (2010). Treatments, trends, and outcomes of acute myocardial infarction and percutaneous coronary intervention. *Journal of the American College of Cardiology*, 56(4), 254–263. doi: 10.1016/j.jacc.2010.05.008.
- Rolley, J. X., Salamonson, Y., Wensley, C., Dennison, C. R., & Davidson, P. M. (2011). Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 24(1), 18–38. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2010.08.002>.
- Sağlık Bakanlığı, (2015).Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020 Kılavuzu. Erişim Adresi: <https://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>.(Erişim Tarihi:10.03.2024).
- Shaw, L. J., Berman, D. S., Maron, D. J., Mancini, G. B., Hayes, S. W., Hartigan, P. M., Weintraub, W. S., O'Rourke, R. A., Dada, M., Spertus, J. A., Chaitman, B. R., Friedman, J., Slomka, P., Heller, G. V., Germano, G., Gosselin, G., Berger, P., Kostuk, W. J., Schwartz, R. G., Knudtson, M., ... COURAGE Investigators (2008). Optimal medical therapy with or without percutaneous coronary intervention to reduce ischemic burden: results from the Clinical Outcomes Utilizing Revascularization and Aggressive Drug Evaluation (COURAGE) trial nuclear substudy. *Circulation*,117(10);1283–1291. <https://doi.org/10.1161/Circulationaha.107.743963>.
- Shroff A, Kupfer J, Gilchrist IC, Caputo R, Speiser B, Bertrand OF, et al.(2016).Same-day discharge after percutaneous coronary intervention: current perspectives and strategies for implementation. *JAMA Cardiology*, 1(2), 216-223. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.0148>.
- Slagboom, T., Kiemeneij, F., Laarman, G. J., & van der Wieken, R. (2005). Outpatient coronary angioplasty: feasible and safe. *Catheterization and cardiovascular interventions : official journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*, 64(4), 421–427. <https://doi.org/10.1002/ccd.20313>.

- Small, A., Klink, P., Della Siega, A., Fretz, E., Kinloch, D., Mildemberger, R., . . . Hilton, D. (2007). Day procedure intervention is safe and complication free in higher risk patients undergoing transradial angioplasty and stenting. The discharge study. *Catheterization and Cardiovascular Interventions*, 70(7), 907–912. doi: 10.1002/ccd.21277.
- Soyer, Ö., Dönmez, Y. C., & Giersbergen, M. Y. Vcosmanu (2018). Ameliyat Olan Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 11(3), 200-208.
- Svavarsdottir, M.H., Sigurðard ottir, A.K. & Steinsbekk, A. (2016) Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: the perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15 (1), 55–63.
- Tan M., Özdelikara A., Polat H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 1(21), 1-8.
- Taşdemir N, Güloğlu S, Turan Y, Çataltepe T, Özbayır T. (2010). Learning needs of neurosurgery patients. *Journal of Neurological Sciences* ,27(4),414-420.
- Taşocak G, Şenyuva E.(2007).Hemşirelerin hasta eğitim etkinlikleri ve hasta eğitim süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 15(59), 100-106.
- Taxiarchi P, Kontopantelis E, Martin GP, Kinnaird T, Curzen N, Banning AP, et al.(2019). Same-day discharge after elective percutaneous coronary intervention: insights from the British Cardiovascular Intervention Society. *JACC Cardiovascular Interventions*, 12(5),1479-94. <https://doi.org/10.1016/j.jcin.2019.03.030>.
- Taylor, C. R., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2011). Chapter 33 Activity, fundamentals of nursing: The art and science of nursing care (7th ed., pp. 1032–1033). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Temiz, Z., Ozturk, D., Ugras, G. A., Oztekin, S. D., & Sengul, E. (2016). Determination of Patient Learning Needs after Thyroidectomy. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 17(3), 1479–1483. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2016.17.3.1479>.
- Thronson, K. & Sawatzky, J.-A. (2009) Improving outcomes following elective percutaneous coronary intervention: the key role of exercise and the advanced practice nurse. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(2), 17–24.
- Tok Özen, A. & Şenol Çelik, S.(2010). Koroner Anjiyoplasti Ve İntra Koroner Stent Uygulanan Hastaların Bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2),60-67.

