

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM
YAPILAN BİREYLERDE TABURCULUK EĞİTİMİ
SONRASI TELEFONLA İZLEMİN
KAYGI DURUMUNA VE TEDAVİ UYUMUNA
ETKİSİ**

SİBEL UZUNOK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İstanbul-2022

T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM
YAPILAN BİREYLERDE TABURCULUK EĞİTİMİ
SONRASI TELEFONLA İZLEMİN
KAYGI DURUMUNA VE TEDAVİ UYUMUNA
ETKİSİ**

SİBEL UZUNOK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi SEVİM ŞEN

İstanbul-2022

TEZ ONAYI FORMU

Kurum :Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program :Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Başlığı :Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylerde Taburculuk Eğitimi Sonrası
Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisi

Tez Sahibi : Sibel UZUNOK

Sınav Tarihi : 28.01.2022

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)
Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Hediye Arslan Özkan Yeditepe Üniversitesi
Tez danışmanı:	Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen Yeditepe Üniversitesi
Üye:	Doç. Dr. Esra Uğur Acıbadem Üniversitesi

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

17.02.2022

Sibel UZUNOK

İTHAF

Bu tez çalışması; sadece bilim adına bin bir emek verilerek yazılmış bir tez çalışması değildir. Bu beyaz sayfalar arasında birçok kadının yapmak isteyipde yapamadığı kariyer, umut, emek, yaşam mücadelesi, gönül kırgınlıkları, ekip çalışması, sağlık ile aile bütünlüğünü koruma çabası ve daha birçok yazılmamış duygular sıkıştırılmıştır. Bu nedenle; bu tezi öncelikle sesini duyurmak isteyipde, duyuramamış, binbir zorluklara göğüs germiş “kendi ayakları üzerinde durabilen tüm kadınlarımıza ve kendime“ ithaf ediyorum.



TEŐEKKÖR

Belki yüzlerce, binlerce benzer teşekkür yazıları okudunuz ama ben de diğerleri gibi buraya sığdıramayacağım kadar belki küçük, belki büyük bana desteklerini esirgemeyen saymakla bitmeyen, başta desteğini ve emeklerini esirgemiyen değerli danışmanım **Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen**’ e, aileme, çalışma arkadaşlarıma, hastalarıma teşekkürlerimi bir borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI FORMU.....	ii
BEYAN	iii
İTHAF	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
ÖZET	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Koroner Arter Hastalığı	4
2.1.1. Koroner arter hastalığının risk faktörleri	4
2.1.2. Koroner arter hastalığında prognoz ve tedavi	4
2.1.2.1. İlaç dışı tedavi	6
2.1.2.2. İlaçla tedavi	7
2.1.2.3. Girişimsel tedavi	7
2.2. Perkütan Koroner Girişim.....	8
2.3. Hasta Eğitiminin Tanımı ve Önemi	9
2.3.1. Hasta eğitim süreci.....	10
2.3.1.1. Veri toplama ve eğitim gereksinimlerini belirleme	10
2.3.1.2. Tanılama	11
2.3.1.3. Planlama.....	11
2.3.4.4. Uygulama.....	12
2.3.4.5. Değerlendirme	13
2.3.4.6. Belgelendirme / kayıt etme	13
2.3.5. Hasta eğitim modelleri.....	13
2.3.5.1. Sözel eğitim modeli	14
2.3.5.2. Yazılı hasta eğitim materyalleri	16
2.3.5.3. Multimedya tabanlı eğitim.....	17
2.3.6. Hasta Eğitiminde Hemşirelik Süreci.....	18
2.3.7. Perkütan Koroner Girişimlerde Hasta Eğitimi.....	19

2.4. Tele Sağlık	21
2.4.1. Tele Hemşirelik.....	22
2.5. Kaygı Kavramı.....	23
2.5.1. Kaygıyı Etkileyen Faktörler.....	24
2.5.2. Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylerde Kaygı ve Etkileyen Faktörler.....	24
2.6. Tedavi Uyumı.....	25
2.6.1. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler	26
2.6.2. Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylerde Tedavi Uyum ve Etkileyen Faktörler.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	29
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	30
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme- Edilmeme Kriterleri.....	30
3.4.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.4.2.Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	30
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	33
3.6.1. Bağımlı Değişkenler	33
3.6.2. Bağımsız Değişkenler	33
3.7. Araştırmada Kullanılan Materyaller	33
3.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	33
3.9. Verilerin Toplanması	35
3.9.1. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	36
3.10. Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	39
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu	39
4. BULGULAR.....	40
5. TARTIŞMA VE SONUÇLAR	62
5.1. PKG yapılan bireylerin sosyodemografik özellikleri	62
5.2. PKG yapılan bireylerin durumluk- sürekli kaygı ve tedavi uyum düzeyleri	64
6. KAYNAKLAR	72

7.EKLER.....	92
Ek-1. Etik Kurul Onay Formu	92
Ek-2. Ölçek Kullanım İzni.....	93
Ek-3. Kurum İzni	94
Ek-4. Özel Nitelikli Kişisel Verilere İlişkin Veri Sahibi Açık Rıza Beyan Formu	95
Ek-5. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	96
Ek-6. Eğitim El Rehberi.....	97
Ek-7. Anket Formu	109
Ek-8 Özgeçmiş.....	114



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımları ve Karşılaştırılması	40
Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Alışkanlıklarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları	41
Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubunun Sağlıkları ile İlgili Değişkenlerinin Dağılımları	42
Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubunun Sağlık Algılarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları.....	43
Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Tansiyon ve Kan Değerlerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubunun Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubunun Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımlarının Karşılaştırmaları	47
Tablo 4.9. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması	48
Tablo 4.10. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması	49
Tablo 4.11. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarının Karşılaştırılması	50
Tablo 4.12. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarının Karşılaştırılması	51
Tablo 4.13. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 4.14. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık durumlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.15. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık Durumlarını Algılama Durumlarının Karşılaştırılması.....	55

Tablo 4.16. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlığı Algılama Durumlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 4.17. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarının Karşılaştırması	57
Tablo 4.18. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık Durumlarının Karşılaştırması	58
Tablo 4.19. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlığı Algılama Durumlarının Karşılaştırması (Grup İçi)	59
Tablo 4.20. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Arasındaki İlişki Analizi	60



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Evren ve Örneklem Şeması	32
Şekil 2. Kontrol Grubu Uygulama Şeması	37
Şekil 3. Deney Grubu Uygulama Şeması	38



KISALTMALAR VE SEMBOLLER LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	Anjiotensin Dönüştürücü Enzim
AMİ	Akut Miyokard İnfarktüsü
ANA	American Nurses Association
AP	Angina Pektoris
BMS	Bare Metal Stents
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FDA	Food and Drug Administration
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICN	International Council of Nurses
KABG	Koroner Arter Bypass Graft
KAH	Koroner Arter Hastalığı
MI	Miyokard Enfarktüsü
PKG	Perkütan Koroner Girişim
PTCA	Perkütan Translüminal Koroner Anjioplasti
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

ABSTRACT

Uzunok S. (2022) The Effect of Post-Training Telephone Follow-up on Anxiety and Treatment Compliance in Individuals with Percutaneous Coronary Intervention (PCI). Yeditepe University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Master Thesis, Istanbul.

This study was conducted to examine the effects of pre-discharge education and post-discharge telephone monitoring on anxiety and treatment compliance in patients undergoing PCI. The sample of the study consisted of 60 patients who underwent PCI in a foundation university hospital. All patients included in the study were given PCI training before the procedure. Tele-Nursing service was given to the training group once a week for one month after the procedure. Data on patients; Sociodemographic Characteristics were collected with the questionnaire, the State-Trait Anxiety scale and the Modified Morisky Treatment Adherence scale. The data were analyzed with the SPSS program. Chi-Square, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and Spearman correlation tests were performed in the analyses. $p < 0.05$ was considered significant in all analyses. It was determined that 80% of the patients participating in the study were male and 50% were 63 years old and over. No statistically significant difference was found in the comparison of blood pressure and blood values of the training and control groups before and after the training ($p > 0.05$). No statistically significant difference was found in the comparison of the State-Trait Anxiety scale mean scores of the training and control groups ($p > 0.05$). No statistically significant difference was found in the comparison of the score distributions of the Morisky scale motivation and knowledge sub-dimensions of the education and control groups ($p > 0.05$). A positive, weak and statistically significant relationship was found between pre-educational state and trait anxiety and pre-education Morisky scale sub-dimension Motivation ($p < 0.05$). State-Trait Anxiety states of the training and control groups were found to be similar. The treatment compliance of the training and control groups was similar. A positive and significant relationship was found between anxiety and motivation, which is the sub-dimension of adherence to treatment.

Keywords: Coronary artery disease, percutaneous coronary intervention, anxiety, treatment compliance, tele-nursing

ÖZET

Uzunok S. 2022. Perkütan Koroner Girişim (PKG) Yapılan Bireylerde Eğitim Sonrası Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Bu çalışma PKG yapılan bireylerde, taburculuk öncesi verilen eğitim ile taburculuk sonrası telefon izleminin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini bir vakıf üniversitesi hastanesinde PKG uygulanan 60 hasta oluşturdu. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara işlem öncesi PKG eğitimi verildi. Eğitim grubuna ise işlem sonrası bir ay süreyle haftada bir kez Tele-Hemşirelik hizmeti verildi. Hastalara ilişkin veriler; Sosyodemografik Özellikler Soru formu, Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği ve Modifiye Morisky Tedavi Uyum ölçeği ile toplandı. Veriler SPSS programı ile analiz edildi. Analizlerde Ki-Kare, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman Korelasyon testleri yapıldı. Tüm analizlerde $p<0,05$ anlamlı kabul edildi. Çalışmaya katılan hastaların %80'inin erkek, %50'sinin 63 yaş ve üzerinde olduğu saptandı. Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve sonrası tansiyon ve kan değerlerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarının Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Deney ve kontrol grubunun Morisky ölçeği motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyutlarının puan dağılımlarının karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim öncesi durumluk ve sürekli kaygı ile eğitim öncesi Morisky ölçeği alt boyutu Motivasyon arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$). Deney ve kontrol gruplarının Durumluk-Sürekli Kaygı durumları benzer bulundu. Eğitim ve kontrol grubunun tedavi uyumları benzer bulundu. Kaygı ile tedavi uyumu alt boyutu olan motivasyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı, perkütan koroner girişim, kaygı, tedavi uyumu, tele hemşirelik

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ülkemizde ölüm nedenlerinin başında kardiyovasküler hastalıklar yer almakta olup bu hastalıklar içinde en sık görüleni Koroner Arter Hastalığı (KAH)'dır (1). KAH, koroner arterlerin en içte yer alan intima tabakasının lipit, fibroz doku, kalsiyum gibi çeşitli etmenlere bağlı olarak kalınlaşması/sertleşmesi sonucu elastikiyetini yitirmesidir (2).

2019 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin istatiki verilerine göre ülkemizde ölüm nedenleri arasında ilk sırada %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sıradadır. Dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı ölümlerin de %24,4'ü ise diğer kalp hastalıklarından, %39,1'i ise iskemik kalp hastalığından kaynaklandığı bildirilmektedir (3). Türkiye'de yaklaşık 3,5 milyon KAH hastası mevcut olduğu görülmektedir (4).

Günümüzde KAH görülme sıklığı giderek artmaktadır. Nedenleri arasında; sigara kullanımı, kolesterolün yüksek oluşu, hipertansiyon hastalığı, obezite ve diğer çevresel etmenler yer almaktadır (5). KAH tedavisinin temel amacı Miyokard Enfarktüs (Mİ) 'üne bağlı ölümlerin durdurulması ve Angina Pektoris (AP) gelişimini azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktır. KAH'ın cerrahi tedavisinde, tıbbi tedavinin yanı sıra Perkütan Koroner Girişim (PKG) ve Koroner Arter Bypass Graft (KABG) uygulanmaktadır. PKG, 1960'lı yılların sonlarında uygulanmaya başlanan ve dünyada en yaygın olarak kullanılan revaskülarizasyon yöntemlerinden biridir (6,7).

Kronik hastalıklar arasında yer alan ve yaygın şekilde görülen kalp hastalıkları, yaşam boyu devam eden, sürekli tıbbi tedavi ve bakım gerektiren hastalıklardır. Bu nedenle kalp hastalığına sahip ve bu hastaların bakımını üstlenen bireylerin, bakım, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik davranışlar konusunda hasta/sağlık eğitimlerinin verilmesi oldukça önemlidir (8). Bireylerde bu davranışlara uyum sağlama ve kendini koruyabilme güdüsünün yüksek derecede kaygı oluşturduğu, bu kapsamda hasta bireylerin yaşadıkları bu kaygıyı en az düzeye indirmek üzere aile bireylerinden destek arayışına girdikleri bildirilmektedir (9,10). Kaygı, Latince'de tıkanma, sıkılma, bunalma ve darlık anlamına gelen "angere" kelimesinden türetilmiş

olan anksiyete kelimesinin Türkçe'deki karşılığıdır (11). Kaygıya neden olan birçok sebep vardır ve bireyden bireye, kültürden kültüre değişir. Bunun yanı sıra kaygıyı ortaya çıkaran nedenlerin bazılarını genellemek mümkündür. Örneğin; alışılmış çevrenin ortadan kalktığı, olumsuz bir sonucun beklendiği, inanılan ve önem verilen bir düşünce ile uygulanan davranışın uyuşmadığı, gelecekte ne olacağının bilinmediği durumlar kaygının ortaya çıkarmasına zemin hazırlar (12,13).

Hasta ve ailesinin eğitime gereksinim duyduğu önemli bir kalp hastalığı da KAH'tır (14). Perkütan koroner girişim (PKG) sırasında anestezi verilmemesi, sternotomi uygulanmaması, işlem sonrası iyileşme sürecinin kısa olması ve komplikasyon riskinin daha az olması gibi nedenlerle daha sık uygulanmakta, ancak işlemden 1 gün sonra taburculuk gerçekleştiğinden taburculuk sonrası döneme ilişkin uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önemi artmakta, bu bağlamda da taburculuk eğitimi önem kazanmaktadır (15,16).

Son yıllarda iletişim teknolojilerinden yararlanarak sağlık hizmetlerinin sunulduğu tele-hemşirelik ve tele-sağlık hizmetlerinin kullanımının önemi artmıştır (17). Randomize ve kontrollü olarak uygulanan telefon destekli hasta eğitimi programı çalışmasında hastaların lipid değerlerinde düşme, kilo kaybı, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde artış ve psikososyal durumlarında iyileşme sağlandığı bildirilmiştir (18). Kalp yetersizliği olan bireylerde tele hemşirelik uygulamasının kullanıldığı farklı bir çalışmada da eğitim kitapçığı verilen ve eğitim desteği sağlanan yüz yüze hasta eğitimi ve telefon ile eğitim desteği sonrası tedaviye uyumu ve yaşam kalitesinin arttığı, psikososyal durumlarının iyileştiği görülmüştür (19).

Taburculuk sonrası hastaların sorunlarıyla baş etmesinde ve yaşamına uyum sağlamasında hemşireler, multidisipliner role sahiptir (20). Telefonla yapılan hemşirelik uygulamaları, ülkemizin kültürel yapısına da uygun bir yöntem olduğu ancak daha gelişim aşamasında olduğu belirtilmektedir (21).

Hastaların destek ihtiyaçlarını devam ettirip ve güçlendirerek tele danışmanlık ve hemşirelik bakımı sunarak yaşam kalitesini yükseltir ve bu sayede daha konforlu bir süreç kazanır ve ihtiyacı olan bilgiye sahip olur. Bunların dışında ilaveten, verdikleri eğitim

hizmetiyle sağlık merkezlerine başvurma gereksinimi azaldığından, tekrarlayıcı hastaneye başvurularında ve tedavi maliyetlerinde düşüş görülebilir. Hastanede kalış sürelerini azaltmak, maliyetleri düşürmek, acil servis ziyaretlerini ve ayakta tedaviyi azaltmak, sağlık bakım masraflarını en aza indirmek ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini yükseltmek hususlarında tele-hemşirelik etkilidir (22-24).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma PKG yapılan bireylerde, taburculuk öncesi verilen eğitim ile taburculuk sonrası telefon izleminin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1 (H0) - PKG yapılan bireylerde taburculuk eğitimi sonrası telefon izlemi yapılan grup (deney grubu) ile sadece taburculuk eğitimi verilen grup (kontrol grubu) arasında kaygı durumu ve tedaviye uyum durumları açısından anlamlı bir fark yoktur.

Hipotez 2 (H1) - PKG yapılan bireylerde taburculuk eğitimi sonrası telefon izlemi yapılan grup (deney grubu) ile sadece taburculuk eğitimi verilen grup (kontrol grubu) arasında kaygı durumu ve tedaviye uyum durumları açısından yönünden anlamlı bir fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koroner Arter Hastalığı

Koroner arter veya arterlerin aterosklerotik plaklarla tıkanması sonucu, tıkanan bölgelerde beslediği miyokard iskemisi, spazm, mikrovasküler damarlarda işlev bozukluğu ve buna bağlı olarak bazı semptomların görülmesi ile karakterize kalp damar hastalığıdır (25-27). Kan akımının bozulmasıyla birlikte göğüs ağrısı ve ardından miyokard enfarktüsü, akut miyokard iskemi, kronik koroner kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve ani ölüm dahil olmak üzere çeşitli sonuçlar ortaya çıkmaktadır (25,26).

KAH'ın maliyet oranlarına bakıldığında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki 2008 verilerindeki direkt ve indirekt maliyetlerin toplamının 156 milyar dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir (28). Kararlı KAH'nın direkt maliyetlerinin önemi kadar, indirekt olarak uzun dönemde işgücü kaybı, azalmış üretim gücü, uzun dönem uygulanan medikasyonlar ve bunların etkileri göz önüne alındığında bu rakamların katlanarak arttığı bildirilmektedir (28).

2.1.1. Koroner arter hastalığının risk faktörleri

Koroner arter hastalıkları ve aterosklerotik oluşumunda en çok görülen risk faktörleri hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, sedanter yaşam, obezite, sigara/alkol kullanımı ve aile öyküsüdür (29). KAH için değiştirilemeyen ırk ve genetik yatkınlık/aile öyküsü, yaş, cinsiyet olarak bilinen risk faktörleri kontrol altına alınamazken, değiştirilebilen hipertansiyon, diyabetes mellitus, sigara/alkol kullanımı, hiperkolesterolemi, düşük high-density lipoprotein değeri olan risk faktörleri ise kontrol altına alınabilmektedir (30). Ayrıca kalp ve damar hastalıkları gelişiminde çocukluk çağındaki yaşam ve beslenme biçimi, küreselleşme ve şehirleşme hayatı bir başka risk faktörleri arasında yer almaktadır (4).

2.1.2. Koroner arter hastalığında prognoz ve tedavi

KAH'ının içerisinde yer alan hipertansiyon, fiziksel aktivite yetersizliği, sağlıksız beslenme şekli, stres ve tütün kullanımı gibi negatif yöndeki risk faktörlerinin engellenmeye çalışılmasıyla 300.000'den fazla ölümün durdurulabileceği

düşünülmektedir (31). KAH oluşumunda bireysel (nefes darlığı, göğüs ağrısı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma, yorgunluk) ve toplumsal (iş gücü kayıplar, ani ölüm) sorunların neden olması farklı tedavi seçeneklerine de yer verilmesi gerektiğine ihtiyaç doğurmuştur (32).

Kalp damar hastalıklarında ölümlerdeki azalmanın %40'ının tedaviler ile %50'sinin ise belirtilen risk faktörlerinin kontrol altına alınması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (33). Kişide koroner arter hastalığına bağlı olarak; nefes darlığı, göğüs ağrısı, bitkinlik ve yorgunluk semptomlarının yanı sıra fiziksel aktivite ve egzersize karşı toleransın azaldığı belirtilmiştir. Bu semptomlar daha çok görüldükçe daha az aktivite gerçekleştirerek, semptomların tekrar oluşmasını engelleyeceklerini düşünmektedirler. Oysa ki; bu durum hastalarda daha çok fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlarda gerilemeye neden olmakta, yaşam kalitesinin ve sağlık algısının bozulmasına neden olmaktadır (34).

Kararlı KAH'ta tedavinin temel amacı kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu hedefleri gerçekleştirmekte kullanılan tedavi yöntemlerini üç ana başlık atında toplamak mümkündür (28,35).

1. Risk faktörlerinin kontrolü, yaşam tarzı değişiklikleri, hasta eğitimi ve kanıta dayalı ilaç tedavisi,
2. Dirençli angina tedavi yöntemleri (farmakolojik veya revaskülarizasyon tedavi yöntemleri),
3. İntrakoroner stent implantasyonu, perkütan translüminal koroner anjioplasti (PTKA), brakiterapi, aterektomi, transmiyokardiyal lazer revaskülarizasyonu gibi perkütan koroner girişimler ve revaskülarizasyon tedavileridir.

İlaç tedavisiyle bulgular düzeltilerek stabil angina pectorisi olan hastaların yaşam kalitesi ve süresi uzatılabilmektedir. Angina semptomlarını önlemeye yönelik olarak başlıca üç grup ilaç kullanılmaktadır. Bu üç ana grup ilaçlar ise nitratlar, beta blokerler ve kalsiyum kanal blokerleridir (35). İlaç tedavisi ile kontrol altına alınamayan anjina ve iskemide PTCA uygulanmaktadır (36). Koroner stent ise anjioplastiden sonra gelişen

restenozları ve akut oklüzyonları önlemek için uygulanmaktadır (37). Anjina ilaç tedavisine yanıt vermiyorsa cerrahi tedavi tercih edilmektedir (35).