- Tunç, B. (2022). Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastaların Bilgi Düzeyleri. (Yüksek Lisans Tezi). Biruni Üniversitesi, İstanbul.
- TÜİK. (2021). TÜİK web sitesi. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715>.
- TÜİK, (2022). TÜİK web sitesi. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679>.
- Türk Kardiyoloji Derneği (İnternet). Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları @ 2007 (Erişim tarihi: 25.03.2024). TKD Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu.Erişim linki:https://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal/2007_perkutan_koroner_valvuler_girisimlerde_hemshirelik_bakim_kilavuzu.pdf.
- Uzun O, Ucuzal M, Inan G.(2011). Post-discharge learning needs of general surgery patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 27(3), 634-637.
- Vural Doğru B, Çavuşoğlu E.(2022). Perkütan koroner girişimler ve kanıta dayalı bakım . Gün M, editör. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Güncel Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, (1),40-47.
- Waldo SW, Gokhale M, O'Donnell CI, et al.(2018). Temporal trends in coronary angiography and percutaneous coronary intervention. *JACC Cardiovascular Interventions*,11(9), 879-888.
- Wang, W., Thompson, D., Chow, A. & Kowitlawakul, Y. (2014) An education booklet to aid cardiac patients' recovery at home. *International Nursing Review*, 61(2), 290–294.
- WHO, (2019). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. (Erişim Tarihi:17.01.2024).
- Wilentz, J. R., Mishkel, G., McDermott, D., Ravi, K., Fox, J. T., Reimers, C. D., & Maydick, S. (1999). Outpatient coronary stenting: Femoral approach with vascular setlin. *Herz*, 24(8), 624– 633.
- Wong EM, Leung DYP, Chair SY, Sit JWH.(2020). Efekt of a web-based educational support intervention on total exercise and cardiovascular risk markers in adults with coronary heart disease. *Worldviews Evim Based Nursing*, 17(4), 283-92. doi: 10.1111/wvn.12456.
- Yaman Y. (2008). *Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi*.(Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Yasemin Sazak Y, Aytekin Kanadlı K, Olgun N.(2020). Kardiyak rehabilitasyon ve ekip çalışmasında hemşirenin rolü [Cardiac rehabilitation and the role of nurses in team work]. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 217-26. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ybhd/issue/59354/772676>.
- Yıldırım, M.(2007). *Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Taburculuk Sürecindeki Roller ve Bunu Etkileyen Faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- You, Gui-Ying, et al. (2014) Learning needs of Chinese patients before undergoing elective percutaneous coronary intervention. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 47(1-2), 152–158.
- Zhang Y, Cao H, Jiang P, Tang H.(2018). Cardiac rehabilitation in acute myocardial infarction patients after percutaneous coronary intervention: A community-based study. *Medicine (Baltimore)*, 97(8), e9785. doi: 10.1097/md.00000000000009785.
- Zhou SH, Huang ST, Xu N, Chen LW, Chen Q.(2020). Application of the WeChat platform to implement continuous nursing for patients after percutaneous coronary intervention. *Medical science monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*, 26, e925444. <https://doi.org/10.12659/MSM.925444>.
- Ziakas, A. A., Klinke, B. P., Mildenerger, C. R., Fretz, D. E., Williams, E. M. B., Kinloch, F. R. D., & Hilton j, G. J. D. (2003). Safety of same-day-discharge radial percutaneous coronary intervention: A retrospective study. *American Heart Journal*, 146(4), 699–70.

EKLER

Ek-1: Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 28.08.2023-49594

28.08.2023

Sayı :2022/71
Konu : Etik Kurul izni

Elif ÖZKARA
Doğuş Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN danışmanlığı altında yürütülecek olan **“Perkütan Koroner Girişim Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi”** başlıklı araştırmanız için yapacağınız ankete ait sorularla ilgili olarak Doğuş Üniversitesi Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru Etik Kurulunda incelenmiş ve bilimsel araştırma etiği açısından **uygun olduğuna** karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederiz.

Prof. Dr. Mesut KUMRU
Etik Kurul Başkanı
Mühendislik Fakültesi

Prof. Dr. Hamide ZAFER
Etik Kurul Üyesi
Hukuk Fakültesi

Prof. Dr. Oktay VELİEV
Etik Kurul Üyesi
Mühendislik Fakültesi

Prof. Dr. Nüket SARACEL
Etik Kurul Üyesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Doç. Dr. Gülsün Pelin SARIOĞLU ERDOĞDU
Etik Kurul Üyesi
Sanat ve Tasarım Fakültesi

Prof. Dr. Tarık BAYKARA
Etik Kurul Üyesi
Mühendislik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Aşlı TELSEREN ÖMEROĞLU
Etik Kurul Üyesi
Fen Edebiyat Fakültesi

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-2: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01-230537153
Konu : Elif ÖZKARA'nın Araştırma İzni Hk.

30.11.2023

BAŞAKŞEHİR ÇAM ve SAKURA ŞEHİR HASTANESİNE

İlgi : 22.11.2023 tarihli ve E-96317027-604.01.01-229845101 sayılı yazınız.

Doğuş Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı 202291075007 numaralı öğrencisi Elif ÖZKARA'nın Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN danışmanlığında yürütmekte olduğu "**Perkütan Koroner Girişim Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi**" başlıklı araştırmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmişti.

Söz konusu araştırma, Hastanenizin ilgi sayılı uygun görüşü ve Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonunun **28.11.2023 tarih ve 2023/19** sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun Başhekimliğinizce sağlanması ve çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 5778D8E6-AA58-4D1E-8E17-DDDAEB872E40

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Binbirdirek mah. Peykhane sok. No: 8 Fatih/İSTANBUL 34122

Telefon No: 02126383000

e-Posta: ist.sagligingel@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

<https://istanbulim.saglik.gov.tr/>

Kep Adresi: ism.34@hs01.kep.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Sürekli İşçi

Telefon No: 02126383399 - 3126



Ek-3: Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı;

Bu araştırma perkutan koroner girişim(balon anjioplasti,stent) geçiren hastaların taburculuk ve evde bakım dönemlerine ilişkin öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşabilmesi için aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlardaki samimiyetiniz büyük önem taşımaktadır. Verdiğiniz tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Anket No:

Yatış Tarihi:

Cerrahi Girişim Tarihi:

Taburculuk Tarihi:

1-Yaş:

2-Cinsiyet:

a)Kadın b)Erkek

3-Medeni Durum:

a)Evli b)Bekar c)Dul

4-Eğitim Durumu:

a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlköğretim
d)Ortaöğretim e)Lisans f)Yüksek Lisans

5-Meslek:

a)İşçi b)Memur c)Emekli d)Ev Hanımı
e)Çiftçi f)Serbest g)Çalışmıyor h)Diğer(Açıklayınız.....)

6-Yaşadığınız Yer:

a)İl merkezi b)İlçe c)Köy

7-Ekonomik Durum: (Yıllık ortalama gelir.....TL)

a)Gelir giderden az b)Gelir gidere eşit c)Gelir giderden fazla

8-Sosyal Güvence:

a)Var b)Yok

9)Boy:.....cm Kilo:.....kg

10- Ek hastalık var mı?

a)Var b)Yok (Yanıtınız ‘yok’ ise 12. Soruya geçiniz.)

Ek-3 (Devamı)

11-Ek hastalığınız nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a)DM(Şeker hastalığı)
- b)HT(Hipertansiyon)
- c)Böbrek hastalığı
- d)Kalp Hastalığı
- e)Diğer (Açıklayınız.....)