2.1.2.1. İlaç dışı tedavi

İlaç dışı tedavi yaklaşımları başlıca hayat tarzı değişikliklerinden oluşmaktadır. Bunlar: sigaranın bırakılması, uygun ve düzenli beslenme, uygun ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite, kilo ve kan basıncı ile kan lipid düzeylerinin kontrolünün sağlanmasıdır (26). Trans yağ ve doymuş yağ tüketimini azaltmak, lif tüketimini arttırmak, fazla kilolardan kurtulmak, fiziksel aktiviteyi arttırmak, alkol ve sigara tüketimini azaltmak, karbonhidrat kullanımını azaltmak ve soya proteinli ürünler tüketmek tedavinin bir parçası olarak önem taşımaktadır (38).

Yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra, kardiyak hastalığı olanlara rehabilitasyon uygulanması da önerilmektedir. Kardiyak rehabilitasyon kalp hastalarının fiziksel, sosyal, psikolojik yönden en iyi düzeye ulaşmaları için yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Bu çalışmaları desteklemek üzere rehabilitasyon programları oluşturulmaktadır. Rehabilitasyon program içeriğinde ise; hastanın anamnezi, fiziksel aktivite ve egzersiz, risk faktörlerini önleme tedavisi, eğitimi, psikososyal ve mesleki anlamda destek tedavisi, diyet önerileri eğitimi yer almaktadır (39,40).

Araştırmacılar, kardiyak rehabilitasyonun hastaların kardiyak fonksiyonlarında ve efor kapasitelerinde olumlu etki sağladığını raporlamışlardır (41). Kalp hastalarında stres, anksiyete, depresyon gibi durumlardan ötürü psikososyal durumun olumsuz etkilendiğini ve buna bağlı olarak bu hastalarda hastalığın tedavisinin ve gidişinin olumsuz etkilendiğini bildirilmiştir (42).

Sağlıklı yaşam stilinin kararlı bir şekilde sürdürülmesi; kardiyovasküler hastalığın tekrar etmesini ve buna bağlı ölüm oranlarını azaltmaktadır (42). Perkütan koroner girişim yapılan bazı hastalarda görüldüğü bildirilen ‘tedavi edilmişlik’ hissinin yaşam şekli değişikliklerine engel olduğu ve hatta ilaç uyumunu da engellediği bildirilmektedir. Bu yüzden sağlıklı yaşam şeklinin idamesi ve tedaviye uyum gibi konularda hasta eğitimi oldukça önemlidir (42).

2.1.2.2. İlaçla tedavi

Koroner arter hastalığının tedavisinde; iskemiye önleyen ilaçlar (nitratlar, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri vb.), antitrombositler, lipid düşürücü ilaçlar, renin-anjiyotensinaldosteron sistem blokerleri gibi farmakolojik tedaviler kullanılmaktadır (26,27,43).

Nitrogliserinler hem periferik venlerde hem de koroner arterlerde vazodilatasyon yapmaktadır. Vazodilatasyon etkisiyle kalbe dönen kan miktarını azaltarak kalbin iş yükünü azaltmakta, bu da kalbi besleyen damarların genişlemesiyle de kalbin daha iyi beslenmesini sağlamaktadır. Aspirin, tromboz oluşumuna engel olarak dolaşımın devamlılığını sağlamaktadır. Beta blokerler, miyokardın oksijen tüketimini azaltmakta, kalp hızını ve kan basıncını düşürmektedir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, sistemik olarak damarların direnç yükünü azaltmaktadır (43).

Kardiyovasküler etkilerinin bilinmesine rağmen yaklaşık %50 oranında antihipertansif ilaçlarını kullanmayan hastaların olduğu, benzer şekilde beta-bloker, antitrombosit ve statin tedavisine uyumun da az olduğunu yayınlayan kaynaklar mevcuttur (44-46).

Bir meta-analizde kardiyovasküler ilaçlara uyumun araştırıldığı, sekonder koruma için Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) geçirmiş ve hastaların ilaç uyumu ile AMI geçirmemiş hastaların primer koruma için aldıkları ilaçlara uyumu araştırılmış; ortalama 2 yıllık süreçte %57 oranında uyum görülmüş; primer koruma için kullanılan ilaçlara uyumun sekonder korumaya uyumdan daha az olduğu ve ilaç sınıfı ile çok ilişkili olmadığı bulunmuştur (44).

2.1.2.3. Girişimsel tedavi

KAH'nın girişimsel tedavisinde; PTKA, perkütan koroner stent yerleştirilmesi, perkütan koroner aterektomi, perkütan koroner lazer anjiyoplasti, brakiterapi ve KABG yöntemleri kullanılmaktadır (47,48).

KABG ameliyatı, KAH'nın tedavi seçeneklerinden biri olarak, tüm dünyada başarı oranı yüksek, profesyonelce uygulanan, kaliteli uzun bir yaşam sunması sebebiyle

medikal tedaviye göre daha çok tercih edilme arasındadır (49,50). KABG ameliyatı, tıkanıklık ya da darlık olan koroner arterin sonrasında kalan bölge ile aort arasında ven veya arter kullanılarak, bağlantı kurularak kanlanamayan miyokardın beslenmesi, kanlanması ve oksijenlenmesi ile %50-70 ve daha fazla oranda daralmış tıkalı alana kan gönderilerek koroner arterin distalindeki miyokardın iskemik bölgenin perfüzyonu sağlanmış olur (51).

2.2. Perkütan Koroner Girişim

KAH tedavisinde kilometre taşı niteliğindeki değişimlerden biri, 1977 yılında Andreas Grüntzig tarafından ilk defa uygulanan balon anjiyoplasti yöntemidir (52).

Ancak bu yöntemin iki önemli dezavantajı mevcuttur. Bunların ilki işlemden hemen sonra vasküler elastik geri tepmenin yol açtığı tromboz ve akut oklüzyon (hastaların %5-10 kadarında gelişmektedir) ve ikincisi de işlemden sonraki 6 ay içerisinde hastaların yaklaşık %30'unda görülen neointimal proliferasyon ve restenoz'dur. Elastik geri tepmenin sonuçlarıyla mücadele etmek için Sigwart ve ark. (53) balon anjiyoplasti sonrası ilk kendiliğinden genişleyen çıplak metal stenti geliştirmiş ve implante etmiştir. ABD'de gıda ve ilaç dairesi (FDA-Food and Drug Administration) tarafından onaylanan ilk stent, 1987 yılında onay verilen BMS (Bare Metal Stents)'dir.

Her ne kadar bu yeni teknoloji erken elastik geri tepmeyi azaltmış olsa da buna iki önemli yeni sorun eşlik etmiştir: Stent trombozu ve stent içi restenoz (54). Prosedürle ilişkili potansiyel olarak ciddi komplikasyonlara rağmen, 1993 yılında yayınlanan iki önemli çalışmadan (STRESS ve BENESTENT çalışmalarından) elde edilen sonuçlara göre BMS implantasyonunun tek başına balon anjiyoplasti uygulamasından daha başarılı sonuçlar verdiğinin gösterilmesinin ardından BMS implantasyonu, bakım standardı haline gelmiştir (Fischman et al, 1994). Ancak buna rağmen takip çalışmaları; BMS uygulanan hastalarda neointimal proliferasyona bağlı olarak stent içi restenozun %20-30 gibi bir oranda devam ettiğini bildirmiştir (55).

Anjioplasti; ateroskleroz, enfeksiyon, damar duvarında kalınlaşma gibi nedenlerle daralan ya da tıkanan damarları genişletme yöntemidir. Bu yöntemde anjiyoplasti kateteri ile arterden girilerek daralan alana kateterin içerisinden rehber tel gönderilmekte ve

genellikle iki ya da üç lümenli balon kateterlerle işlem yapılmaktadır. Kateter ucundaki balon, rehber telin üzerinden geçirilerek daralan alana yerleştirilmektedir. İçinde bulunduğu lümeninden farklı bir lümenle gönderilen sıvı aracılığı ile normal kan basıncının 75-500 katına kadar şişirilerek daralmış alanı genişletmektedir. Balon kısa süre sonra söndürülüp çıkarılarak tıkanan damarda tekrar kan akımı sağlanmaktadır (56).

2.3. Hasta Eğitiminin Tanımı ve Önemi

Eğitim, bireyin davranışlarında gelişmeler sağlamaya yarayan planlı etkiler bütünüdür. Öğretim ise davranış değiştirme sürecidir. Öğretim, öğrenme ve öğretme faaliyetlerini kapsamaktadır (57).

Hasta eğitimi, hastalar ile sağlık çalışanları arasında hastanın sağlığını sürdürmek ve yaşam kalitesini yükseltmeyi, hastanın bilgi ve beceri kazanmasını, tedaviye uyum sağlamasını, hastalığını yönetebilmesini amaçlayan öğrenme ve öğretme sürecidir (58-60).

Hasta eğitimi, bireyin sağlığı ile ilgili sorunların değerlendirilip, sağlığın geliştirilmesi amacıyla davranış değişikliği kazandırılmasını sağlayan dinamik bir süreçtir. Hasta eğitimi, kaliteli sağlık bakımında vazgeçilmez bir unsurdur. Sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması, sağlığın korunma ve sürdürülmesinde hasta eğitiminin önemi büyüktür. Hasta eğitimi, bireylerin tedaviye uyumu ve memnuniyeti, sağlık maliyetinin azaltılması, mortalite ve morbiditenin azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve öz bakımlarını yönetebilmeleri için bir ihtiyaç olarak görülmektedir (59).

İlk kez 1950'lerde dile getirilmeye başlanan hasta eğitiminin önemi son yirmi yılda giderek artmıştır. Hastaların giderek hastanede geçirdiği sürenin kısılması, hastanın sağlığı ile ilgili öz bakım ve sorumluluklarının artması, sağlık sistemlerinin sürekli değişmesi, tedavi yöntemlerinin değişmesi, sağlık kurumlarına erişimin kolaylaşması ile hastaların eğitim alma gereksinimleri artmıştır. Yakın geçmişte hastalık ve tedavisine odaklanan hasta eğitimi; hastalıklardan korunma, davranış değişikliği geliştirerek sağlığın geliştirilmesinde hasta ve ailesinin sorumluluk olarak katılımına yönelmiştir (61-63).

Hastanın tedaviye uyumu ve öz bakımını sağlamak için etkin bir hasta eğitim programının geliştirilip uygulanması, sağlık bakımının tamamlayıcı unsurudur. Hasta eğitimi ile benimsenen sağlıklı yaşam değişikliği, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesine önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (64,65).

2.3.1. Hasta eğitim süreci

Hasta ile her görüşme, muayene, tanı ve tedavi aşaması, paylaşılmış ortak karar verme süreci, izlemler, hasta eğitimi için bir fırsattır (65).

Hasta eğitimi, sağlık hizmetinin bir parçasıdır. Hasta hekim görüşmesinde, öykü alınırken hastanın sağlık davranışları, alışkanlıkları, bilgi düzeyi, beklenti ve sağlık inançları belirlenebilir. Hastanın fizik muayenesi yapılırken saptanan bulgular hastaya açıklanabilir. Hastalığın tanısı, hastanın anlayabileceği bir dil ile anlatılabilir. Karar verme sürecine hastanın dâhil edilmesi gerekmektedir. Tedavi planlanması sırasında, her bir tedavi seçeneğinin etki ve yan etkisi anlatılarak tedavi kararının hasta ile paylaşılması gerekir (59).

Hasta eğitimi dinamik bir süreçtir. Birbirini izleyen veri toplama, eğitim gereksinimlerini belirleme, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme, kayıt etme, belgelendirme etaplardan oluşur. Her aşama birbiriyle ilişkilidir. Sağlık çalışanlarının hasta eğitimi verirken bu eğitim süreçlerini takip ederek hastanın eğitim becerilerini geliştirmesi gerekmektedir (59,60,66).

2.3.1.1. Veri toplama ve eğitim gereksinimlerini belirleme

Veri toplama, hasta eğitim sürecinin ilk aşamasıdır. Sağlık çalışanının hasta eğitimini etkileyen her faktörü göz önüne alarak sistematik ve sürekli olarak veri toplaması gerekmektedir. Veri toplama sırasında hastanın ve ailenin eğitim isteğine, sosyokültürel durumuna, geçmiş sağlık veya hastalık öykülerine, fiziksel ve duygusal durumuna, hastalığı ile ilgili bilgi düzeyine, hastanın hastalığına adaptasyon düzeyine, sağlık okur yazarlığına, hastanın destek ve bakım alabileceği kişi ve sağlık kuruluşlarına, yaşam beklentisine ait veriler, hastanın kendisi veya aile üyelerinden, tıbbi kayıtlarından, ekip üyelerinden toplanır. Toplanan verilerin analiz edilerek eğitim gereksinimlerinin

belirlenmesi gerekmektedir. Bu aşamada eğitim gereksinimlerine göre öğrenenin kim olacağı önemlidir. Çocuk ve yaşlı birçok hasta, bakım verenlerine bağımlıdır. Bu durumlarda eğitim, hastanın yakınları ve ailesine verilebilir (59,62).

2.3.1.2. Tanılama

Tanılama, hastanın öğrenme sürecinde gereksinimi olan bilginin sistematik olarak toplandığı aşamadır. Sağlık çalışanı, toplanan verileri yorumlayarak değerlendirir. Değerlendirme sonucunda bilişsel, duyuşsal ve davranışsal öğrenme alanları göz önünde bulundurularak eğitim ve öğrenme gereksinimleri belirlenmekte ve tanımlar saptanmaktadır (62,66).

2.3.1.3. Planlama

Hasta eğitiminde amaç, hastanın sağlığının sürdürülebilmesi, bağımsızlığını kazanması ve yaşam kalitesinin artırılabilmesi için gereken bilgi ve beceriyi edindirerek yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasıdır (62,65).

Hasta eğitiminde hedeflere ulaşabilmek için tanımlar konulduktan sonra yazılı olarak eğitim ve öğrenim planının yapılması gerekir. Hasta eğitimi verilmesi planlanan hasta ve yakınları ile ilgili eğitimin süresi, içeriği, amaçları, eğitim gereksinimlerinin öncelikleri, hasta eğitim modelleri, kullanılacak materyal ve değerlendirme metotlarının planlanması gerekmektedir (62,66,66).

Öğrenme hedefleri belirlenirken hastanın eğitim sonunda kazanması gereken bilgi, beceri ve davranışların eğitim planında belirtilmesi gerekir. Hedeflerin, bilişsel, davranışsal ya da duyuşsal öğrenme alanlarını kapsayacak şekilde anlaşılır ve açık olması gerekir. Eğitimin önceliklerinin, hasta merkezli olarak her sağlık sorununun ivedilikle çözümlenebileceği şekilde belirtilmesi gerekmektedir. Sağlık çalışanının; eğitimin içeriği ve hedefi, hastanın öğrenme isteği ve bilgi düzeyi, kullanılacak materyal ve kaynakları dikkate alarak etkili hasta eğitimi için gereken süreyi planlaması gerekmektedir. Etkin bir hasta eğitimi için sürenin 20 dakikayı geçmemesi gerekir (62,67).

Eğitimde, hastanın kazanması hedeflenen davranışlar dikkate alınarak bireysel bir eğitim içeriğinin hazırlanması önemlidir. Eğitim içeriğinin basitten karmaşığa, somuttan soyuta, genelden özele şeklinde olması; içeriğin anlaşılır ve etkili olabilmesi açısından önemlidir (62).

2.3.4.4. Uygulama

Hasta eğitiminin uygulama aşaması, planlanan eğitim ve öğretim tekniklerinin hasta ve ailesinin öğrenmesini sağlayacak şekilde uygulamaya geçirildiği aşamadır. Uygulama, sağlık çalışanının bireysel yaklaşımı ve uygun öğrenme yöntemlerini kullanması ile gerçekleşmektedir (62,66,67).

Hasta eğitim programını uygularken, eğitimin öğrenme isteği ile başladığı, çevre koşullarından etkilendiği, emosyonel durumlarla ilişkili olduğu, sürekli gelişme süreci gösterdiği, hasta merkezli ve bireysel olduğunun dikkate alınması gerekir (66).

Eğitimin uygulama aşamasında, kullanılacak yöntem ve materyalleri düşünmeyi, sorgulamayı, soru sormayı ve etkin katılımın sağlanması gerekmektedir. Eğitim süresinin çok uzatılmaması, eğitim sonunda olumlu geribildirim verilmesi ve alınması, öğrendiklerini uygulaması için cesaretlendirilmesi gerekir. Hasta ve ailesinin duygularını ve fikirlerini paylaşması için teşvik edilmesi ve saygı gösterilmesi gerekir. Hasta ve ailesinin sosyokültürel durumu, geçmiş tecrübeleri, farklı sağlık inanışları dikkate alınarak anlaşılır ve akıcı bir anlatımla eğitim verilmesi önemlidir. Çocuk ve yatağa bağımlı düşkün hastalarda eğitim verilirken pedagojik yöntem tercih edilmesi gerekir (62,66).

Hasta eğitiminde başarılı olmak için, çalışma ortamını hastalar için aynı zamanda eğitim merkezi olarak görmek önemlidir. Ortamdaki her alanın eğitim için elverişli olması gerekir. Bekleme salonunda eğitici broşürler ve dergilerin konulması, eğitici video gösterimlerinin yapılması, muayene odasında eğitici materyallerin bulunması faydalı olmaktadır (59).

2.3.4.5. Değerlendirme

Değerlendirme aşaması, eğitimin hedeflerine ne kadar ulaşılabilirdiğini belirlemek ve eksiklikler varsa düzeltme yapmak için farklı yöntem ve materyal kullanılan aşamadır. Hasta eğitim sürecinin başından son aşamasına kadar sistematik bir şekilde sürekli değerlendirilmesi gerekmektedir. Hasta eğitimi sürecinin önemli bir bileşeni olan değerlendirme yapmadan doğru sonuca ulaşmak imkânsızdır. Değerlendirme, bilimsel karar verme sürecidir. Hasta eğitim sürecinde dahil olan sağlık çalışanının, kurumun, eğitim alan hasta ve ailesinin, programın analiz edilerek değerlendirildiği aşamadır (62,66,67).

Değerlendirme aşamasında, hasta eğitiminin sonucu analiz edilir. Ulaşılamayan hedeflerin nedeni araştırılarak süreç başından itibaren incelenir. Sürecin başından itibaren yapılan değerlendirme, eksik veya yanlış öğrenmelerin belirlenip düzeltilmesini sağlar. Değerlendirme; gözlem, görüşme, yazılı-sözlü test olarak yapılabilmektedir. Seçilen yöntemin güncel ve güvenilir olması gerekmektedir (62).

2.3.4.6. Belgelendirme / kayıt etme

Hasta eğitimin öğrenme-öğretme süreci olması, eğitimle ilgili standartlar, sağlık kurumlarının politikaları, ekip üyelerince etkileşim, hasta eğitim süreci doğrultusunda açık, anlaşılır, doğru, tam ve sürecin her aşamasının kaydedilmesi zorunludur (62,66,67).

2.3.5. Hasta eğitim modelleri

Günümüzde hastalar, kendi sağlık bakımlarında daha fazla sorumluluk üstlenmek istemektedirler. Biyomedikal ve tıp alanındaki gelişmelerle birlikte mevcut tanı ve tedavi seçenekleri artmakta ve hastaların tedavileri ile ilgili karar vermeleri gerekmektedir. Bu nedenlerden dolayı sağlık okuryazarlığı gereklidir. Yapılan çalışmalarda, sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişilerin acil servislere daha fazla başvurduğu; daha fazla ilaç bağımlılığı olduğu ve hastaların sağlıkla ilgili bilgileri okuma ve anlamada zorlandıkları saptanmıştır (68).

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığını sürdürebilmesi ve geliştirebilmesi için bilgiye ulaşma, okuduğunu anlama, öğrendiği bilgiyi kullanma yetisini etkileyen bilişsel,

kişisel ve sosyal yetenekleridir. Sosyokültürel seviyesi ve eğitim seviyesi düşük olanlar ile yaşlılar ve göçmenler, sınırlı sağlık okuryazarlığı olan kişilerdir (69).

Sağlık okuryazarlığı seviyesine göre 3 gruba ayrılmaktadır (69):

1) Temel/işlevsel okuryazarlık: Bireyin gündelik yaşamını sürdürebilmesi için gereken temel okuma ve yazma becerileridir. Sağlıkla ilgili yazıları veya ilacın içindeki prospektüsü okuyabilmek örnek olarak gösterilebilir.

2) İletişimsel/etkileşimli okuryazarlık: Günlük aktivitelere katılmak, bilgiyi sentezlemek, yeni bilgileri kullanabilmek, farklı iletişim biçimlerinden anlam çıkarmak için kullanılabilecek daha gelişmiş bilişsel becerilerdir. İnternette, radyo ve televizyon gibi yayın organlarından sağlık bilgilerini izleyip, okuyup anlama, sağlık ile ilgili seminerlerine katılma ya da hekim ile tedavi önerilerini karşılıklı konuşma örnek verilebilir.

3) Eleştirel okuryazarlık: Bilgiyi eleştirel olarak incelemek, hayattaki olay ve değişen durumlar karşısında bilgiyi maksimum düzeyde kullanmak için gereken daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerilerdir. Eleştirel sağlık okuryazarlığı olan kişi, yaşamını sürdürebilir, hastalığını yönetebilir, bilinçli ve doğru kararlar alabilir.

Sağlık okuryazarlığı dikkate alındığında güncel hasta eğitim modelleri; 3 gruba ayrılmaktadır (70):

1. Sözel eğitim modeli,
2. Yazılı materyal/broşürler,
3. Multimedya tabanlı eğitim (Video, CD-ROM, DVD ya da internet).

2.3.5.1. Sözel eğitim modeli

Sağlık alanında, hasta eğitiminin ihtiyaç olduğu kabul edilmektedir. Eğitim almış hastalar, kendi öz bakımlarını ve hastalıklarını yönetebilirler. Sağlık çalışanları tarafından verilen eğitim, tedaviye uyumun artması, hasta memnuniyetinde artma, iyileştirilmiş tedavi sonuçları, tedavi maliyetinde ve süresinde azalmayla sonuçlanır (71).

Hasta eğitiminde en sık kullanılan yöntem, hasta ile konuşma şeklinde olmaktadır. Bu iletişim sonrasında verilecek eğitimlere (basılı materyalleri, video materyalleri, grup eğitimleri) de öncülük etmektedir. Bilginin uygun, kapsamlı, gerçekçi, beklentileri ve eğitim amaçlarını içerecek kapsamda olması gerekir (59).

Sözel eğitim modeli, hasta eğitiminde ihtiyaç duyulan bir yöntemdir. Sözel eğitimde eğitim veren sağlık çalışanının bilgisi, yeteneği, öğretme becerisi ve süreklilik, eğitimin başarısı için önemlidir (70).

Sözel eğitim modeli 3 gruba ayrılır (70):

1) Altı boyutta bilgilendirme: Biyopsikososyal, deneyimsel, fonksiyonel, finansal, sosyal ve etik açıdan bilgilendirme.

2) Dört ana iletişim yetkinlikleri: Kişilerarası iletişim, mesleki değerler, sözsüz iletişim, danışmanlık becerisi.

3) Araçların uygunluğu: Sağlık bilgi gereksinimleri ve davranışları.

Bilgilerin iletişimi, kişilerarası, grupsal, örgütsel, kitle ve teknolojik olmak üzere birçok farklı şekilde gerçekleşmektedir. Çoklu iletişim türleri ve seviyelerine rağmen hastalar, sağlık çalışanları ile en çok kişilerarası sözlü iletişim ile sağlık bilgilerini paylaşmaktadırlar (72).

Sözlü eğitimde yaşanabilecek bazı sıkıntılar vardır. Örneğin; sağlık çalışanının sözel eğitim vermek için daha fazla zamana ihtiyacı vardır. Verilen eğitimin, bireyselleştirilmiş olması gerekir. Hasta, sağlık kurumuna gelene kadar hastanın eğitim gereksinimleri bilinmeyebilir. Hasta eğitiminin zamanı ve süresinin planlanması gerekir. Hastanın klinik durumunda veya hastalığını yönetirken yaşadığı bir durum olduğunda, sağlık çalışanının bilgilendirmesi için bir sürece ihtiyacı vardır. Hastanın yalnızlık hissetmesi, eğitimin etkinliğini olumsuz etkileyebilir. Eğitim sonunda, öğretilenlerin hasta veya ailesi tarafından doğru ve eksiksiz anlaşıldığının teyit edilmesi için bir yöntem gerekmektedir (70).

Sözel iletişimde özgüllük ve açık olunması önemlidir. Hastaların anlatılanları kavrayıp kavramadığı sorgulanması gerekir. Hastaları; anlamadıkları ve öğrenmek istedikleri konularda soru sorabilmeleri için cesaretlendirmek önemlidir. Tıbbi terminoloji kullanımdan kaçınarak hastaların anlayabileceği bir dille bilgilendirmek gerekir. Hekimin hastaya yargısız bir tutumla yaklaşması ve hastayla ekip olduğunu hissettirmesi eğitim başarısı için önemlidir (59).

2.3.5.2. Yazılı hasta eğitim materyalleri

Yazılı hasta eğitim materyalleri, tanı ve tedavi ile ilgili hasta ve ailesini bilgilendirmek, profesyonel danışmanlık hizmeti vermek amacıyla kullanılmaktadır. Yazılı hasta eğitim materyalleri hasta bilgilerinin kaynağını oluşturur ve hasta eğitiminde önemli yer tutmaktadır. Bu materyaller, hastanın kendi sorunlarını tanıması, sözlü bilgiyi pekiştirmesi, tedavisi ile ilgili doğru kararlar verebilmesine olanak sağlamaktadır.

İyi sunulan sağlık bilgisi eğitimi; sağlık bilincini geliştirir, hastanın öz bakımını iyileştirir, bu sayede klinik bakımın etkinliği artmış olur. İyi tasarlanmış hasta eğitim broşürleri, sağlık bilgisini hatırlamayı sağlamaktadırlar. Broşürlerin tek başına etkinliği azdır. Hastaların, sağlık çalışanları tarafından sözel olarak verilen bilgilerin sadece %50'sini anlayıp hatırladıkları bilinmektedir. Sözlü ve yazılı bilgilerin birlikte kullanımı, eğitimde hedeflere ulaşmayı sağlamakta ve hastanın sağlık bilincini geliştirmektedir. Yazılı materyaller, sözel eğitimi pekiştirici niteliktedir. Yazılı materyaller, diğer eğitim tipleri ile birlikte kullanıldıklarında eğitimin başarısı artmaktadır (59,70,72-74).

Yazılı materyaller iki gruba ayrılır. İlki, kurallı tip (preskriptif) materyaller bir sağlık sorunun ortaya çıkması ve tekrarlaması gibi konuları içeren ve belli bir amaç doğrultusunda hekim tarafından hastaya verilen materyallerdir. İkincisi, kuralsız tip (preskriptif olmayan) materyaller hastaların istedikleri zaman alıp okuması için bekleme veya muayene odalarına konulur. Konu olarak daha genel ve belli başlıkları içerir, hasta eğitiminden ziyade sağlık eğitime yöneliktir. Kuralsız tip materyaller, hastayı bilgilendirmeyi amaçlar (59).

Yazılı materyallerin kolayca okunabilir ve anlaşılabilir nitelikte olması gerekir. Önemli bilgilerin seçilebilmesi için kalın ve italik yazımın tercih edilmesi gerekmektedir.

Beyaz kağıda siyah harflerle yazılan yazılar, daha net göze çarpmaktadır. Okunabilirlik açısından yazının boyutunun 12 puntodan küçük olmaması gerekir. Broşürün sade bir dille hazırlanması, karmaşık yazılar ve resimlerden kaçınılması, ilgi çekecek nitelikte olması önemlidir. İstenmeyen davranışların olduğu resimlerin kullanılmasından kaçınılması gerekir (70).

Hastaların gereksinim duydukları konu belirlenerek yazılı materyaller hazırlanması daha etkili olmaktadır. Sözel eğitim verildikten sonra yazılı materyal veya broşürle hasta ve ailesinin bilgisinin pekiştirilmesi önemlidir (59,70).

Yapılan bir çalışmada, sağlık sorunu olan çocuklara sahip ebeveynlere yapılan hasta eğitiminde, yazılı ve sözel olarak yapılan bilgilendirmede sözel bilgilendirmenin daha eğitici ve hasta memnuniyetini artırıcı olduğunu saptamışlardır (75).

2.3.5.3. Multimedya tabanlı eğitim

Teknoloji ve bilişim alanındaki gelişmeler, sosyal gelişmelerle birlikte eğitimde dönüşüme yol açmaktadır. Hastalar, sağlık konularında araştırma yapmak için ilk olarak internete başvurmakta, aileleri ve sağlık çalışanları ile internet aracılığıyla iletişim halinde olabilmektedirler. Web tabanlı eğitimlerin daha az maliyetli olması, kişilerin sözel eğitime ayıracakları zamanın az olması, internetin yoğun kullanılması ve internetteki bilgilerin tekrar okunup izlenebilirliği gibi nedenlerle multimedya tabanlı eğitim daha fazla tercih edilmektedir (70,76).

Dahodwala ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada video tabanlı eğitim müdahalelerinin yatan hasta ortamlarında hasta sonuçlarına etkisi araştırılmış ve video tabanlı eğitim müdahalelerinin hasta sonuçları üzerinde kontrol gruplarındaki standart eğitime kıyasla anlamlı bir olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Video tabanlı eğitim hastanede yatan hastaların eğitiminde sık kullanılmaktadır. Bu eğitimler, kısa vadeli sağlık okuryazarlığı hedeflerini iyileştirmede etkilidir, ancak davranış ya da yaşam tarzı değişiklikleri üzerindeki etkileri belirsizdir. Etkinlikleri ayrıca sunum formatına, zamanlamaya ve hastanın duygusal durumuna bağlıdır (77).

Ihrig (78) yapmış olduğu çalışmada, ameliyattan bir gün önce katılımcıların yarısına multimedya destekli eğitim, diğeri yarısına standart eğitim verilmiştir. Çalışma sonucunda, multimedya destekli eğitim alan hastaların hasta memnuniyetlerinin yüksek olduğu ve bu hastaların cerrahi girişimler için daha az anksiyete yaşadıklarını belirlemiştir.

2.3.6. Hasta Eğitiminde Hemşirelik Süreci

Hasta ve yakınlarına eğitim verme sorumluluğu hastanın tedavi ve bakımında yer alan tüm sağlık profesyonel çalışanlarındır (60). Ülkemizde mevcut sağlık mevzuatları ve sağlık sisteminde meydana gelen değışim ve gelişmeler hemşirelerin bakım vermenin yanında, bir diğeri rolü olan eğitimci yönünü öne çıkarmıştır. Hemşirenin profesyonel kimliği ve çağdaş eğitimci rolü; birey, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda planlı ve devamlılığı olan eğitim vermeyi gerek görülmektedir (66, 79). Resmi gazetede 19 Nisan 2011 tarih, 27910 sayı numarası ile yayınlanan “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değışiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” adlı yönetmelikte hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları hemşirelik bakımı, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma, eğitim ve danışmanlık olarak 3 gruba ayrılmıştır. Yönetmeliğe göre; hemşirelerin hastanın gelişim düzeyi, öğrenme istekliliğı, bilgilenme ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlama görevleri yer almaktadır (80).

İçinde bulunduğumuz yüzyıl koşullarında ekonomik, sosyal, siyasal ve kültürel alanlarda yaşam standartlarımızı etkileyen hiç kuşkusuz en önemli kavramlardan birisi de kalite olmuştur. Kaliteli yaşam sürmek yediden yetmişe tüm insanların hakkıdır. Bu doğrultuda kaliteli yaşam algısı bozulmuş olan hastalara bütüncül yaklaşım sergileyen ve hastaların en büyük destekçilerinden birisi de hemşirelerdir (81). Hemşirelik süreci bireyin hastaneye yatışı ile başlayıp taburculuğuna kadar devam etmektedir (82). Şüphesiz hasta eğitiminde hemşireler anahtar rol oynamaktadır. Ülkemizde literatür taraması doğrultusunda, hemşirelerin hasta eğitimini etkili şekilde yapamadıkları ifade edilirken söz konusu sebepler arasında; zaman azlığı, hasta fazlalığı ve yetersiz hemşire sayısı yerini almaktadır (83). Gürlek ve Yavuz (84), çalışmasında hemşirelerin eğitim

uygulayamama nedenlerini; hemşire sayısı yetersiz (%50,1), zamanım yok (%21,4), hasta sayısı çok fazla (%28,4) olarak ifade etmişlerdir. Hekim ve hemşirelerin hastaya kendini tanııtma durumlarının araştırıldığı bir çalışmada ise hekimlerin %84,1'inin kendini tanıttığı ifade edilirken, hemşirelerin %47,8'inin kendini tanıtabildiğini bildirmiştir. Bir başka deyişle iki hemşireden bir tanesinin kendini tanıtabildiği bir sistemde eğitime yeterli önem verilemediği belirtilmektedir (85).

2.3.7. Perkütan Koroner Girişimlerde Hasta Eğitimi

Hasta eğitimleriyle ilgili yapılan çalışmalar göstermiştir ki planlı bir şekilde yapılan hasta eğitimleri; hastaların kendi bakım kararlarını almasını, sağlık davranışını yükseltmelerini ve hatta yeniden hastaneye yatmalarını önlemektedir (86,87).

Hastaların erken dönemde taburcu edildiği PKG sonrası taburculuk döneminde, ev ortamında hastanın bakımını üstlenen bir yakınının olduğu bilinmeli, tüm riskler, gelişebilecek komplikasyonların belirti ve bulguları, alınması gereken önlemler, yapılacak yaşam tarzı değişiklikleri, acil durumlar ve bu durumlarda yapılması gerekenler konusundaki bilgi eksiklikleri giderilmeli, bu yönde verilen taburculuk eğitimi sonrası eğitimin etkinliği değerlendirilmeli, gerekli ise hastanın bakımını üstlenen bireyin taburculuk eğitimi süreci tekrarlanmalıdır. Literatürde taburculuk sonrası yapılması gereken uygulamaların hasta ve yakını/bakımı üstlenen birey ile hemşire eşliğinde gözden geçirilmesi ve hemşirenin hasta yakını/bakımı üstlenen bireyi muhakkak taburculuk eğitimine dahil etmesi gerektiği yer almaktadır (1,88-90).

Taburculuk eğitiminde, hastanın kısa ve uzun dönem sağlık sorunları dikkatle incelenmeli, invazif girişim bölgesine ilişkin komplikasyonların (kanama, hematoma, ekimoz, enfeksiyon, psödoanevrizma, arteriyovenöz fistül vb.) önlenmesine yönelik taburculuk eğitimi önerileri verilmelidir. Bu öneriler kapsamında, hastanın ağır yük kaldırmaması, kalp krizi nedeniyle işlem uygulanmışsa ilk 1 ay, değilse işlem sonrası ilk iki gün araba kullanmaması, zorlayıcı ev işi yapmaması, 1 saatten uzun aynı pozisyonda oturmaması, uzun yolculuk yapacaksa yolculuğu uzanarak ve sık sık ayağa kalkıp yürüyebilecek şekilde yapması, işlem bölgesini aşırı sıcak ya da soğuk ortamdan/uygulamadan koruması, pansuman bakımını gerçekleştirmesi, yüzmemesi, işlemden bir gün sonra duş şeklinde banyo yapması, duş sonrası ıslanan pansumanı

değiştirmesi, kasık bölgesine herhangi bir krem, losyon uygulamaması gerektiği, ağrı hissi, kızarıklık ve sıcaklık artışı gibi belirtiler ortaya çıktığında bir sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği yönünde bilgilendirme konuları yer almalıdır (6,88). Kateter giriş bölgesinde hafif bir şişlik oluşumunun normal olduğu ancak aktif kanama olduğuunda, şişlik aniden ortaya çıktığında ya da büyüdüğuünde hastanın uzanıp bakımı üstlenen bireyden yardım isteyerek 15 dakika aralıksız o bölgeye şiddetli bası uygulanması gerektiği, 15 dakika bası uygulamasının sonunda şişlik arttığında ya da kanama devam ettiğinde acil ambulans çağırısı ile en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği vurgulanmalıdır (91-93).

Ülkemizde Olgun (10)'un yapmış olduğu bir çalışmada, verilecek taburculuk eğitiminde kullanılacak ilaçlar, risk faktörleri, göğüs ağrısı kontrolü, diyet, sigara ve alkol kullanımı, günlük aktiviteler, spor ve cinsel aktiviteler konusunda bilgi verilmesi gerektiği bildirilmiştir.

Tok (7)'un yaptığı bir çalışmada hastaların beklemleri gereken zamandan daha erken dönemde cinsel ilişkiye girdikleri ve bunun verilen taburculuk eğitiminin yetersizliğinden kaynaklanabileceği bildirilmektedir.

Ekiz ve Göz (94) yaptıkları çalışmada koroner anjiyografi işlemi öncesinde hastaları uygulanacak işlemle ilgili bilgilendirmişler ve daha sonrasında deney ve kontrol grubundaki hastaları karşılaştırmışlardır. Buna göre bilgilendirilen hastalarda kaygı düzeyi daha düşük iken, işlem hakkında bilgi sahibi olmayan hastalarda ise kaygı düzeyi daha yüksek olarak görüntülenmiştir.

Balcı ve Enç (95) koroner anjiyografi öncesi hastalara verilen görsel-işitsel eğitimin fizyolojik ve psikososyal parametrelere etkisini araştırdıkları çalışmalarında işlem öncesinde hastalara verilen görsel-işitsel eğitim hastaların fizyolojik olarak kalp hızı, kan basıncı veya solunum seviyelerinde normale dönmeyi desteklerken, psikososyal anlamda ise stres, anksiyete ve depresyonun önüne geçtiği görüldü. Nitekim kontrol grubuna bakıldığında anjiyografi öncesinde var olan stres ve endişenin, verilen eğitimle birlikte deney grubunda tam tersi olarak ilerlediği ve kişileri olumsuz şekilde etkilemediğine kanaat getirildi.

Çalışmalarda hastaya verilen eğitimler yoluyla bilgi düzeyinin arttığı, anksiyetesinin azaldığı, stresle başa çıktığı ve yaşam kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir (6,8,10,96-98).

2.4. Tele Sağlık

Günümüz teknolojisi uzun yaşam için olanakları artırmakta (23,24), uzaktakini yakınlaştırmaktadır. İletişim teknolojisinin sağlıkta yer alması özellikle cerrahi girişimlerde, terapötik tedavide ve yoğun bakım yönetimin sürecinde yönetiminde gündeme gelmiştir (24). Sağlık hizmetlerindeki iletişim teknolojilerine artan bağlılık ile bakım verilen ortamlarda teknolojiyi kullanabilen sağlık profesyonellerinin gerekliliği ortaya çıkmıştır (23,24-99).

İnsan kaynaklarının ve finans kısmının yeterli olmaması sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin daha pratik ve ekonomik çözümler bulunmasına ihtiyaç görmüştür (100).

Tele-sağlık, sağlık kuruluşuna uzak mahallerde yaşayan bireyler ve hastalar ile sağlık personelleri arasında sağlıkla ilgili hizmetlerin (sağlık verileri, bakım bilgisi vb.) iletişim teknolojileri (telefon, bilgisayar, e-mail vb.) kullanılarak paylaşılmasıdır (100,101).

Tele-sağlık sistemlerinin amaçları (100,102-104);

- “Kişilerin sağlıkla ilgili değişikliklerini erken saptamak”,
- “Tespit edilmiş sağlık problemlerinin müdahalesini erken dönemde yapmak”,
- “Uzak bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık gereksinimlerini evlerinde karşılamak”,
- “Hasta bireylerin akut bakımdan öz bakıma geçişini sağlayarak sağlık hizmetlerine yönelik maliyetleri azaltmak”,
- “Oluşabilecek semptom veya komplikasyonları önleyerek hastane ortamına tekrarlı yatışları azaltmak ve sağlığı geliştirmektir”.

Son zamanlarda yapılan birçok çalışmada, evde sağlık hizmetlerinin yönetiminde tele-sağlık teknolojilerinin etkinliği ortaya konmuş ve bu nedenle de tele-sağlık uygulamaları ile evde sağlık hizmetinin birleştirilmesi üzerine yoğunlaşmıştır. Bu uygulamaların sağlık hizmetindeki maliyetlerin azaltılmasında da etkili olduğu saptanmıştır (105).

2.4.1. Tele Hemşirelik

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN- International Council of Nurses), tele-hemşireliği “Hasta bakımını geliştirmek için hemşirelikte iletişim teknolojilerinin kullanılması” şeklinde olarak (106), Amerikan Hemşireler Birliği (ANA- American Nurses Association) ise tele-hemşireliği, “İletişim teknolojileri kullanılarak hastaların sağlık durumu hakkında bilgi edinme, bakımını sağlama, hasta eğitimi gibi uygulamaları içeren hemşirelik faaliyeti” şeklinde tanımlamaktadır (23).

İletişim ortamının büyümesi ile farklı alternatifler sunulmaktadır. Bilimsel gelişimi geliştirmeye çalışmak için çeşitli bilgi alanlarında yeni iletişim araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlıkta bu kaynaklar bilimsel alanın gereksinimlerine göre tele-tıp, tele-sağlık ve telekomünikasyon olarak adlandırılmaktadır. Bu teknolojik iletişim araçları, hemşirelerin nerede olursa olsun herkese bakım vermesinde kolaylıklar sunmuştur (23,107,108).

Tele-hemşirelik, hemşirelik faaliyetlerini geliştiren ve çeşitlendiren bir strateji unsurudur. Tele-hemşirelik ile insana erişim kolaylaşır, zaman ve kaynaklarda tasarruf sağlanır, hastalara ve sağlıklı insanlara öz bakımlarıyla ilgili ihtiyaçları yönünde sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi sağlanır (23,107).

Günümüzde uzaktan telekomünikasyon teknolojileri kullanarak takip ve hemşirelik bakımı, eğitim ve danışmanlık sunulmaktadır. Zaman ve yer kısıtlamaları olmaksızın hastalara hemşirelik bakım hizmeti verme sürecinde video (kısa video filmleri, video konferans), telefon, başucu bilgisayarları, tabletler, tele radyoloji ve internet gibi hizmetler hemşirelik bakım kalitesini olumlu yönde yön vermiştir (109).