12- Anjio- stent öykünüz var mı?

- a)Var (Açıklayınız.....)
- b)Yok

13-Ameliyat öykünüz var mı?

- a)Var(Açıklayınız.....)
- b)Yok

14-Bulaşıcı hastalık var mı?

- a)Var (Açıklayınız.....)
- b)Yok

15-Sigara kullanıyor musunuz?

- a)Evet
- b)Hayır

16-Günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz/içiyordunuz?

- a)1-5 adet
- b)6-10 adet
- c)11-15 adet
- d)16-20 adet
- e)1 paketten fazla

17-Evde kiminle yaşıyorsunuz?

- A)Yalnız yaşıyorum
- b)Eşimle yaşıyorum
- c)Çocuklarımla yaşıyorum
- d)Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum
- e)Geniş aile(anne, baba, çocuk, aile büyükleri)
- f)Diğer(Açıklayınız.....)

18-Evde size bakım verecek biri var mı?

- a)Var(Açıklayınız.....)
- b)Yok

19-Bu taburculuk eğitimi kimden/kimlerden aldınız?

- a)Hekim
- b)Hemşire
- c)Diyetisyen
- d)Diğer(Açıklayınız.....)

20-Aileniz ya da size bakım veren bireyler taburculuk eğitiminde yer aldı mı?

- a)Evet
- b)Hayır

Ek-4: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ)

HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ (HÖGÖ)											
<u>GEREKSİNİMLERİNİZ</u>	<u>NE KADAR ÖNEMLİ?</u>					<u>NE KADAR KARŞILANDI?</u>					
	Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce 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.					Lütfen her bir maddede verilen eğitimin bilmek istediğiniz konular için bilgi gereksiniminizi karşılaması açısından nasıl olduğunu belirten en uygun seçeneği seçiniz. 0= bilgi verilmedi 1=hiç karşılanmadı 2=biraz karşılandı 3=ne az ne çok karşılandı 4=çok karşılandı 5=tamamen karşılandı					
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?											
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?											
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?											
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?											
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?											
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?											
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?											
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?											
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?											
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?											
11. Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?											
12. Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?											
13. Hastalığının belirtileri neler olabilir?											
14. Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?											
15. Ağrımı nasıl giderebilirim?											
16. İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?											
17. Ne kadar süre istirahat etmeliyim?											
18. İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?											
19. Tedavimi kim takip edecek?											
20. Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?											
21. Hastalığının belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?											

Ek-4 (Devami)

[illegible]

Ek-5: Katılımcı Bilgi ve Onam Formu

Katılımcı Bilgi ve Onam Formu

Sayın Katılımcı, Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup konusu ‘Perkütan Koroner Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Dönemine İlişkin Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi’dir. Bu araştırma, Doğuş Üniversitesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği’nin akademik araştırmasını kapsamaktadır.

Bu çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir cezaya/yaptırıma maruz kalmaksızın, çalışmadan ayrılma hakkına sahipsiniz. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden de hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz anlamına gelmektedir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırmacı Elif ÖZKARA’ya başvurabilir, kendilerine mail adresinden erişebilirsiniz.

Araştırmanın bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum/sözlü olarak dinledim. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı İmzası Tarih:

Araştırma hakkındaki yukarıdaki ve istenen diğer bilgiler katılımcıya tarafımdan açıklanmış ve yazılı onamını alınmıştır.

Araştırmacının (Adı-Soyadı) İmzası Tarih:

Ek-6: Ölçek İzni



Sayın Elif ÖZKARA,

Türkçe'ye uyarladığımız “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”ni kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, 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 oluşturmaya dönük çalışmalarınızı da bilmek isteriz.

Dr. Öğr.Ü. Emine ÇATAL

Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Doç. Dr. Aklime SARIKAYA

İstanbul Aydın Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü & Hemşirelik Yüksekokulu