2.5. Kaygı Kavramı

Kaygı kavramı psikoloji bilim dalında yapılan çalışmalara 1940 yıllarının sonuna doğru başlanmıştır. Freud bu kelimeyi ruh bilim alanında kullanan ilk kişi olmuştur. Freud'un yapmış olduğu çalışmalar diğer psikologlara örnek olmuştur. Freud'a göre kaygı tecrübe sonucu oluşan, istemsiz bir şeylerin olması, hoş olmayan duygu durumudur diye tanımlanmıştır. Freud'un açıklamasından sonra birçok kişi kaygı üzerine çalışma yapmış ve çalışmalarında kaygıyı tanımlamıştır (110). Sullivan'ın yaptığı çalışmada kaygı, diğer kişilerle olan ilişkilerimizde işlevsel olmayan tepkiler bütünüdür (111).

Kaygı genel anlamda her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde tehdit edici bir olay karşısında fizyolojik belirtilerin de eşlik ettiği huzursuzluk, tedirginlik, endişe duygusudur (110). Hem olumlu hem de olumsuz duygu türüdür (112). Kaygı durumunun akla uygun bir davranış olmaması ve düşünceleri olumsuz olarak rahatsız etmesi, korkulanlarla karşılaşınca kişiye uyarı vermesi ve kişiye tedbir aldırması olumlu olarak ifade edilebilir (113).

Kaygı normal ve patolojik olarak iki şekilde sınıflandırılabilir (114). Ayrıca durumluk ve süreklilik anksiyetesi olarak da iki şekilde ele alınır (115). Normal kaygı, güdümleyici ve yararlı olarak kabul edilebilecek, herhangi bir tehditle karşılaşıldığında değişim ve savunma ile bireyi hazır tutacak kaygıdır. Patolojik kaygı uygunsuz davranışların olduğu, orantısız seviyede endişe ile ortaya çıkan kaygı olarak tanımlanabilir (114).

Durumluk kaygı; içinde bulunan durumdan kaynaklı o anda ortaya çıkar. İçinde bulunan tehlike kalktığı zaman, algılanan kaygı ortadan kaybolur. Diğer türlerden ayırt edici özelliği sonunun olmasıdır (116).

Süreklilik kaygı; strese sebep olan faktör tehditkâr ve tehlikeli olarak hissedildiği zaman ve tehlikeye karşı oluşan duygusal tepki seviyesi yükselip süreklilik ile sonuçlandığı takdirde yaşanan kaygı türüdür (115).

Durumluk kaygıda yoğunluk çeşitlilik ve inişli çıkışlı grafik gösterebilir. Sürekli kaygı çevresel faktörlerden bağımsız ve hayatın stresli olarak algılanması olarak açığa çıkar (117).

2.5.1. Kaygıyı Etkileyen Faktörler

Kaygıyı etkileyen faktörlere bakıldığında genetik ve çevresel etmenlerin her ikisi de rol oynamaktadır. Kişinin mizacı, ailede kaygı bozukluğu olan kişilerin varlığı, çevrenin etkisi gibi faktörler göze çarpmaktadır (118). Bunlarla beraber başka psikiyatrik bir bozukluğun olması veya organik tıbbi bir neden de tetikleyici olabilmektedir. Bu tıbbi durumlardan bazıları; hiperadrenokortisizm, hipertiroidi, feokromasitoma, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, aritmiler, kalp yetmezliğidir (119).

Yapılan araştırmaların birçoğunda yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum ve bireyin başarı durumu ve bununla birlikte bireylerin ebeveynlerinin eğitim durumları ve meslekleri kaygı düzeyini etkileyen değişken konulardır (120).

2.5.2. Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylerde Kaygı ve Etkileyen Faktörler

Koroner anjiyografi ve PKG kişinin özellikle kalp hastalıklarında kullanılan bir yöntem olduğu için kişide panik atak, korku, korkuyla karışık heyecan, bilinmezlik, kaygı ve yaşam bulgularında değişiklik yapabilmektedir (121). Bu konuda yapılan birçok çalışma koroner anjiyografi ile kaygı, depresyon ve kişinin ruh durumu arasındaki ilişkiyi kanıtlar niteliktedir. Karadeniz ve arkadaşları (122) yaptıkları çalışmada koroner anjiyografi işlemi öncesinde hastaların %31,3'ünde kaygı, %67,5'inde ise depresyon olduğunu gözlemlemişlerdir.

Koroner anjiyografi/PKG KAH teşhisi almış kişinin kaygısını artıran cerrahi tanı işlemidir (123). Hastaların bu kaygıları daha işlem öncesinde, gerekli prosedürlerin yerine getirilmesi kısmında meydana gelebilmektedir. Bu nedenle daha prosedürel işlemlere öncelik vererek hastayı bilgilendirmek onun kaygısını azaltma noktasında oldukça önemlidir. Hastaya istediği şekilde bilgi vermek, işlemin süresi, amacı ve ne şekilde yapılacağını detaylı olarak aktarmak, özellikle bu bilgileri işlemi yapacak olan hekimin vermesi noktasında daha fazla etkili olmakta, hastayı rahatlatmayı sağlamaktadır (124).

Yel (125) yapmış olduğu yüksek lisans tez çalışmasında koroner anjiyografi uygulanacak hastaların yaşam kalitesi ve kaygı düzeylerinin belirlenmesini amaçlamış; bu amaçla Ekim 2007- Şubat 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Kardiyoloji Kliniği'nde 202 hasta üzerinde çalışmasını uygulamıştır. Çalışmada hastalara yaşam kalitesi ölçeğinin kısa formu (SF-36) uygulanarak yaşam kaliteleri işlem öncesinde ölçülmüştür. Beş ay süreyle yapılan çalışmada koroner anjiyografi işlemi öncesi ve sonrasında hastaların kaygı düzeylerine bakıldığında, yaşam kaliteleri, enerjileri, streten uzak yaşama güdüleri yüksek olan hastaların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu gözlemlenirken, yaşam kalitesi düşük olan hastalarda kaygı düzeyi ve anjiyografi sonrasında olumsuz bir sonuç alma beklentisinin daha yüksek düzeyde olduğu gözlemlenmiştir.

2.6. Tedavi Uyumu

Uluslararası Farmakoeкономи ve Araştırma Sonuçları Derneği (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research-ISPOR) tedavi uyumu tanımında ilk olarak; “sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından reçete edilen tedavi rejimine doz, zaman ve sıklık açısından uygunluk/benzerlik gösterme davranışları” olarak belirtmiş ve sonrasında “ilacın başlanma zamanından tedavinin kesilmesine kadar olan süre” şeklinde süreklilik kavramını ekleyerek genişletmiştir. Optimal uyum, planlanan tedaviye göre ilaçlarını doğru dozda ve zamanda alan, doz atlamayan, fazla doz almayan, yanlış miktarda veya yanlış zamanda doz almayan hastalar olarak tanımlanmaktadır (126,127).

Haynes (128) ve Rand (129)'in yaptıkları tanımların birleşmiş versiyonu olan tedavi uyumu; “kişinin sağlık hizmet sağlayıcısının verdiği tavsiyelere uygun olarak davranışını (ilaçlarını alması, diyetinin takibi ve/veya yaşam tarzı değişikleri) gerçekleştirmesi” şeklindedir (Aktaran:130).

Literatürde kabul edilebilir bir uyum eşiğinin tek bir standart tanımı yoktur. Fakat yaygın olarak %80 olarak kullanılır. Özellikle insan immün yetmezlik virüsü (HIV-Human Immunodeficiency Virus) enfeksiyonu gibi ciddi hastalıklar arasında %95'in üzerindeki oranların yeterli uyum için zorunlu olduğu düşünülmektedir (131). Tedavi

uyumu konusunda yapılan araştırmalara bakıldığında, genellikle kronik hastalıklarda tedavi uyum oranının %20-80 arasında değiştiği ve hastaların tedavi uyumsuzluğunun yüksek olduğu gözlemlenmektedir (132).

2.6.1. Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler

Tedavi uyumunun değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde ve sağlık araştırmalarında çok önemli bir role sahiptir. Bir hasta ilaçlardan fayda görmediğini belirttiğinde, klinik yanıtta aksaklıklar yaşandığında, tedavinin etkili olup olmadığını anlamak için hekim tarafından ilk yapılması gereken ilaçların doğru kullanılıp kullanılmadığını sorgulamaktır (133). Hastalar tedavi ile ilgili tutumlarını gizleme eğiliminde olabilirler; bu durum hem kendilerinin hem de hekimlerinin davranışlarından kaynaklanabilmektedir (134). Hekimin tedavi uyumsuzluğu olasılığına karşı yüksek bir farkındalığa sahip olması gerekir. Hekim için en basit ve en pratik öneri hastalara karşı yargısız, suçlayıcı olmayacak bir şekilde ilaç dozlarını ne sıklıkla atladıklarını sormaktır. Hastalar hekimlerini memnun etmek isterler ve genellikle hekimlerin duymak istediğini söyleyebilirler. “Tüm ilaçlarınızı düzenli bir şekilde almanın zor olduğunu biliyorum. İlaçlarınızı almayı ne sıklıkla aksatıyorsunuz? ” şeklinde bir yaklaşım, hastayı doğruyu söylerken rahat hissettirir ve uyumsuzluğun tanımlanmasını kolaylaştırır (135).

Tedavi uyumu pek çok faktörden etkilenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tedavi uyumunu etkileyen faktörleri beş başlık altında toplamıştır. Bunlar (112);

- Sosyodemografik-ekonomik faktörler
- Sağlık sistemi ilişkili faktörler
- Koşul ilişkili faktörler
- Tedavi ilişkili faktörler
- Hasta ilişkili faktörlerdir.

2.6.2. Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylerde Tedavi Uyumunu ve Etkileyen Faktörler

PKG sonrasında; kardiyak olayların tekrar edebilmesi, ileri ki süreçte oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi, semptomların minimum düzeye düşürülmesi ve

psikososyal anlamda iyiliğin devam ettirilmesi için hastanın uyum sağlaması önem kazanmaktadır. Uyum, kişinin kendisinden, etrafındaki kişilerden ve çevresinden gelen istekler doğrultusundaki tepkisini ifade etmektedir. Hastalığa ve tedaviye uyum sağlamakta yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte ilaç tedavisi sürecinin de birlikte uyumlu yürütülmesi gerekmektedir (136).

Kişi, hastalığının komplikasyonlarını önlemek için alacağı tedbirlerin olumlu yönde etkileyeceğine inanıyorsa, öğrenme isteği de vardır. Eğer ki hastalığını anlamıyor veya anlamak istemiyorsa öğrenme isteği de olmayacak ve uyumu da zorlaşacaktır (137). Bireylerin hastalığını anlaması ve yönetebilmesi için yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bu yüzden hastanın bireysel izlenimlerini sağlaması için hekim ve hemşirenin hastayı bilgilendirmesi ve motive etmesi gerekmektedir. Tedavi uyumunun olmaması hastalığın komplikasyonlarını arttırdığı gibi hastalığın süresini uzatmakta, yeniden hastaneye yatışları arttırmakta, sağlık harcamalarında da artışa sebep olmaktadır (138).

Aghabekyan ve ark. (139) PKG sonrası ilaç uyumu ve memnuniyetini araştırdıkları çalışmalarında; hastaların %31'inin uyumsuz olduğunu, %96'sının hemşirelerden, %92'sinin de hekimlerden memnun olduğunu belirtmektedirler. Araştırmada, uyumsuz olanların %19,2'si uyumsuzluğa sebep olarak maliyetin fazla olmasından kaynaklı olduğunu belirttiği, ayrıca genç yaşta olanların yaşlılara göre daha uyumsuz olduğu bildirilmiştir.

Zhu ve ark. (140) akut koroner sendrom geçiren ve PKG uygulanan hastalarla yapmış oldukları çalışmalarında; hastaların %92,8'inin klopidoğrel kullandığını ve bu hastaların tedaviye uyumunun %66 olduğunu belirlemişlerdir. İlgili çalışmada hastaların diyabet, astım gibi diğer kronik hastalığının olması, uzun süredir klopidoğrel kullanması ve daha önceden hastanede yatışının olması ilaç uyumunu olumsuz etkileyen nedenler olarak belirtilmektedir.

Hastaların tedaviye uyum sağlamaması; sağlık hizmetinin maliyetini, morbiditeyi, mortaliteyi negatif yönde etkilemekte ve tekrar hastaneye yatışlara sebep olmaktadır. Hastanın algısı da uyumu etkilemektedir. Durumun ciddiyetinin farkında olma, kendi

kendine yetebilirliğin yüksek olması uyumu olumlu yönde etkilerken, yaşam tarzı alışkanlıklarının olumsuz seyri, kişinin sağlıksız davranışlarının (sigara kullanma, sağlıksız beslenme vb.) kontrolü algısının düşük olması ise uyumu olumsuz olarak etkilemektedir. Hastaların tedavisine uyumunu desteklemek için iletişimin niteliği önem taşımaktadır. Hastalara basit dil kullanılarak bilgi verilmesi, pekiştirilmesi gerekmektedir. Hastanın anlayıp kavrayabilmesi için görsel anlatımdan da yararlanılabilmektedir (38).

Hastaların düzenli aralıklarla iletişim kurulması, desteklenmesi ve denetlenmesi özellikle kronik hastalığı olanlarda önem taşımaktadır. Hastalara hatırlatıcı faaliyetlerde bulunma, sosyal desteğin (aile, arkadaş, önemli yakınları vb.) teşvik edilmesi, hastaların ve önemli yakınlarının psikolojik yönden desteklenmesi önem taşımaktadır (141). Hastalara ilacı neden kullandığı, nasıl kullanması gerektiği, nasıl saklanması gerektiği, dozlarını doğru bir şekilde doğru zamanda alması gerektiği, hekim onayı olmadan bırakmaması gerektiği ve hastalıkla ilişkisinin ne olduğunun öğretilmesi gerekmektedir (48,141). Tüm bunları yaparken gereksiz bilgiden kaçınılması gerekmektedir. Başarılı bir ilaç uyumu için her hastaya uygun olan yöntem seçilmesi gerekmektedir (141).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Perkütan koroner girişim yapılan bireylerde eğitim sonrası telefonla izlemin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisinin incelenmesi amacıyla, ön test-son test kontrol gruplu deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma İstanbul'da bulunan; Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Eğitim Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Bu kurumda, 8 kardiyoloji uzman hekimi, kardiyoloji servisinde 8 hemşire ve 1 intörn hemşire, poliklinik kısmında ise 2 hemşire hizmet vermektedir. Bu birimlerin tümüne bakan toplam 3 tıbbi sekreter hizmet vermektedir. Hastalar PKG için kardiyoloji servisine yatırılmaktadır. Servise yatışı yapılan hastaların girişim öncesi hazırlıkları (kan tetkiki, açlık süresi, vital bulgular gibi) yapılırken, hasta uygulamalar hakkında bilgilendirilmektedir. İşlem sonrası ise ağrı, vital bulgular, elektrokardiyografisi yönünden yakın takip edilmektedir. Hastalar genelde girişim yapıldıktan bir gün sonra taburculuğu planlanmaktadır. Taburculuk eğitimi de bu nedenle hastanın taburcu olacağı gün hasta odasında verilmektedir. Taburculuğu yapılan hastaların bir kısmı ise kendi yaşam ortamından telefon ile izlem süreci devam edilmektedir. En son olarak bir ay sonrasında kan tetkikleri, vital bulguları ve anket formu tekrar değerlendirilmek üzere hastane laboratuvarına yönlendirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini 19 Ekim 2020- 11 Ekim 2021 tarihleri arasında, İstanbul Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine gelen ve kardiyoloji servisinde yatan KAH tanısı alan ve belirlenen kriterlere uyan hastalar oluşturmaktadır. 19 Ekim 2020- 11 Ekim 2021 tarihleri arasında, İstanbul Yeditepe Üniversitesi Kozyatağı Eğitim ve Araştırma Hastanesi kardiyoloji polikliniğine gelen ve kardiyoloji servisinde yatan KAH tanısı alan toplam hasta sayısı 228'dir.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmanın örneklemi 19 Ekim 2020- 11 Ekim 2021 tarihleri arasında kardiyoloji polikliniğine gelen ve kardiyoloji servisinde yatan hastalar arasından örneklem seçim kriterlerine uyan toplam 70 hasta oluşturmuştur. Araştırma başladıktan sonra 10 hasta, araştırmadan çekilmek istediğini belirttiği için örneklemden çıkarılmış olup 60 hasta ile çalışmaya devam edilmiştir.

Yapılan güç analizine göre minimum örnek büyüklüğü kontrol ve müdahale grupları için 26'şar hasta olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında I. tip hata (α) 0,05, II. tip hata (β) 0,95 ve buna göre etki büyüklüğü 0,8 olarak alınmıştır. Güç analizi hesaplamasında G-Power programı kullanılmıştır (G-Power ver. 3.1.2) (142).

Örneklem grubundan rastgele yapılan seçimde 60 hastanın; 30' u müdahale 30' u kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Deneysel desende yapılan çalışmada randomizasyonu sağlamak için kriterleri karşılayan bireylerin sırasıyla PKG amacıyla yatışı yapılan ilk birey deney grubuna ve ikinci gelen birey kontrol grubuna alınmıştır ve bu döngü çalışmanın sonuna kadar sürdürülerek randomizasyon sağlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme- Edilmeme Kriterleri

Örneklem grubunun seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alınmıştır.

3.4.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Bireyin araştırmaya katılmasına gönüllü olan ve gönüllü olur formunu imzalayan,
2. İşitsel, görsel, konuşma ve mental bir engeli olmayan,
3. Okur-yazar olan,
4. 18 yaş üstü olan,
5. PKG uygulanan bireyler
6. Kadın ve erkekler araştırmaya alınacaktır.

3.4.2.Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

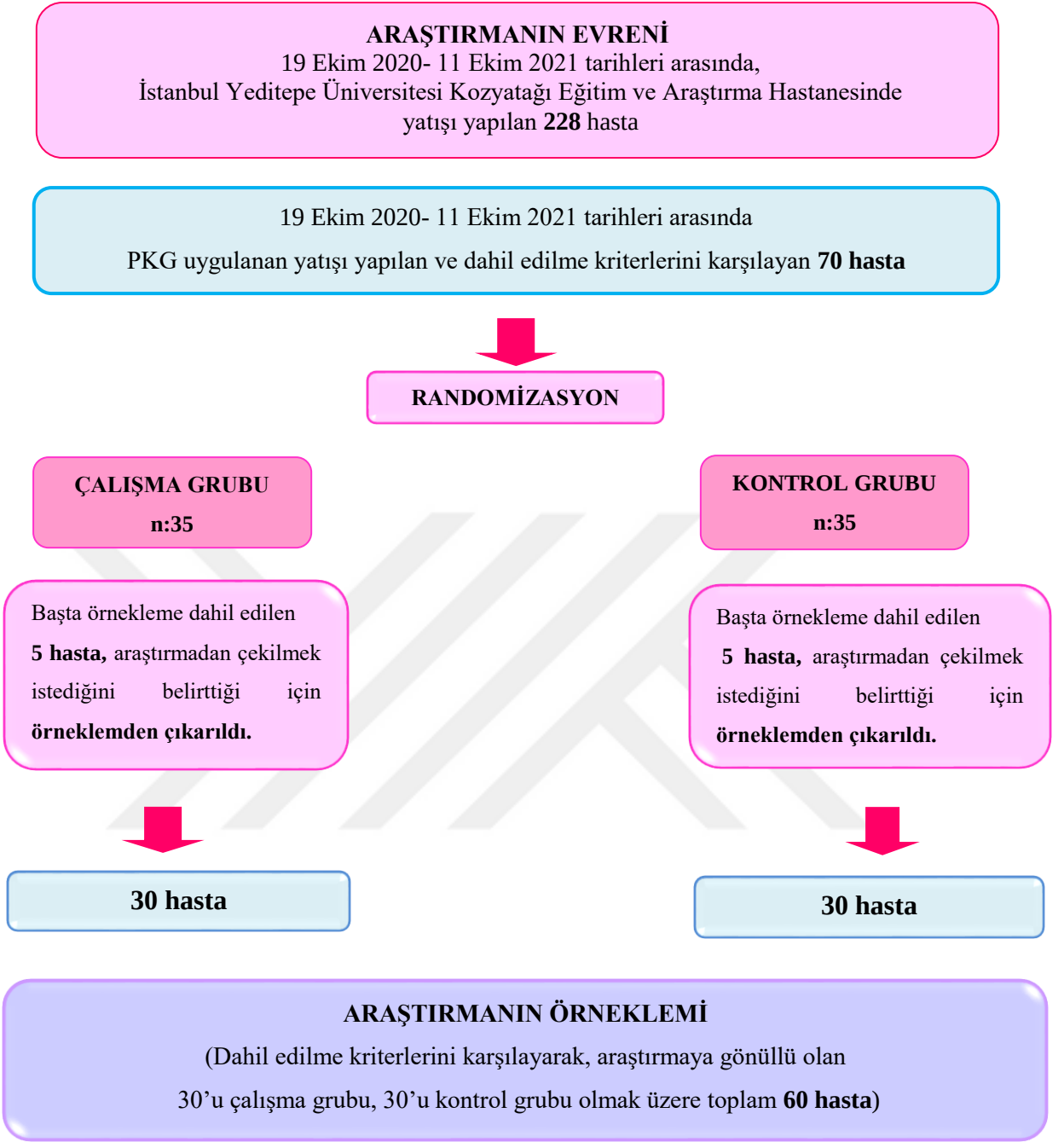
1. Daha önce perkütan koroner girişimler süreci hakkında kapsamlı sağlık eğitimi almış olan hastalar,
2. PKG yapılmayan hastalar,
3. Okur-yazar olmayanlar,
4. İşitsel, görsel, konuşma ve mental bir engeli olan bireyler,

5. 18 yaş altı olanlar dâhil edilmeyecektir.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, 19 Ekim 2020-11 Ekim 2021 tarihlerinde bir vakıf üniversitesi hastanesinde tedavi gören hastaların görüşleriyle sınırlıdır. Çalışmanın örnekleminin kısmen küçük ve sadece bir kuruma ait olması dikkate alındığında, sonuçlar genellenemez.

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında hastaneye PKG için yatan hasta sayısı 228'dir. KAH nedeni ile başvuran 228 hastadan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayamayan 158 (1 hastanın görme engelli olması, 5 hastanın okuryazar olmaması, 20 hastanın pre-op kan tetkiklerinin olmaması ve 132 hastanın gönüllü olmaması) hasta çalışma kapsamına alınmadı. Çalışmaya 19 Ekim 2020- 11 Ekim 2021 tarihleri arasında PKG uygulanan yatışı yapılan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 70 hasta alınmıştır. Çalışma başlangıcında çalışmaya katılmayı kabul eden 10 hasta, araştırmadan çekilmek istediğini belirttiği için örneklemden çıkarıldı. Bu nedenle çalışma 60 hasta ile tamamlandı. Çalışmanın veri toplama aşaması COVID 19 pandemi döneminin başlangıcına denk gelmesi ve hastanelerin COVID 19 açısından riskli olması nedeniyle bazı hastalar planlanan tarihten bir ay sonra (2 ay sonra) kontrole gelmiştir.



Şekil 1. Evren ve Örneklem Şeması

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada kullanılan Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyi ve Modifiye Morisky Tedavi Uyum Düzeyi çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri ve sağlıklarına ilişkin özellikler çalışmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.7. Araştırmada Kullanılan Materyaller

Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylere Yönelik Eğitim Rehberi: Rehber, kalp hastalıklarının tedavisinde önemli yere sahip olan eğitim bölümü, kalp krizi sonrası ihtiyaç duyulan güncel ve kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Hazırlama aşamasında alanında uzman olan hekim ve hemşire görüş ve önerilerine yer verilmiştir.

Rehberin içeriğinde KAH'nın tanımı, risk faktörleri, tedavi yöntemleri, KAH'larına yönelik yapılan girişimsel işlemler ve komplikasyonları kısaca açıklanmaktadır. Ayrıca; "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli"ne dayalı alt başlıklar halinde hemşirelik bakımına dair bilgiler yer almaktadır (Ek-6).

3.8. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket Formu: Hazırlanan anket formunda, sosyo demografik özellikleri içeren on soru (adı soyadı, iletişim bilgileri, cinsiyet, yaş, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence durumu, gelirin gideri karşılama durumu, alkol ve sigara kullanma durumu, alkol ve sigara kullanım sıklığı) ve hastalığa özgü özellikleri içeren 19 soru (kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, genel sağlığını algılama durumu, daha önce perkütan koroner girişim hakkında eğitim alma durumu, geçmiş de koroner hastalık nedeni ile hastaneye yatma ve uygulama durumu, hangi uygulamalar yapıldığı, diyet ve egzersiz alışkanlığı, hastalık ile ilgili endişesi, yaşam kısıtlılığı, gelecek planları, bilgi alma isteği, kontrol zamanı) olmak üzere, toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Anket formu,

yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış ve verilen yanıtlar kayıt altına alınmıştır (Ek-7).

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları (177) tarafından 1970 de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından (178) 1985'te Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği 20'şer sorudan oluşan Likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. "Hiç" ile "Tamamıyla" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği Öner tarafından 1977 yılında yapılmıştır. Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeğinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı ölçeğindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39'uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı ölçeği için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk kaygı ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Ölçeğin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan sürekli kaygı ölçeği, kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır (Ek-7).

Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği: 1980'lerin ortalarında Morisky ve arkadaşları (179) tarafından antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığını değerlendirmede 4 soruluk bir anket geliştirilmiş olup, bu anketle ilgili pek çok geçerlilik çalışmaları yapılmış, iyi psikometrik özellikleri olduğu gösterilmiştir. Bağımsız araştırmacılar tarafından diğer kronik hastalıklar için de uygulanan bu ankette, daha sonrasında bazı eksiklikler saptanmış ve 2 yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği geliştirilmiştir. Üç araştırmacı tarafından ayrı ayrı Türkçeye çevrilen orijinal Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin ikinci sorusunun Türkçe çevirisinin net olarak anlaşılamadığı saptanmış ve negatif olan soru pozitifçe çevrilmiştir. Üzerinde uzlaşılan

Türkçe metin, bağımsız profesyonel bir çevirmen tarafından İngilizceye tekrar çevrilmiş ve oluşan İngilizce metin ile orijinal metin arasında fark olmadığına karar verilmiştir. Sonuçta; 6 sorudan oluşan Türkçe Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği'nin son hali ortaya çıkmıştır.

Altı sorudan oluşan, kısa, kolay uygulanabilir, ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeylerini ayrı ayrı değerlendirebilen güvenilir bir testtir.⁸ Modifiye Morisky Ölçeği ile tedavinin yararına inanma durumu, ilaçları zamanında alma alışkanlığı ile ilaç almayı unutma ya da bırakma durumu sorgulanmaktadır. 6 sorudan oluşmaktadır. "Evet" ya da "Hayır" olarak verilen yanıtların değerlendirmesinde; 2. ve 5. sorularda evet cevabı 1 puan, hayır cevabı 0 puan; diğer sorularda ise evet cevabı 0 puan, hayır cevabı 1 puan olarak hesaplanmıştır. 1., 2. ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan, 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, 1 puanın üzerindeki değerler ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3., 4. ve 5. sorulardan alınan toplam puan, 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, 1 puanın üzerindeki değerler ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (143) (Ek-7).

3.9. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veri toplamasında randomizasyon sağlanarak deney ve kontrol grubu oluşturulmuş olup, hasta bireye araştırma konusu ve amacı hakkında yazılı ve sözlü bilgilendirme yapıldıktan sonra yapılan çalışmanın bilimsel bir çalışma olduğunu ve gönüllü katılımcıların kimliklerinin açıklanmayacağını ifade eden “Bilgilendirmiş Gönüllü Olur Formu” (Ek-5) ile “Özel Nitelikli Kişisel Verilere İlişkin Veri Sahibi Açık Rıza Beyan Formu” (Ek-4) yazılı olarak imzaları alınmıştır. Yazılı onam sonrasında ‘Bilgi Formu’ araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Deney ve kontrol grubundaki bireylere pre-op dönemdeki kan basıncı, nabız gibi vital bulguları ile tam kan sayımı, kan yağ oranları gibi yapılan kan tetkikleri hasta dosyasından alınarak, yazılı kayıt altına alınmıştır. “Durumluk-Sürekli Kaygı ve Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği” uygulanmıştır. Veriler toplandıktan sonra “Taburculuk Eğitim Rehberi” ile eğitim verilmiştir. Deney grubu eğitim sonrasında bir ay süresince haftada bir toplamda 4 kez olacak şekilde 30 dakikalık telefon izlemi yapılarak bireyin taburculuk sonrası yaşam tarzı değişiklikleri ve tedavisine uyum süreci yönünde danışmanlık verilmiş olup, bir ayın sonunda tekrar hastaneye kontrole

çağırılmıştır. Kontrol grubu ise Taburculuk Eğitimi sonrası telefon ile izlenmemiş, bir ay sonra hastaneye kontrole çağırılmıştır. Bir ayın sonunda kontrole gelen deney ve kontrol grubunun vital bulgu ve kan tetkik kontrolü yapılmış, Durumluk-Sürekli Kaygı ve Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

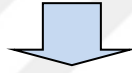
3.9.1. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın ilk bölümünde, her iki gruptaki hastalara anket formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulan formlar, yaklaşık 15-20 dakikalık bir süre içerisinde doldurulmuştur. Kontrol grubuna rutin tedavi ve bakım dışında herhangi bir girişim yapılmamıştır. Müdahale grubundaki hastalara, taburculuk sonrası ilk görüşmeden sonra haftada bir kere olmak üzere, toplamda dört kez telefon ile 30 dakika görüşme sağlayarak bir ay boyunca telefonla takip edilmiştir. Telefonla görüşme içeriği olarak da PKG Yapılan Bireylere Yönelik Eğitim Rehberi (Ek-6) esas alınmıştır. Görüşmeler sırasında; hastaların PKG sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline dayalı eksikliklere yönelik olarak eğitime devam edilmiştir. Bir ay izlemin sonunda ise, her iki gruba Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ve Modifiye Morisky Tedavi Uyum Ölçeği tekrar uygulanmıştır.

KONTROL GRUBU (N:30)

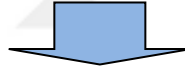
POST-OP TABURCULUK DÖNEMİ

- Vital bulgularına bakılması (2 dk.)
- Hasta dosyasındaki son 3 ay içindeki pre-op kan örnekleri (tam kan sayımı, Na, K, BUN, Kreatin, Kolesterol, HDL, LDL)
- Kişisel bilgi formu doldurulması (1 dk.)
- Anksiyete ve tedavi uyum ölçeği uygulanması (2 dk.)
- Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylere Yönelik Taburculuk Eğitim Rehberi ile eğitim verilmesi (15 dk.)



TABURCULUK SONRASI

1 AY SONRA KONTROLE ÇAĞRILMIŞTIR



TABURCULUK SONRASI

(Taburculuktan 1 ay sonra)

- Vital bulgularına bakılması (2 dk.)
- Anksiyete ve tedavi uyum ölçeği uygulanması (2dk.)
- Kan örnekleri (tam kan sayımı, Na, K, BUN, Kreatin, Kolesterol, HDL, LDL) alımı (10 dk)

Şekil 2. Kontrol Grubu Uygulama Şeması

DENEY GRUBU (N:30)

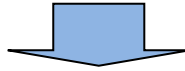
POST-OP TABURCULUK DÖNEMİ

- Vital bulgularına bakılması (2 dk.)
- Hasta dosyasındaki son 3 ay içindeki pre-op kan örnekleri (Tam kan sayımı, Na, K, BUN, Kreatin, Kolesterol, HDL, LDL)
- Kişisel bilgi formu doldurulması (1 dk.)
- Anksiyete ve tedavi uyum ölçeği uygulanması (2 dk.)
- Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylere Yönelik Taburculuk Eğitim Rehberi ile eğitim verilmesi (15dk)



TABURCULUK SONRASI TELEFONLA İZLEM

İlk görüşmeden sonra haftada bir kere olmak üzere, toplamda dört kez telefon ile 30 dakika görüşme sağlayarak bir ay boyunca telefonla takip edilmiştir. Telefonla görüşme içeriği olarak da Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylere Yönelik Eğitim Rehberi (EK-6) esas alınmıştır. Görüşmeler sırasında; hastaların perkütan koroner girişim sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline dayalı eksikliklere yönelik olarak eğitime devam edilmiştir.



TABURCULUK SONRASI

(Taburculuktan 1 ay sonra)

- Vital bulgularına bakılması (2 dk.)
- Anksiyete ve tedavi uyum ölçeği uygulanması (2 dk.)
- Kan örnekleri (tam kan sayımı, Na, K, BUN, Kreatin, Kolesterol, HDL, LDL) alımı (10 dk.)

Şekil 3. Deney Grubu Uygulama Şeması

3.10. Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın analizleri SPSS programı kullanılarak yapıldı. Analize geçilmeden önce normallik ve güvenilirlik (Cronbach's Alpha) analizleri yapılmış ve verilerin normal dağılmadığı saptandı. Tanımlayıcı özellikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak gösterildi. Ölçeklerde minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma puanları gösterildi. Tanımlayıcı özellikler Ki-Kare testi (Fisher's Exact) ile analiz edildi. İkili grupların nicel verileri Mann-Whitney U testi ile ikiden fazla gruplar Kruskal-Wallis testi ile analiz edildi. Ölçekler arasındaki ilişki için Spearman Korelasyon analizi yapıldı. Tüm analizlerde $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Güvenilirlik (Cronbach's Alpha) Kat Sayıları:

Durumluk-Sürekli Kaygı (İşlem Öncesi): 0,901

Durumluk-Sürekli Kaygı (İşlem Sonrası): 0,844

Modifiye Morisky (İşlem Öncesi): 0,724

Modifiye Morisky (İşlem Sonrası): 0,674

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

- Araştırmaya katılan bireylerin gönüllü katılımları esas kabul edilip, onam formu açıklanarak izinleri alınmış ve istedikleri durumda neden belirtmeksizin araştırmadan çekilebilecekleri açıklanmıştır.
- Ölçek kullanımı için yazardan yazılı izin alınmıştır (Ek-2)
- Araştırmanın yapıldığı Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin alınmıştır (Ek-3).
- Araştırmanın planlanması ve uygulanmasında bilimsel etik ilkelerle birlikte evrensel etik ilkeler dikkate alınmıştır. Araştırma için, Yeditepe Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulundan 19/08/2020 tarihinde onay alınmıştır (Karar No: 1275) (Ek-1).

4. BULGULAR

PKG yapılan bireylerde eğitim sonrası telefonla izlemin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisini araştıran çalışmamızdan elde edilen verilerin analiz sonuçlarına ait bulgular aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımları ve Karşılaştırılması (N=60)

Değişkenler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri	p
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%		
Erkek	23	76,7	25	83,3	48	80	0,417*	0,374
Kadın	7	23,3	5	16,7	12	12		
Yaş ortalaması	30	60,3±10,18	30	64,27±11,42	60	62,28±10,91	344**	0,117
Medeni durum								
Evli	24	80	22	73,3	46	76,7	0,373*	0,381
Bekar	6	20	8	26,7	14	23,3		
Eğitim durumu								
Okur-Yazar	3	10	1	3,3	4	6,7		
İlköğretim	7	23,3	4	13,3	11	18,3	3,758*	0,289
Lise	9	30	7	23,3	16	26,7		
Üniversite ve Üzeri	11	36,7	18	60	29	48,3		
Çalışma durumu								
Çalışmıyor	6	20	6	20	12	20		
Çalışıyor	10	33,3	8	26,7	18	30	0,356*	0,837
Emekli	14	46,7	16	53,3	30	50		
Sosyal güvence durumu								
Yok	2	6,7	2	6,7	4	6,7	0,500*	0,694
Var	28	93,3	28	93,3	56	93,3		
Gelir durumu								
Gelir ve Gider Eşit	21 ^a	70	6 ^b	20	27	45		
Gelir Giderden Az	4	13,3	9	30	13	21,7	15,256*	<0,001
Gelir Giderden Fazla	5 ^a	16,7	15 ^b	50	20	33,3		

*Ki-Kare Testi (Fisher's Exact), **Mann-Whitney U testi

Hastaların %80'inin erkek, %50'sinin 37-62 yaş arası, %50'sinin 63 yaş ve üzerinde olduğu, %76,7'sinin evli olduğu, %48'inin üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %50'sinin emekli olduğu, %93,3'ünün sosyal güvencesinin bulunduğu ve %45'inin gelir giderinin eşit olduğu saptandı. Yapılan karşılaştırmalarda gelir durumu değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farklılıkların; geliri giderine eşit olanlar ve geliri giderinden fazla olanlar arasında olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Deney ve Kontrol Grubunun Alışkanlıklarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları (N=60)

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri*	P
Sigara kullanma durumu	n	%	n	%	n	%		
İçmiyor	22	73,3	24	80	46	76,7	0,373	0,381
İçiyor	8	26,7	6	20	14	23,3		
Alkol kullanma durumu	n	%	n	%	n	%		
Kullanmıyor	22	73,3	15	50	37	61,7	3,455	0,55
Kullanıyor	8	26,7	15	50	23	38,3		
Diyet yapma durumu	n	%	n	%	n	%		
Hayır	22 ^a	73,3	12 ^b	40	34	56,7	6,787	0,009
Evet	8 ^a	26,7	18 ^b	60	26	43,3		
Egzersiz yapma durumu	n	%	n	%	n	%		
Hayır	16	53,3	9	30	25	41,7	3,360	0,058
Evet	14	46,7	21	70	35	58,3		

*Ki-Kare Testi (Fisher's Exact)

Hastaların %76,7'sinin sigara içmediği, %61,7'sinin alkol kullanmadığı, %56,7'sinin diyet yapmadığı ve %58,3'ünün egzersiz yaptığı saptandı. Yapılan karşılaştırmalarda diyet değişkeninde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Anlamlı farkların gruplar arasında hem evet hem de hayır seçeneklerinde olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Deney ve Kontrol Grubunun Sağlıkları ile İlgili Değişkenlerinin Dağılımları (N=60)

Değişkenler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri*	P
	n	%	n	%	n	%		
Kronik hastalık								
Yok	6	20	4	13,3	10	16,7	0,48	0,365
Var	24	80	26	86,7	50	83,3		
İlaç kullanım düzeni								
Hayır	4	13,3	1	3,3	5	8,3	1,964	0,177
Evet	26	86,7	29	96,7	55	91,7		
KAH nedeniyle yatış								
Hayır	11	36,7	11	36,7	22	36,7	0,500	0,605
Evet	19	63,3	19	63,3	38	63,3		
KAH nedeniyle işlem uygulanması								
Hayır	8	26,7	9	30	17	28,3	0,082	0,774
Evet	22	73,3	21	70	43	71,7		
Uygulanan işlem								
Stent	4	18,2	5	23,8	9	20,9	4,17	0,76
Stent, Anjiyo	9	40,7	9	42,8	18	41,8		
Stent, Anjiyo, PTCA	1	4,6	1	4,8	2	4,7		
Stent, Anjiyo, By-pass	1	4,6	0	0	1	2,3		
Anjiyo	5	22,7	5	23,8	10	23,3		
Anjiyo, By-pass	2	9,2	0	0	2	4,7		
By-pass	0	0	1	4,8	1	2,3		
Daha önce PKG eğitimi alma durumu								
Hayır	23	76,7	23	76,7	46	76,7	0,500	0,619
Evet	7	23,3	7	23,3	14	23,3		
Eğitim veren								
Hemşire	6	75	3	50	9	64,3	0,933	0,343
Hekim	2	25	3	50	5	35,7		

*Ki-Kare Testi (Fisher's Exact)

Hastaların %83,3'ünün kronik bir hastalığının bulunduğu, %91,7'sinin ilaçlarını düzenli kullandığı, %63,3'ünün KAH nedeniyle daha önce hastanede yattığı, %71,7'sine KAH nedeniyle daha önce işlem uygulandığı, %41,8'ine stent takıldığı ve anjiyo yapıldığı, %76,7'inin PKG eğitimi almadığı ve eğitim alanların ise %64,3'ünün bu eğitimi hemşireden aldığı saptandı. Yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Deney ve Kontrol Grubunun Sağlık Algılarının Dağılımları ve Karşılaştırmaları (N=60)

Değişkenler	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test Değeri*	P
Şu an ki sağlık durumunu Algılama	n	%	n	%	n	%		
Kötü	0	0	1	3,3	1	1,7		
İyi	27	90	19	63,3	46	76,7	6,161	0,046
Çok İyi	3	10	10	33,3	13	21,7		
Durumunu Ciddi Bulma								
Hayır	9	30	11	36,7	20	33,3	0,300	0,392
Evet	21	70	19	63,3	40	66,7		
Endişe								
Hayır	14	46,7	17	56,7	31	51,7	0,601	0,303
Evet	16	53,3	13	43,3	29	48,3		
Yaşam Kısıtlılığı								
Hayır	15	50	15	50	30	50	0,500	0,602
Evet	15	50	15	50	30	50		
Gelecek Planı								
Hayır	19	63,3	21	70	40	66,7	0,300	0,392
Evet	11	36,7	9	30	20	33,3		
Evde Destek Alımı								
Hayır	1	3,3	3	10	4	6,7	1,071	0,306
Evet	29	96,7	27	90	56	93,3		
Bilgi Alımı (işlem hakkında)								
Hayır	7	23,3	8	26,7	15	25	0,089	0,766
Evet	23	76,7	22	73,3	45	75		
Kontrol Zamanını Bilme Durumu								
Bilmiyorum	9	30	11	36,7	20	33,3	0,300	0,392
0-3 ay sonra	21	70	19	63,3	40	66,7		

*Ki-Kare Testi (Fisher's Exact)

Hastaların %76,7'sinin sağlıklarını iyi algıladıkları, %66,7'sinin durumlarını ciddi buldukları, %51,7'sinin endişe duymadıkları, %50'sinin yaşam kısıtlılığı duydukları, %66,7'sinin gelecek planlarının olmadığı, %93,3'ünün evde destek aldıkları, %75'inin anjiyo hakkında bilgi aldığı ve %66,7'sinin kontrol zamanını bildiği saptandı. Yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Deney ve Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Tansiyon ve Kan Değerlerinin Karşılaştırılması (N=60)

			Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test Değeri*	P
	n		Ort.+SS	Ort.+SS		
Sistolik Tansiyon	30	Eğitim Öncesi	120,3±9,9	120±13,4	432	0,782
	30	Eğitim sonrası	119,3±10,8	118,6±11,6	444	0,924
Diastolik Tansiyon	30	Eğitim Öncesi	72±7,6	72±8,1	431,5	0,776
	30	Eğitim sonrası	72±5,5	70,6±6,4	403	0,416
Bun	30	Eğitim Öncesi	17,1±4,45	19,6±10,3	408,5	0,858
	30	Eğitim sonrası	23,7±12,2	25,1±13,6	398,5	0,732
Kreatin	30	Eğitim Öncesi	0,9±0,13	2,6±8,4	394,5	0,691
	30	Eğitim sonrası	0,9±0,13	1,1±1,1	414,5	0,926
Sodyum	30	Eğitim Öncesi	139,5±2,26	139,03±2,7	317	0,300
	30	Eğitim sonrası	141±2,6	140±3,1	341,5	0,408
Potasyum	30	Eğitim Öncesi	4,1±0,53	4,2±0,4	331	0,428
	30	Eğitim sonrası	4,41±0,4	4,36±0,38	347,5	0,470
Kolesterol	30	Eğitim Öncesi	186,7±55,9	180,9±46,04	310	0,792
	30	Eğitim sonrası	161,3±48,3	160,6±37,9	356,5	0,890
HDL	30	Eğitim Öncesi	42,4±7,8	45,4±11,4	292	0,301
	30	Eğitim sonrası	44,8±8,5	44,6±11,2	362	0,965
LDL	30	Eğitim Öncesi	110±48,5	110,12±44,6	375,5	0,966
	30	Eğitim sonrası	90,9±44,4	82,3±30,5	319,5	0,762
Hemoglobin	30	Eğitim Öncesi	14,1±1,9	14,02±1,7	399	0,738
	30	Eğitim sonrası	14,1±1,52	14,1±1,9	431,5	0,958
Hematokrit	30	Eğitim Öncesi	40,8±5,3	40,7±4,8	407	0,834
	30	Eğitim sonrası	42,4±4,1	41,49±5,3	388	0,476
Trombosit	30	Eğitim Öncesi	229,2±71,6	231,03±60,8	395,5	0,697
	30	Eğitim sonrası	218,3±49,2	219,1±45,7	427	0,903

*Mann-Whitney U testi

Deney ve kontrol gruplarının işlem öncesi ve sonrası tansiyon ve kan değerlerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Tablodan da görüleceği üzere ortalamalar birbirine paralel şekilde bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubunun Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=60)

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		
		n	Ort.+SS	Ort.+SS	Test Değeri*	p
Durumluk Kaygı	Eğitim Öncesi	30	35,7±9,6	30,9±5,91	321,5	0,057
	Eğitim sonrası	30	29,3±6,1	28,4±5,04	418,5	0,639
Sürekli Kaygı	Eğitim Öncesi	30	37,36±11,01	36,6±7,33	442,5	0,912
	Eğitim sonrası	30	33,7±8,2	35,73±6,9	363	0,197

*Mann-Whitney U testi

Deney ve kontrol gruplarının Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Her iki grupta da ortalama puanların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Durumluk-Sürekli kaygı puanının 20 ile 80 arasında olduğu bilinmektedir. Puan ortalamalarına bakıldığında; durumluk ve sürekli kaygı puanlarının düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubunun Tanımlayıcı Özellikleri ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=60)

			Eğitim Öncesi	Eğitim Sonrası
	Cinsiyet	n	Ort.+SS	Ort.+SS
Durumluk Kaygı	Erkek	48	33,8±8,4	29,1±5,84
	Kadın	12	31,66±7,83	28±4,34
	Test Değeri		245,5	274
	p*		0,432	0,794
Sürekli Kaygı	Erkek	48	36,7±9,07	34,3±7,07
	Kadın	12	38,08±10,43	36,41±9,5
	Test Değeri		257,5	244
	p*		0,572	0,415
Medeni Durum				
Durumluk Kaygı	Evli	46	34,34±8,36	29,4±5,61
	Bekar	14	30,14±7,27	27,71±5,42
	Test Değeri		218	271,5
	p*		0,069	0,374
Sürekli Kaygı	Evli	46	37,15±9,54	34,97±7,43
	Bekar	14	36,42±8,68	33,85±8,28
	Test Değeri		321	295,5
	p*		0,986	0,643
Eğitim Durumu				
Durumluk Kaygı	Okur-Yazar	4	29,25±6,13	27,75±4,65
	İlköğretim	11	34,54±8,15	29,1±6,61
	Lise	16	31,62±8,94	28,62±5,4
	Üniversite ve Üzeri	29	34,44±8,2	29,1±5,6
	Test Değeri		2,924	0,191
	p**		0,403	0,979
Sürekli Kaygı	Okur-Yazar	4	38,25±15,28	35,75±11,8
	İlköğretim	11	35,45±10,61	32,81±9,58
	Lise	16	34,37±7,07	33,56±6,96
	Üniversite ve Üzeri	29	38,82±9,01	35,93±6,61
	Test Değeri		3,057	2,758
	p		0,383	0,431
Çalışma Durumu				
Durumluk Kaygı	Çalışmıyor	12	30,75±7,21	27,91±4,87
	Çalışıyor	18	34,05±8,12	30,33±5,54
	Emekli	30	34±8,76	28,4±5,82
	Test Değeri		1,544	2,095
	p**		0,462	0,351
Sürekli Kaygı	Çalışmıyor	12	36,83±11,04	35,58±9,8
	Çalışıyor	18	36,38±8,06	34,05±6,96
	Emekli	30	37,4±9,52	34,76±7,17
	Test Değeri		0,097	0,134
	p**		0,953	0,935
Gelir Durumu				
Durumluk Kaygı	Gelir ve Gider Eşit	27	37,11±8,4	29,74±6,18
	Gelir Giderden Az	13	31,7±8,67	27,23±4,45
	Gelir Giderden Fazla	20	29,4±5,41	28,8±5,31
	Test Değeri		10,406	1,574
	p**		0,006	0,455
Sürekli Kaygı	Gelir ve Gider Eşit	27	37,77±10,33	35,11±8,46
	Gelir Giderden Az	13	39,46±10,7	35,38±8,1
	Gelir Giderden Fazla	20	34,36,07	33,75±6,12
	Test Değeri		2,276	0,419
	p**		0,32	0,811

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis test.

Cinsiyet değişkeni ile Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeğinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Medeni durum değişkeni ile Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeğinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Eğitim durumu değişkeni ile Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeğinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma durumu değişkeni ile Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeğinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Gelir durumu değişkeni ile Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeğinin karşılaştırılmasında geliri giderinden fazla olan hastaların eğitim öncesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde geliri giderine eşit olan hastaların puan ortalamasının diğer gelir durumuna sahip hastaların ortalama puanlarında yüksek ve anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubunun Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımlarının Karşılaştırmaları(N=60)

	Morisky Ölçeği	Motivasyon Düzeyi		Test değeri p	Bilgi Düzeyi		Test değeri p
		Düşük ≤ 1	Yüksek > 1		Düşük ≤ 1	Yüksek > 1	
		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Deney Grubu	Eğitim Öncesi	22 (73)	8 (27)	0,089	23 (77)	7 (23)	1,017
	Eğitim sonrası	29 (97)	1 (3)	0,500	30 (100)	0	0,500
Kontrol Grubu	Eğitim Öncesi	23 (77)	7 (23)	1,017	25 (83)	5 (17)	0,417
	Eğitim sonrası	30 (100)	0	0,500	29 (97)	1 (3)	0,374

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Deney ve kontrol grubunun Morisky Tedavi Uyum ölçeği alt boyutlarının puan dağılımlarının karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Deney grubu hastalarının eğitim öncesi motivasyon düzeyi %73 oranında düşük, eğitim sonrası ise %97 oranında düşük olduğu ($p=0,500$); eğitim öncesi bilgi düzeylerinin %77 oranında düşük, eğitim sonrası ise %100'ünün düşük olduğu görüldü ($p=0,500$). Kontrol grubu hastalarının eğitim öncesi motivasyon düzeyi %77 oranında düşük, eğitim sonrası ise %100 oranında düşük olduğu ($p=0,500$); eğitim öncesi bilgi düzeylerinin %83 oranında düşük, eğitim sonrası ise %97'sinin düşük olduğu görüldü ($p=0,374$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması (N=60)

		Eğitim Öncesi					Eğitim Sonrası				
		Düşük ≤1		Yüksek >1		p*	Düşük ≤1		Yüksek >1		p*
	Cinsiyet	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	Erkek	17	77,3	6	75	0,623	22	75,9	1	100	0,767
	Kadın	5	22,7	2	25		7	24,1	0	0	
Kontrol Grubu	Erkek	19	82,6	6	85,7	0,671	25	83	0	0	0,500
	Kadın	4	17,4	1	14,3		5	17	0	0	
	Medeni Durum	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	Evli	18	81,8	6	75	0,520	23	79,3	1	100	0,800
	Bekar	4	18,2	2	25		6	20,7	0	0	
Kontrol Grubu	Evli	16	69,6	6	85,7	0,377	22	73,3	22	73,3	0,767
	Bekar	7	30,4	1	14,3		8	26,7	8	26,7	
	Eğitim Durumu	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	Okur-Yazar	2	9,1	1	12,5	0,744	3	10,3	0	0	0,491
	İlköğretim	6	27,3	1	12,5		7	24,1	0	0	
	Lise	7	31,8	2	25		8	27,6	1	100	
	Üniversite ve Üzeri	7	31,8	4	50		11	37,9	0	0	
Kontrol Grubu	Okur-Yazar	1	4,3	0	0	0,238	1	3	0	0	0,500
	İlköğretim	2	8,7	2	28,6		4	13	0	0	
	Lise	7	30,4	0	0		7	23	0	0	
	Üniversite ve Üzeri	13	56,5	5	71,40		18	60	0	0	
	Çalışma Durumu	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	Çalışmıyor	5	22,7	1	12,5	0,571	6	20,7	0	0	0,355
	Çalışıyor	8	36,4	2	25		9	31	1	100	
	Emekli	9	40,9	5	62,5		14	48,3	0	0	
Kontrol Grubu	Çalışmıyor	5	21,7	1	14,3	0,911	6	20	0	0	0,500
	Çalışıyor	6	26,1	2	28,6		8	27	0	0	
	Emekli	12	52,2	4	57,1		16	53	0	0	
	Gelir Durumu	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	Gelir ve Gider Eşit	15	68,2	6	75	0,924	20	69	1	100	0,801
	Gelir Giderden Az	3	13,6	1	12,5		4	13,8	0	0	
	Gelir Giderden Fazla	4	18,2	1	12,5		5	17,2	0	0	
Kontrol Grubu	Gelir ve Gider Eşit	5	27,7	4	33,4	0,130	6	20	0	0	0,500
	Gelir Giderden Az	7	38,8	5	41,6		9	30	0	0	
	Gelir Giderden Fazla	6	33,5	3	25		15	50	0	0	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Motivasyon alt boyutunun tanımlayıcı özellikler ile karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Boyutunun Tanımlayıcı Özellikler ile Karşılaştırılması (N=60)

		Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası					
		Düşük ≤ 1		Yüksek > 1		Düşük ≤ 1		Yüksek > 1			
		n	%	n	%	p	n	%	n	%	P
Deney Grubu	Cinsiyet										
	Erkek	20	87	3	42,9	0,330	23	77	0	0	0,500
	Kadın	3	13	4	57,1		7	23	0	0	
Kontrol Grubu	Erkek	20	80	5	100	0,373	24	82,8	1	100	0,800
	Kadın	5	20	0	0		5	17,2	0	0	
Deney Grubu	Medeni Durum										
	Evli	19	82,6	5	71,4	0,433	24	80	0	0	0,500
	Bekar	4	17,4	2	28,6		6	20	0	0	
Kontrol Grubu	Evli	17	68	5	100	0,185	21	72,4	1	100	0,730
	Bekar	8	32	0	0		8	27,6	0	0	
Deney Grubu	Eğitim Durumu										
	Okur-Yazar	1	4,3	2	28,6	0,064	3	10	0	0	0,500
	İlköğretim	6	26,1	1	14,3		7	23	0	0	
	Lise	9	39,1	0	0		9	30	0	0	
	Üniversite ve Üzeri	7	30,4	4	57,1		11	37	0	0	
Kontrol Grubu	Okur-Yazar	1	4	0	0	0,261	1	3,4	0	0	0,880
	İlköğretim	4	16	0	0		4		0	0	
	Lise	7	28	0	0		7	24,1	0	0	
	Üniversite ve Üzeri	13	52	5	100		17	58,6	1	100	
Deney Grubu	Çalışma Durumu										
	Çalışmıyor	3	13	3	42,9	0,182	6	20	0	0	0,500
	Çalışıyor	9	39,1	1	14,3		10	33	0	0	
	Emekli	11	47,8	3	42,9		14	47	0	0	
Kontrol Grubu	Çalışmıyor	6	24	0	0	0,072	6	20,7	0	0	0,640
	Çalışıyor	8	32	0	0		8	27,6	0	0	
	Emekli	11	44	0	0		15	51,7	1	100	
Deney Grubu	Gelir Durumu										
	Gelir ve Gider Eşit	16	69,6	5	71,4	0,980	21	70	0	0	0,500
	Gelir Giderden Az	3	13	1	14,3		4	13,3	0	0	
	Gelir Giderden Fazla	4	17,4	1	14,3		5	16,7	0	0	
Kontrol Grubu	Gelir ve Gider Eşit	5	20	1	20	0,852	6	20,7	0	0	0,600
	Gelir Giderden Az	8	32	1	20		9	31	0	0	
	Gelir Giderden Fazla	12	48	3	60		14	48,3	1	100	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Bilgi Düzeyi alt boyutunun tanımlayıcı özellikler ile karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarının Karşılaştırılması (N=60)

Eğitim Öncesi						Eğitim Sonrası					
		Düşük ≤1		Yüksek >1		Test değeri p*	Düşük ≤1		Yüksek >1		Test değeri p*
	Sigara Kullanım Durumu	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	İçmiyor	16	72,7	6	75	0,015	21	72,4	1	100	0,376
	İçiyor	6	27,3	2	25		8	27,6	0	0	
Kontrol Grubu	İçmiyor	18	78,3	6	85,7	0,900	24	80	0	0	0,539
	İçiyor	5	21,7	1	14,3		6	20	0	0	
	Alkol Kullanım Durumu										
Deney Grubu	Kullanmıyor	17	77,3	5	62,5	0,655	22	75,9	0	0	1,677
	Kullanıyor	5	22,7	3	37,5		7	24,1	1	100	
Kontrol Grubu	Kullanmıyor	13	56,5	2	28,6	0,418	15	50	0	0	0,195
	Kullanıyor	10	43,5	5	71,4		15	50	0	0	
	Diyet Yapma Durumu										
Deney Grubu	Yapmıyor	15	68,2	7	87,5	1,120	21	72,4	1	100	0,497
	Yapıyor	7	31,8	1	12,5		8	27,6	0	0	
Kontrol Grubu	Yapmıyor	10	43,5	2	28,6	0,290	12	40	0	0	0,481
	Yapıyor	13	56,5	5	71,4		18	60	0	0	
	Egzersiz Yapma Durumu										
Deney Grubu	Yapmıyor	11	50	5	62,5	0,368	15	51,7	1	100	1,074
	Yapıyor	11	50	3	37,5		14	48,3	0	0	
Kontrol Grubu	Yapmıyor	8	34,8	1	14,3	0,543	9	30	0	0	0,300
	Yapıyor	15	65,2	6	85,7		21	70	0	0	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Motivasyon alt ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının alışkanlıklarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Alışkanlıkların dağılımlarının her iki grupta da benzer oranlara sahip olduğu görüldü (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarının Karşılaştırılması (N=60)

		Eğitim Öncesi					Eğitim Sonrası				
		Düşük ≤1		Yüksek >1		Test değeri p*	Düşük ≤1		Yüksek >1		Test değeri p*
	Sigara Kullanım Durumu	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	İçmiyor	17	73,9	5	71,4	0,017	22	73,3	0	0	1,500
	İçiyor	6	26,1	2	28,6		8	26,7	0	0	
Kontrol Grubu	İçmiyor	19	76	5	100	0,896	23	79,3	1	100	0,220
	İçiyor	6	24	0	0		6	20,7	0	0	
	Alkol Kullanım Durumu										
Deney Grubu	Kullanmıyor	17	73,9	5	71,4	0,259	22	73,3	0	0	1,034
	Kullanıyor	6	26,1	2	28,6		8	26,7	0	0	
Kontrol Grubu	Kullanmıyor	13	52	2	40	0,611	15	51,7	0	0	0,309
	Kullanıyor	12	48	3	60		14	48,3	1	100	
	Diyet Yapma Durumu										
Deney Grubu	Yapmıyor	17	73,9	5	71,4	0,259	22	73,3	0	0	0,159
	Yapıyor	6	26,1	2	28,6		8	26,7	0	0	
Kontrol Grubu	Yapmıyor	9	36	3	60	0,611	11	37,9	1	100	0,744
	Yapıyor	16	64	2	40		18	62,1	0	0	
	Egzersiz Yapma Durumu										
Deney Grubu	Yapmıyor	12	52,2	4	57,1	0,053	16	53,3	0	0	0,286
	Yapıyor	11	47,8	3	42,9		14	46,7	0	0	
Kontrol Grubu	Yapmıyor	8	32	1	20	0,817	9	31	0	0	0,592
	Yapıyor	17	68	4	80		20	69	1	100	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Bilgi Düzeyi alt ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının alışkanlıklarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Alışkanlıkların dağılımlarının her iki grupta da benzer oranlara sahip olduğu görüldü (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması (N=60)

		Eğitim Öncesi					Eğitim Sonrası				
		Düşük ≤1		Yüksek >1		Test Değeri p*	Düşük ≤1		Yüksek >1		Test Değeri p*
	Kronik Hastalık Varlığı	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	Yok	4	18,2	2	25	0,170	6	20,7	0	0	0,007
	Var	18	81,8	6	75		23	79,3	1	100	
Kontrol Grubu	Yok	3	13	1	14,3	0,680	4	13,3	0	0	0,932
	Var	20	87	6	85,7		26	86,7	0	0	
	Düzenli İlaç Kullanım Durumu										
Deney Grubu	Kullanmıyor	3	13,6	1	12,5	0,007	4	13,8	0	0	0,315
	Kullanıyor	19	86,4	7	87,5		25	86,2	1	100	
Kontrol Grubu	Kullanmıyor	1	4,3	0	0	0,935	1	3,3	0	0	0,574
	Kullanıyor	22	95,7	7	100		29	96,7	0	0	
	KAH Nedeniyle Yatış										
Deney Grubu	Hayır	9	40,9	2	25	0,639	11	37,9	0	0	0,151
	Evet	13	59,1	6	75		18	62,1	1	100	
Kontrol Grubu	Hayır	8	34,8	3	42,9	0,424	11	36,7	0	0	0,697
	Evet	15	65,2	4	57,1		19	63,3	0	0	
	KAH Nedeniyle İşlem Yapılması										
Deney Grubu	Hayır	6	27,3	2	25	0,015	8	27,6	0	0	0,009
	Evet	16	72,7	6	75		21	72,4	1	100	
Kontrol Grubu	Hayır	7	30,4	2	28,6	0,900	9	30	0	0	0,924
	Evet	16	69,6	5	71,4		21	70	0	0	
	Daha Önce PKG Eğitimi Alma Durumu										
Deney Grubu	Hayır	15	68,2	8	100	3,32	22	75,9	1	100	0,418
	Evet	7	31,8	0	0		7	24,1	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	17	73,9	6	85,7	0,068	23	76,7	0	0	0,518
	Evet	6	26,1	1	14,3		7	23,3	0	0	
	Daha Önce PKG Eğitimi Veren										
Deney Grubu	Hekim	5	71,4	1	100	0,381	6	75	0	0	1,2
	Hemşire	2	28,6	0	0		2	25	0	0	
Kontrol Grubu	Hekim	3	60	0	0	0,537	3	50	0	0	0,273
	Hemşire	2	40	1	100		3	50	0	0	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Motivasyon alt ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlık durumlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmadı ($p>0,05$). Sağlık durumlarının dağılımlarının her iki grupta da benzer oranlara sahip olduğu görüldü (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık durumlarının Karşılaştırılması (N=60)

		Eğitim Öncesi					Eğitim Sonrası				
		Düşük ≤1		Yüksek >1		Test Değeri p*	Düşük ≤1		Yüksek >1		Test Değeri p*
	Kronik Hastalık Varlığı	n	%	n	%		n	%	n	%	
Deney Grubu	Yok	4	17,4	2	28,6	0,419	6	20	0	0	0,923
	Var	19	82,6	5	71,4		24	80	0	0	
Kontrol Grubu	Yok	4	16	0	0	0,517	4	13,8	0	0	0,336
	Var	21	84	5	100		25	86,2	1	100	
	Düzenli İlaç Kullanım Durumu										
Deney Grubu	Kullanmıyor	2	8,7	2	28,6	1,835	4	13,3	0	0	0,207
	Kullanıyor	21	91,3	5	71,4		26	86,7	0	0	
Kontrol Grubu	Kullanmıyor	1	4	0	0	0,175	1	3,4	0	0	0,649
	Kullanıyor	24	96	5	100		28	96,6	1	100	
	KAH Nedeniyle Yatış										
Deney Grubu	Hayır	8	34,8	3	42,9	0,151	11	36,7	0	0	0,029
	Evet	15	65,2	4	57,1		19	63,3	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	9	36	2	40	0,697	11	37,9	0	0	0,865
	Evet	16	64	3	60		18	62,1	1	100	
	KAH Nedeniyle İşlem Yapılması										
Deney Grubu	Hayır	5	21,7	3	42,9	1,224	8	26,7	0	0	0,286
	Evet	18	78,3	4	57,1		22	73,3	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	7	28	2	40	0,268	9	31	0	0	0,592
	Evet	18	72	3	60		20	69	1	100	
	Daha Önce PKG Eğitimi Alma Durumu										
Deney Grubu	Hayır	16	69,6	7	100	2,779	23	76,7	0	0	0,932
	Evet	7	30,4	0	0		7	23,3	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	20	80	3	60	0,095	23	79,3	0	0	0,334
	Evet	5	20	2	40		6	20,7	1	100	
	Daha Önce PKG Eğitimi Veren										
Deney Grubu	Hekim	6	75	0	0	1,200	6	75	0	0	0
	Hemşire	2	25	0	0		2	25	0	0	
Kontrol Grubu	Hekim	3	60	0	0	0,273	3	50	0	0	0
	Hemşire	2	40	1	100		3	50	0	0	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Bilgi Düzeyi alt ölçeği ile eğitim ve kontrol grubu hastalarının sağlık durumlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmadı ($p>0,05$). Sağlık durumlarının dağılımlarının her iki grupta da benzer oranlara sahip olduğu görüldü (Tablo 4.14).



Tablo 4.15. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Motivasyon Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık Durumlarını Algılama Durumlarının Karşılaştırılması (N=60)

		Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası					
		Düşük ≤ 1		Yüksek > 1		Test Değeri p*	Düşük ≤ 1		Yüksek > 1		Test Değeri p*
Deney Grubu	Sağlığı Algılama	n	%	n	%	1,212	n	%	n	%	0,608
	İyi	19	86,4	8	100		26	89,7	1	100	
Deney Grubu	Çok İyi	3	13,6	0	0	0,271	3	10,3	0	0	0,737
	Kötü	1	4,3	0	0		1	3,3	0	0	
Kontrol Grubu	İyi	15	65,2	4	57,1	0,207	19	63,3	0	0	0,611
	Çok İyi	7	30,4	3	42,9		10	33,3	0	0	
Deney Grubu	Durum Ciddiyeti	n	%	n	%	1,591	n	%	n	%	0,258
	Hayır	8	36,4	1	12,5		9	31	0	0	
Deney Grubu	Evet	14	63,6	7	87,5	0,207	20	69	1	100	0,611
	Hayır	9	39,1	2	28,6		11	36,7	0	0	
Kontrol Grubu	Evet	14	60,9	5	71,4	2,058	19	63,3	0	0	0,709
	Endişe	12	54,5	2	25		14	60,9	3	42,9	
Deney Grubu	Hayır	10	45,5	6	75	0,151	9	38,1	4	57,1	0,400
	Evet	14	60,9	3	42,9		17	56,7	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	9	39,1	4	57,1	2,727	13	43,3	0	0	0,186
	Evet	9	40,9	6	75		14	48,3	1	100	
Deney Grubu	Yaşam Kısıtlılığı	13	59,1	2	25	0,098	15	51,7	0	0	0,665
	Hayır	12	52,2	3	42,9		15	50	0	0	
Kontrol Grubu	Evet	11	47,8	4	57,1	3,135	15	50	0	0	0,925
	Gelecek Planı	16	72,7	3	37,5		9	30	0	0	
Deney Grubu	Hayır	6	27,3	5	62,5	0,076	19	65,5	0	0	0,009
	Evet	16	69,6	5	71,4		10	34,5	1	100	
Kontrol Grubu	Hayır	7	30,4	2	28,6	0,376	21	70	0	0	0,665
	Evet	21	95,5	8	100		9	30	0	0	
Deney Grubu	Evde Destek	1	4,5	0	0	0,539	1	3,4	0	0	0,170
	Hayır	21	95,5	8	100		28	96,6	1	100	
Kontrol Grubu	Hayır	2	8,7	1	14,3	0,716	3	10	0	0	0,896
	Evet	21	91,3	6	85,7		27	90	0	0	
Deney Grubu	Bilgi Alımı	5	22,7	2	25	0,397	7	24,1	0	0	0,258
	Hayır	17	77,3	6	75		22	75,9	1	100	
Kontrol Grubu	Hayır	7	30,4	1	14,3	2,078	8	26,7	0	0	0,611
	Evet	16	69,6	6	85,7		22	73,3	0	0	
Deney Grubu	Kontrol Zamanı	5	22,7	4	50	0,149	8	27,6	1	100	0,258
	Bilmiyorum	17	77,3	4	50		21	72,4	0	0	
Kontrol Grubu	Bilmiyorum	9	39,1	2	28,6	0,149	11	36,7	0	0	0,611
	0-3 ay sonra	14	60,9	5	71,4		19	63,3	0	0	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Motivasyon alt ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlık durumlarını algılama durumlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Sağlığı algılama dağılımlarının her iki grupta da benzer oranlara sahip olduğu görüldü (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Bilgi Düzeyi Alt Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlığı Algılama Durumlarının Karşılaştırılması (N=60)

		Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası					
		Düşük ≤1		Yüksek >1		Düşük ≤1		Yüksek >1			
Deney Grubu	Sağlığı Algılama	n	%	n	%	p*	n	%	n	%	p*
	İyi	20	87	7	100		27	90	0	0	
	Çok İyi	3	13	0	0		3	10	0	0	
Kontrol Grubu	Kötü	1	4	0	0	0,313	1	3,4	0	0	0,176
	İyi	14	56	5	100		18	62,1	1	100	
	Çok İyi	10	40	0	0		10	34,5	0	0	
Durum Ciddiyeti											
Deney Grubu	Hayır	9	39,1	0	0	3,913	9	30	0	0	0,047
	Evet	14	60,9	7	100		21	70	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	9	36	2	40	0,029	11	37,9	0	0	0,865
	Evet	16	64	3	60		18	62,1	1	100	
Endişe											
Deney Grubu	Hayır	14	60,9	0	0	2,989	14	46,7	0	0	0,027
	Evet	9	39,1	7	100		16	53,3	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	14	56	3	60	0,071	17	58,6	0	0	0,869
	Evet	11	44	2	40		12	41,4	1	100	
Yaşam Kısıtlılığı											
Deney Grubu	Hayır	14	60,9	1	14,3	1,658	15	50	0	0	2,160
	Evet	9	39,1	6	85,7		15	50	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	11	44	4	80	0,311	14	48,3	1	100	0,141
	Evet	14	56	1	20		15	51,7	0	0	
Gelecek Planı											
Deney Grubu	Hayır	17	73,9	2	28,6	2,751	19	63,3	0	0	0,286
	Evet	6	26,1	5	71,4		11	36,7	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	17	68	4	80	0,129	20	69	1	100	0,592
	Evet	8	32	1	20		9	31	0	0	
Evde Destek											
Deney Grubu	Hayır	0	0	1	14,3	3,399	1	3,3	0	0	0,667
	Evet	23	100	6	85,7		29	96,7	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	3	12	0	0	0,065	3	10,3	0	0	0,414
	Evet	22	88	5	100		26	89,7	1	100	
Bilgi Alımı											
Deney Grubu	Hayır	5	21,7	2	28,6	0,14	7	23,3	0	0	0,708
	Evet	18	78,3	5	71,4		23	76,7	0	0	
Kontrol Grubu	Hayır	7	28	1	20	0,136	8	27,6	0	0	0,711
	Evet	18	72	4	80		21	72,4	1	100	
Kontrol Zamanı											
Deney Grubu	Bilmiyorum	7	30,4	2	28,6	0,009	9	30	0	0	0,924
	0-3 ay sonra	16	69,6	5	71,4		21	70	0	0	
Kontrol Grubu	Bilmiyorum	7	28	4	80	1,852	10	34,5	1	100	0,276
	0-3 ay sonra	18	72	1	20		19	65,5	0	0	

*Ki-Kare testi (Fisher's Exact)

Morisky Tedavi Uyum ölçeği Bilgi Düzeyi alt ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlığı algılama durumlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Sağlığı algılama dağılımlarının her iki grupta da benzer oranlara sahip olduğu görüldü (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Alışkanlıklarının Karşılaştırması (N=60)

		Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası	
	Sigara İçme Durumu	n	Ort.+SS	Test Değeri p*	Ort.+SS	Test Değeri p*
Durumluk Kaygı	İçiyor	14	33,42±10,18	299,5	26,71±5,02	219
	İçmiyor	46	33,34±33,34	0,693	29,54±5,59	0,070
Sürekli Kaygı	İçiyor	14	35,57±10,79	260	33,21±6,57	287,5
	İçmiyor	46	37,41±8,86	0,277	35,17±7,86	0,545
		Alkol Kullanma Durumu				
Durumluk Kaygı	Kullanmıyor	37	32,54±9,07	329,5	28,73±5,72	405,5
	Kullanıyor	23	34,69±6,71	0,143	29,13±5,4	0,759
Sürekli Kaygı	Kullanmıyor	37	36,7±10,14	373,5	33,89±8,02	335,5
	Kullanıyor	23	37,43±7,9	0,428	36,04±6,77	0,170
		Diyet Yapma Durumu				
Durumluk Kaygı	Hayır	34	35,61±8,23	268	29,44±5,8	388
	Evet	26	30,42±7,45	0,009	28,15±5,24	0,417
Sürekli Kaygı	Hayır	34	39,02±10,05	318,5	35,73±8,01	371
	Evet	26	34,3±7,54	0,065	33,38±6,89	0,288
		Egzersiz Yapma Durumu				
Durumluk Kaygı	Hayır	25	34,2±9,85	427,5	28,4±5,17	405,5
	Evet	35	32,77±6,99	0,880	29,22±5,87	0,629
Sürekli Kaygı	Hayır	25	38,44±11,35	388,5	35,96±8,76	373,5
	Evet	35	35,94±7,47	0,461	33,82±6,59	0,336

*Mann-Whitney U testi

Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının alışkanlıklarının karşılaştırmasında; eğitim öncesi diyet yapma durumu ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Ortalama puanlara bakıldığında; diyet yapmayan hastaların eğitim öncesi durumluk kaygı puan ortalamasının (35,61±8,23) diyet yapan hastaların puan ortalamasından (30,42±7,45) yüksek bulunmuştur (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlık Durumlarının Karşılaştırması (N=60)

		Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası	
	Kronik Hastalık Durumu	n	Ort.+SS	Test Değeri p*	Ort.+SS	Test Değeri p*
Durumluk Kaygı	Yok	10	36,2±10,75	209,500	29,8±7,11	243
	Var	50	32,8±7,67	0,421	28,7±5,26	0,888
Sürekli Kaygı	Yok	10	39,5±11,27	210	36,8±7,19	188
	Var	50	36,48±8,88	0,426	34,3±7,65	0,217
İlaç Kullanım Düzeni						
Durumluk Kaygı	Hayır	5	32,8±6,05	133	30,8±6,68	106
	Evet	55	33,41±8,47	0,904	28,7±5,48	,396
Sürekli Kaygı	Hayır	5	37,4±7,33	125	33,6±9,39	116,5
	Evet	55	36,94±9,49	0,738	34,81±7,49	0,574
KAH Nedeniyle Yatış						
Durumluk Kaygı	Hayır	22	32,4±5,57	379,500	29,04±5,57	404,500
	Evet	38	33,92±8,5	0,554	28,78±5,62	0,834
Sürekli Kaygı	Hayır	22	37,77±8,51	369,500	35,27±7,34	388
	Evet	38	36,52±9,78	0,456	34,39±7,79	0,644
KAH Nedeniyle İşlem Uygulanması						
Durumluk Kaygı	Hayır	17	33,17±7,48	355	29,11±5,06	338
	Evet	43	33,44±8,62	0,863	28,79±5,8	0,649
Sürekli Kaygı	Hayır	17	38,47±9,31	316,500	35,17±8,07	356,500
	Evet	43	36,39±9,32	0,420	34,53±7,46	0,882
PKG Eğitimi Alma Durumu						
Durumluk Kaygı	Hayır	46	33,8±8,57	289,500	28,78±5,64	299
	Evet	14	31,92±7,2	0,569	29,21±5,46	0,685
Sürekli Kaygı	Hayır	46	38,56±9,47	167,500	35,8±7,81	207
	Evet	14	31,78±6,53	0,006	31,14±5,61	0,044
Eğitim Alın Yeri						
Durumluk Kaygı	Hemşire	9	31,44±8,11	14	28,66±5,97	21,500
	Hekim	5	34,8±7,85	0,254	28,6±5,77	0,893
Sürekli Kaygı	Hemşire	9	28,33±3	14	28,22±2,63	13,500
	Hekim	5	36±9,77	0,254	34,6±8,41	0,228

*Mann-Whitney U testi

Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlık durumlarının karşılaştırmasında; eğitim öncesi ve sonrası sürekli kaygı durumu ile PKG eğitimi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Ortalama puanlara bakıldığında; PKG eğitimi almayan grubun eğitim öncesi ortalama puanının ($38,56\pm9,47$) eğitim alan grubun ortalama puanından ($31,78\pm6,53$) daha yüksek bulundu. PKG eğitimi almayan grubun eğitim sonrası ortalama puanının ($35,8\pm7,81$) eğitim alan grubun ortalama puanından ($31,14\pm5,61$) daha yüksek bulundu (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Deney ve Kontrol Grubu Hastalarının Sağlığı Algılama Durumlarının Karşılaştırması (Grup İçi) (N=60)

		Eğitim Öncesi			Eğitim Sonrası	
	Sağlığı Algılama	n	Ort.+SS	Test Değeri p	Ort.+SS	Test Değeri p
Durumluk Kaygı	Kötü	1	25	1,340	24	0,659
	İyi	46	33,71±8,47	0,510**	29±5,81	0,719**
	Çok İyi	13	32,76±7,7		28,84±4,81	
Sürekli Kaygı	Kötü	1	29,00	1,373	29	0,683
	İyi	46	37,26±9,39	0,503**	34,54±7,52	0,710**
	Çok İyi	13	36,61±9,35		35,76±8,11	
Durumluk Kaygı	Durum Ciddiyeti					
	Hayır	20	32,05±6,8	356	29,4±5,64	369
	Evet	40	34,02±8,89	0,489*	28,62±5,573	0,624*
Sürekli Kaygı	Hayır	20	35,65±6,54	367,500	34,8±6,51	393
	Evet	40	37,65±10,4	0,609*	34,67±8,13	0,912*
Durumluk Kaygı	Endişe Durumu					
	Hayır	31	31,25±6,92	321,500	27,96±4,79	372,500
	Evet	29	35,62±9,06	0,057*	29,86±6,21	0,251*
Sürekli Kaygı	Hayır	31	34,25±6,56	310,500	32,58±6,1	314,500
	Evet	29	39,89±10,89	0,039*	37±8,48	0,045*
Durumluk Kaygı	Yaşam Kısıtlılığı					
	Hayır	30	30,53±6,78	268	28,4±5,37	416
	Evet	30	36,2±8,72	0,007*	29,36±5,79	0,612*
Sürekli Kaygı	Hayır	30	33,63±5,24	278	32,96±5,54	348
	Evet	30	40,33±11,16	0,010*	36,46±8,93	0,13*
Durumluk Kaygı	Gelecek Planı					
	Hayır	40	31,6±7,2	254	28,1±5,14	310
	Evet	20	36,9±9,24	0,021*	30,45±6,14	0,155*
Sürekli Kaygı	Hayır	40	34,05±6,94	200	33,15±6,56	271,500
	Evet	20	42,85±10,69	0,001*	37,85±8,62	0,043*
Durumluk Kaygı	Evde Destek					
	Hayır	4	31,75±10,04	94	29,25±6,7	107
	Evet	56	33,48±8,21	0,593*	28,85±5,54	0,881*
Sürekli Kaygı	Hayır	4	32,25±8,65	80,5	32,25±8,65	92
	Evet	56	37,32±9,31	0,349*	34,89±7,55	0,552*
Durumluk Kaygı	PKG Konusunda Bilgi Alımı					
	Hayır	15	33,13±7,67	336,500	29,33±5,44	311,500
	Evet	45	33,44±8,52	0,986*	28,73±5,65	0,654*
Sürekli Kaygı	Hayır	15	36,53±10,47	299,500	34,53±7,42	330,5
	Evet	45	37,13±8,98	0,515*	34,77±7,71	0,904*
Durumluk Kaygı	Kontrol Zamanı					
	Bilmiyorum	20	31,75±7,15	342	27,45±4,58	314,500
	0-3 Ay Sonra	40	34,17±8,72	0,362*	29,6±5,91	0,177*
Sürekli Kaygı	Bilmiyorum	20	38,6±9,53	323	35,3±8,39	381
	0-3 Ay Sonra	40	36,17±9,17	0,226*	34,425±7,23	0,765*

*Mann-Whitney U testi, **Kruskal-Wallis testi

Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlığı algılama durumlarının karşılaştırılmasında; endişe durumu ile eğitim öncesi ve sonrası sürekli kaygı durumu arasında; yaşam kısıtlılığı ile eğitim öncesi durumluk-sürekli kaygı durumu arasında; gelecek planı ile eğitim öncesi durumluk kaygı, eğitim sonrası durumluk-sürekli kaygı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Ortalama puanlara bakıldığında; eğitim öncesi endişe durumu evet olan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ($39,89\pm10,89$) endişe durumu hayır olan hastaların puan ortalamasından ($34,25\pm6,56$) yüksek bulundu. Eğitim sonrası endişe durumu evet olan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ($37\pm8,48$) endişe durumu hayır olan hastaların puan ortalamasından $32,58\pm6,1$ yüksek bulundu. Eğitim öncesi yaşam kısıtlılığı durumu evet olan hastaların durumluk kaygı puan ortalaması ($36,2\pm8,72$) yaşam kısıtlılığı hayır olan hastaların puan ortalamasından ($30,53\pm6,78$) yüksek bulundu. Eğitim sonrası yaşam kısıtlılığı durumu evet olan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ($40,33\pm11,16$) yaşam kısıtlılığı durumu hayır olan hastaların puan ortalamasından ($33,63\pm5,24$) yüksek bulundu. Eğitim öncesi gelecek planı durumu evet olan hastaların durumluk kaygı puan ortalaması ($36,9\pm9,24$) gelecek planı hayır olan hastaların puan ortalamasından ($31,6\pm7,2$) yüksek bulundu. Eğitim sonrası gelecek planı durumu evet olan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ($42,85\pm10,69$) gelecek planı durumu hayır olan hastaların puan ortalamasından ($34,05\pm6,94$) yüksek bulundu. Eğitim sonrası gelecek planı durumu evet olan hastaların sürekli kaygı puan ortalaması ($37,85\pm8,62$) gelecek planı hayır olan hastaların puan ortalamasından ($33,15\pm6,56$) yüksek bulundu (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile Morisky Tedavi Uyum Ölçeği Arasındaki İlişki Analizi (N=60)

		Motivasyon (EÖ)	Motivasyon (ES)	Bilgi Düzeyi (EÖ)	Bilgi Düzeyi (ES)
Durumluk Kaygı (EÖ)	r	0,338**	0,215	0,059	0,045
	p	0,008	0,100	0,654	0,732
Durumluk Kaygı (ES)	r	-0,081	-0,057	-0,090	0,098
	p	0,541	0,667	0,496	0,455
Sürekli Kaygı (EÖ)	r	0,283*	0,200	0,166	-0,053
	p	0,029	0,126	0,204	0,689
Sürekli Kaygı (ES)	r	0,041	0,203	0,057	-0,023
	p	0,755	0,119	0,667	0,864

Spearman Korelasyon testi, r: Korelasyon kat sayısı, EÖ: Eğitim öncesi, ES: Eğitim sonrası, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

Eğitim ncesi ve eğitim sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı leği ile Morisky Tedavi Uyum leği arasındaki ilişki analizinde; eğitim öncesi durumluk kaygı ile eğitim ncesi Morisky leği alt boyutu Motivasyon arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$); eğitim öncesi sürekli kaygı ile eğitim ncesi Morisky Tedavi Uyum leği alt boyutu Motivasyon arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki saptandı (Tablo 4.20).



5. TARTIŞMA VE SONUÇLAR

PKG yapılan bireylerde eğitim sonrası telefonla izlemin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisini araştıran çalışmamızdan elde edilen bulgular iki ana başlık altında tartışılmıştır;

- 1- PKG yapılan bireylerin sosyodemografik özellikleri
- 2- PKG yapılan bireylerin durumluk- süreklilik kaygı ve tedavi uyum düzeyleri

5.1. PKG yapılan bireylerin sosyodemografik özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların %80'inin erkek, %50'sinin 37-62 yaş arası, %50'sinin 63 yaş ve üzerinde olduğu, %76,7'sinin evli olduğu, %48'inin üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %50'sinin emekli olduğu, %93,3'ünün sosyal güvencesinin bulunduğu ve %45'inin gelir giderinin eşit olduğu saptandı (Tablo 4.1.). Chen ve ark. (144) çalışmalarında hastaların %64'ünün ilköğretim mezunu olduğu, Köseoğlu ve Enç'in (145) çalışmalarında hastaların %63,9'unun evli ve %52,8'inin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Erkeklerde koroner arter hastalığının daha çok görülmesi; atheroskleroz oluşumuna kadınlardan daha eğilimli aynı zamanda koroner kalp hastalığı insidans oranının kendisinden 10 yaş büyük kadınlarla aynı olduğundan ve östrojen hormonunun kadında koruyucu etkiye sahip olduğu için erkek hastaların kadın hastalardan daha yüksek olmasına neden olduğu söylenebilir (4,146). Bizim çalışmamızla benzer bulgular bulunmuştur. Ancak katılımcıların yarısının üniversite mezunu ve çoğunluğunun sosyal güvencesinin olması benzer çalışmalardan farklı olarak bulunmuştur. Bunun sebebinin çalışmanın özel bir sağlık kurumunda verilerinin toplanması olduğu düşünülmüştür.

Badıllıoğlu ve ark. (147) yapmış oldukları çalışmada hastaların %48,7'sinin sigara kullandığı belirtilmektedir. Sevinç ve Eşer (40) çalışmalarında hastaların %67,4'ünün sigara kullandığını belirtmektedirler. Sigara kullanımı atheroskleroza sebep olduğu için koroner arter hastalığı ve dolayısıyla perkütan koroner girişim riskini arttırmaktadır (148,149). Bizim çalışmamızda literatürden farklı olarak katılımcıların çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Bunun sebebinin katılımcıların eğitim düzeyinin ve gelir durumlarının yüksek olmasının etkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışma bu verileri konu ile ilgili daha kapsamlı ve nitel çalışmaların yapılması gerekliliğinin önemini göstermiştir.

Katılımcıların çoğunluğunun kronik bir hastalığının bulunduğu, ilaçlarını düzenli kullandığı, KAH nedeniyle daha önce hastanede yattığı ve işlem uygulandığı, anjiyo yapıldığı, stent takıldığı ve PKG eğitimi almadığı saptanmıştır. Eğitim alanların ise %64,3'ünün bu eğitimi hemşireden aldığı ifade edilmiştir (Tablo 4.3). Charlson ve ark. (150) çalışmalarında hastaların %58'inin hipertansiyon, %26'sında diyabetes mellitus olduğunu belirtmektedirler. Gatti ve ark. (151) çalışmalarında hastaların %72'sinin hipertansiyonu, %31'inin diyabetes mellitusu olduğunu ve %44'ünün hiperlipidemisi olduğunu belirtmektedir. Bizim çalışmamızda literatür ile benzer bulgular bulunmuştur. PKG uygulanan katılımcıların çoğunluğunun kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde KAH hastalığı için önemli risk faktörleri arasında yer alan diyabet, hipertansiyon ve hiperledimi gibi kronik hastalıkların yönetimine yönelik tedavi uyumu ve hasta/ hasta ailesi eğitim desteklerinin sürekli verilmesi ve konu ile ilgili kapsamlı çalışmaların yapılmasının önemi görülmektedir. Bu konuda klinikte çalışan hemşirelerin aktif rol alması sağlığın geliştirilmesi açısından çok önemlidir.

Kahkönen ve ark. (152) yapmış oldukları çalışmada ilk kez PKG uygulanan (%76,2) hastalarda hastalık algısının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun sağlıklarını iyi algıladıkları, durumlarını ciddi buldukları, endişe duymadıkları, evde destek aldıkları, anjiyo ve kontrol zamanı hakkında bilgi aldıkları, gelecek planlarının olmadığı ve yarısının yaşam kısıtlılığı duyduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Çalışmamızda literatür ile benzer bulgular saptanmıştır. Bulgularımız incelendiğinde katılımcılarımızın endişe düzeyinin az olma nedeninin tedavi ve taburculuk sürecinde eğitimlerin yapılması, bireylerin eğitim düzeyinin yüksek olması ve maddi ve manevi destek sistemlerinin olması olarak düşünülebilir.

Abrahamov ve ark. (153), invaziv girişimler öncesi anksiyeteye bağlı olarak kan basıncı yüksek olan hastaların, eğitim sonrası bu değerlerinin düştüğünü belirlemiştir. Kurçer ve Özbay (154), KAH sonrası yaşam tarzı eğitimi ve danışmanlığının diyastolik ve sistolik kan basıncı ortalamalarını düşürdüğünü saptamıştır. Balcı ve Enç (95) KAG öncesi verilen video eğitimin fizyolojik ve psikososyal etkinliğini araştırdıkları çalışmalarında, eğitimin kalp hızı, sistolik ve diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ortalama değerleri ve anksiyete puan ortalamalarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

azalttığı tespit etmiştir. Başar ve ark. (155), KAG uygulanan hastalara verilen video eğitiminin anksiyete ve fizyolojik parametreler üzerinde etkinliğini değerlendirdiği çalışmada, işlemden hemen öncesindeki nabız sayısı, sistolik ve diyastolik kan basıncını anlamlı şekilde düşük bulmuştur. Hajbaghery ve ark. (156) PKG olacak hastalara eğitim broşürü ve video içeren bir multimodal paket hazırlayarak hastaların vital bulgularını iyileştirmede etkili olup olmayacağını araştırmış ve nabız, sistolik, diyastolik kan basıncı ölçümlerinde azalma tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda eğitim sonrası fark bulunmamıştır. Bulgularımız değerlendirildiğinde katılımcıların eğitim öncesi de vital ve kan değerlerinin normal sınırlarda olduğu görülmüştür. Bunun sebebinin katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeyi ve gelir durumunun yüksek olması, sosyal güvencelerinin olması, kontrol muayenelerine düzenli gitmesi ve ilaçlarını düzenli kullanması olarak düşünülebilir.

5.2. PKG yapılan bireylerin durumluk- süreklilik kaygı ve tedavi uyum düzeyleri

Koroner arter hastalarının kaygı puanlarının yüksek olması, hastalıkla ilgili daha önceki olumsuz deneyimleri, genel durumlarının kötüleşeceğini hissetme ve ölüm korkusu yaşama gibi faktörlerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür (157). Jamshidi ve ark. (158), PKG'yi bekleyen hastalarda yüksek düzeyde anksiyete olduğunu, işlem hakkında hastaların bilgilendirilmesi gerektiğini, bu konuda hemşireye önemli iş düştüğünü belirtmiştir. Başar ve ark. (155), hastaların anksiyetesini azaltmanın, var olan durumla baş etme yeteneklerini arttırdığına, baş etmenin de sağlığı geliştirici eğitim programları ile öğretilebileceğine dikkat çekmektedir. Wynne ve ark. (159) koroner anjiyografi olacak hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini ve anksiyeteyi azalttığını tespit etmiştir. Moline (160), invaziv operasyon yapılacak hastaların kaygı düzeylerini değerlendirmiş ve eğitimin olumlu etkisini vurgulamıştır. Taşdemir ve ark. (161) yaptığı çalışmada, hastaların preoperatif dönemde birçok nedenle anksiyete yaşadıkları, yapılan sözel bilgilendirme ile anksiyete düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Gökgündüz (162)'ün yaptığı araştırmada, işlem öncesinde eğitim verilen deney grubundaki bireylerin durumluk anksiyete puan ortalamalarının, işlem sonrasında işlem öncesine göre anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Yılmaz ve ark. (124), PKG yapılacak hastaların işlem öncesi bilgi gereksinimleri ve anksiyete düzeyleri ile ilgili yaptıkları çalışmada bilgi alanların, almayanlara göre anksiyete düzeyi daha düşük bulunmuştur. Ekiz ve Göz (94) ise hastalarının deney grubu hastalarının durumluk kaygı

puanları deney grubunda daha yüksek olduğu, sürekli kaygı durumu puanlarının ise birbirine yakın olduğunu bulmuştur. Büyükaşık (163) çalışma ve kontrol grubu hastalarının durumluk anksiyete puan ortalamalarını birbirine yakın olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını bulmuştur. Bizim çalışmamızda da durumluk ve sürekli kaygı puanlarının deney ve kontrol grubunda farklı olmadığı ve kaygı düzeylerinin ortalamaların altında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Bunun sebebinin katılımcıların sağlık durumunu iyi olarak algılamaları, endişe düzeyinin düşük olması, evde destek almaları, yapılan işlem öncesi eğitim almaları, kontrol zamanlarını takip etmeleri ve düzenli olarak kontrole gitmeleri ile vital ve kan değerlerinin normal sınırlarda olmasının etkili olabileceği düşünülebilir. Ayrıca kaygı düzeyleri ile ilgili literatürde farklı sonuçların çıkması geniş katılımlı nicel ve nitel çalışmalar ile etkileyen faktörlerin tespit edilmesinin gerekliliğini de göstermektedir.

Durademir (164)'in ilk kez MI geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında kadınların anksiyetesinin erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gökgündüz'ün (162) "Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi" adlı çalışmasında sürekli kaygı düzeyinin işlem öncesi ve işlem sonrası kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat Demir ve Arslantaş (165)'in koroner anjiyografi ve PKG hastaları ile yaptıkları araştırmada cinsiyet ile anksiyete arasında bir ilişki bulunamamıştır. Bu çalışmada ise Demir ve Arslantaş (165)'in çalışmasındaki gibi cinsiyet değişkeni ile kaygı arasında fark bulunmamıştır (Tablo 4.7). Bunun sebebinin çalışmada katılımcıların cinsiyet açısından eşit oranda olmaması ve çoğunluğunun erkek olmasına bağlanabilir. Bu nedenle; bir sonraki benzer çalışmalarda kadın ve erkek katılımcılarının homojen alınarak yapılmasının daha güvenilir sonuçlar elde edilebileceğini düşündürmektedir.

Bahar ve ark. (166) tarafından yapılan bir çalışmada medeni durumların anksiyete düzeylerini etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Astin ve ark. (167) tarafından yapılan bir çalışmada da benzer şekilde hastaların medeni durumlarına göre durumluk-sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda literatür ile benzer bulgular saptanmıştır (Tablo 4.7).

Özol ve ark. (168) ve Mott ve ark. (169)'nın yaptıkları çalışmalarda hastaların eğitim durumu ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Gökğündüz (162)'ün çalışmasında deney grubunda eğitim düzeyi arttıkça sürekli kaygının azaldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise eğitim durumu değişkeni ile Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeğinin karşılaştırılmasında fark saptanmamıştır (Tablo 4.7). Bunun sebebinin çalışmada katılımcıların çoğunluğunun eğitim düzeyinin yüksek olması, diğer katılımcılar arasında farklı eğitim düzeyleri arasında eşit dağılım olmaması ve bu durumu ileri ki benzer çalışmalarda dikkat edilerek nicel ve nitel çalışmaların yapılmasının daha uygun olduğunu düşündürmektedir.

Ünsar ve ark.'nın (170) yaptığı araştırmada ekonomik yetersizliğin KAH oluşturma riskini arttırdığı belirlenmiştir. Özol ve ark. (168) ve Bahar ve ark. (166) yapmış oldukları araştırmalarda sosyo-ekonomik durum ile durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada çalışma durumu değişkeni ile durumluk-sürekli kaygı düzeyinin karşılaştırılmasında fark saptanmamıştır. Ancak gelir düzeyi yüksek olan bireylerde durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin daha düşük ve gelir düzeyi az olan bireylerin sürekli kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.7). Gelir durumunun yüksek olması ile tıbbi hizmetlere ve ilaçlara ulaşma, düzenli kontrollere gitme imkanı, özel kurumlardan hizmet alma, bakımda destek alma, kullanacağı araç ve gereçlere ulaşma imkanı ve ulaşımın kolay olması gibi tedavi ve bakım hizmetlerinde kolaylaştırıcı faktörlerin olması durumluk-sürekli kaygı düzeylerini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda eğitim sonrası durumluk-sürekli kaygı puanlarında düşme görüldüğü ancak anlamlı farkın olmadığı görülmüştür. Bunun sebebinin katılımcıların eğitim öncesi puanlarının da ortalamanın altında olmasına bağlanılmaktadır.

Karabulut (171) çalışmasında hastaların günlük ilaç kullanım sıklığı (özellikle günde üç kez ve üzeri kullanan hastalarda) arttıkça tedavi uyum puan ortalamasının düştüğünü saptamıştır. Ekinci ve ark. (172) yapmış oldukları çalışmada, hastaya günlük hatırlatıcı mesaj göndermenin tedavi kontrolünde ve ilaç uyumunda etkili olduğunu, mesaj atılan hastaların %96,7'sinde uyumun arttığını belirtmektedir. Son ve ark. (173) perkütan koroner girişim sonrası hastalarda depresif belirtiler ve öz yeterliliğin uyumla ilişkisini araştırdıkları çalışmalarında hastaların %60,3'ünün tedaviye uyumsuz olduğunu

belirtilmektedir. Çalışmaya göre uzun süre ilaç kullanımı ve depresyon uyumu olumsuz etkilemektedir. Öz etkinliği, hastalık algısı ve kendini yönetme yeteneği yüksek olanlarda ilaç uyumunun arttığı ve klinik olarak sonuçları olumlu yönde etkilediği açıklanmaktadır. Aflakseir (174) yapmış olduğu çalışmada hastaların %42'sinde ilaç uyumunun olmadığını, uyumsuzluğun da hekimin yetersiz bilgi vermesi, hastanın eğitim seviyesinin düşük olması, ilaçların maliyetli olması, yan etkilerinden dolayı kullanılmak istenilmemesi, tedavi yararına inancın eksik olması, ilaçların karmaşıklığı ve psikolojik etmenlerden kaynaklandığını belirtmektedir. İlaçların reçete edilmiş olması, eğitim seviyesinin yüksek olması ve kronik hastalık sayısının fazla olması da ilaç uyumunu olumlu etkileyen nedenler olarak belirtilmektedir. Astin ve ark. (175) çalışmalarında olumsuz ve yanlış hastalık algılarının sağlık davranışlarını etkilediği için ilaç uyumunu, tedavi yönetimini ve hastalığın ilerleyişini olumsuz etkilediğini belirtmektedir. Yarahchi ve ark. (176) yapmış oldukları çalışmaya göre pozitif hastalık algısının hastaların uygun tedaviye yönelmelerini sağladığını ve yaşam kalitesini arttırdığını belirtmektedir. Bu çalışmada deney ve kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrası motivasyon ve bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Literatür incelendiğinde eğitim düzeyinin yüksek olması, sağlık algılarının yüksek olan ve tedavi yönetimi iyi olan bireylerde tedavi uyumunun yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun eğitim seviyesinin yüksek olması, düzenli kontrole gitmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, kan değerlerinin normal değerlerde olması, kaygı düzeyinin düşük olması gibi etkenlerin olmasına rağmen kullanılan ölçek ile tedavi uyumunun düşük olduğu görülmektedir. Bu da bize daha kapsamlı ve anlaşılır tedavi uyumunu ölçen araçlara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca çalışma esnasında pandeminin aniden başlaması ve tüm dünyayı etki altına alması nedeniyle sağlık sistemi de derinden etkilenmiştir. Bu nedenle ölçüm araçlarının tedavi uyumunu ölçmede güncelliği etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Odabaşı'nın (16) 'Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti ve Koroner Anjiyografi Sonrası Yaşam Biçimi Değişikliklerinin Belirlenmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı' adlı çalışmasında hastaların işlem sonrasında %52'sinin sedanter bir yaşam sürdüğü belirtilmiştir. Yel (125) yaptığı çalışmasında hastaların durumluk-sürekli kaygı envanteri puan ortalamalarının egzersiz yapma durumuna göre dağılımına bakıldığında hiç egzersiz yapmayanların durumluk ve sürekli kaygı puanı egzersiz yapanlara göre

istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada durumluk-sürekli kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının alışkanlıklarının karşılaştırılmasında; eğitim öncesi diyet yapma durumu ile durumluk kaygı ölçeği arasında literatürdeki çalışma ile benzer bulunmuştur. Ortalama puanlara bakıldığında; diyet yapmayan hastaların eğitim öncesi durumluk kaygı puan ortalamasının diyet yapan hastaların puan ortalamasından yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.17). Diyet yapmanın hem fiziksel hem de emosyonel açıdan yararları düşünüldüğünde, diyet yapanların kaygı düzeylerinin daha düşük çıkmasının diyetin emosyonel açıdan kişiyi rahatlatılabileceğini ve hasta eğitimlerinde beslenmeye dikkat çekilmesi gerektirdiğini de düşündürmektedir.

Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlık durumlarının karşılaştırılmasında; eğitim öncesi ve sonrası sürekli kaygı durumu ile PKG eğitimi alma durumu arasında olumlu yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Ortalama puanlara bakıldığında; PKG eğitimi almayan grubun durumluk ve sürekli kaygı yönünden eğitim öncesi ortalama puanının eğitim alan grubun ortalama puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.18). Bu sonuçlar kronik hastalıkların yönetiminde hasta ve hasta ailesi eğitiminin kaygıyı azalttığı ve hemşirelerin klinik alanlarda eğitimlere öncelik vermesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim öncesi durumluk ve sürekli kaygı düzeyi ile motivasyon arasında pozitif yönde ilişki olduğu, eğitim sonrası durumluk ve sürekli kaygı düzeyi ile motivasyon ve bilgi alt boyutları düzeyinde ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.20).

Perkütan koroner girişim yapılan bireylerde eğitim sonrası telefonla izlemin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisini incelediğimiz çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun sigara içmediği, alkol kullanmadığı, diyet yapmadığı ve egzersiz yaptığı (Tablo 4.2),
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların diyet değişkeninde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (Tablo 4.2),
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun kronik bir hastalığının bulunduğu, ilaçlarını düzenli kullandığı, KAH nedeniyle daha

önce hastanede yattığı ve daha önce işlem uygulanan uygulamaların benzer olduğu (Tablo 4.3),

- Hastaların PKG eğitimi almadığı ve eğitim alanların ise bu eğitimi hemşireden aldığı (Tablo 4.3),
- Deney ve kontrol grubundaki hastaların sağlıklarını iyi algıladıkları, durumlarını ciddi buldukları, endişe duymadıkları, yaşam kısıtlılığı duydukları, gelecek planlarının olmadığı, evde destek aldıkları, anjiyo hakkında bilgi aldığı ve kontrol zamanını bildiği yönünde benzer olduğu (Tablo 4.4),
- Deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve sonrası tansiyon ve kan değerlerinin birbirine yakın düzeylerde olduğu (Tablo 4.5),
- Deney ve kontrol grubunun Morisky Tedavi Uyum ölçeği motivasyon ve bilgi düzeyi alt boyutlarının puan dağılımlarının benzer oldukları (Tablo 4.8),
- Eğitim öncesi deney grubundaki hastaların %73'ünün, kontrol grubundaki hastaların ise %77'sinin düşük motivasyona sahip oldukları, eğitim sonrasında ise her iki grupta da motivasyonların benzer oranlarda (%97, %100) düşük olduğu; eğitim öncesi deney grubundaki hastaların eğitim öncesi bilgi düzeylerine bakıldığında %77'sinin, kontrol grubunda ise %83'ünün düşük bilgi düzeylerine sahip oldukları, eğitim sonrasında ise her iki grupta da bilgi düzeylerinin benzer oranlarda (%100, %97) düşük olduğu (Tablo 4.8),
- Morisky Tedavi Uyum ölçeği Motivasyon ve Bilgi Düzeyi alt boyutunun tanımlayıcı özellikler, alışkanlıklar, sağlık durumlarının karşılaştırılmasında, sağlık durumlarını algılama durumlarını ile karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (Tablo 4.9-10),
- Durumluk-sürekli kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının alışkanlıklarının karşılaştırılmasında; eğitim öncesi diyet yapma durumu ile durumluk kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (Tablo 4.17),
- Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlık durumlarının karşılaştırılmasında; eğitim öncesi ve sonrası sürekli

kaygı durumu ile PKG eğitimi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (Tablo 4.18),

- Durumluk-Sürekli kaygı ölçeği ile deney ve kontrol grubu hastalarının sağlığı algılama durumlarının karşılaştırmasında; endişe durumu, yaşam kısıtlılığı ve gelecek planı değişkenleri ile eğitim öncesi ve sonrası sürekli kaygı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (Tablo 4.19),
- Eğitim öncesi ve eğitim sonrası Durumluk-Sürekli Kaygı ölçeği ile Morisky Tedavi Uyum ölçeği arasındaki ilişki analizinde; eğitim öncesi durumluk ve sürekli kaygı ile eğitim öncesi Morisky ölçeği Motivasyon alt boyutu arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Durumluk ve sürekli kaygı arttıkça tedaviye uyumdaki motivasyonun da arttığı sonucuna ulaşıldı (Tablo 4.20).

Bu sonuçlar doğrultusunda çalışmanın hipotezleri incelendiğinde;

Hipotez 1 (H0) - PKG yapılan bireylerde taburculuk eğitimi sonrası telefon izlemi yapılan grup (deney grubu) ile sadece taburculuk eğitimi verilen grup (kontrol grubu) arasında kaygı durumu ve tedaviye uyum durumları açısından anlamlı bir fark yoktur hipotezi KABUL edilmiştir.

Hipotez 2 (H1) - PKG yapılan bireylerde taburculuk eğitimi sonrası telefon izlemi yapılan grup (deney grubu) ile sadece taburculuk eğitimi verilen grup (kontrol grubu) arasında kaygı durumu ve tedaviye uyum durumları açısından yönünden anlamlı bir fark vardır hipotezi RED edilmiştir.

Öneriler:

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Kurumlarda uzaktan sağlık hizmeti ve eğitimi vermeye yönelik sistemlerin oluşturulması ve bu hizmetlerin verilebilmesi için hemşirelere dijital teknoloji kullanımı ve eğitim yöntemleri ile ilgili eğitimci yetkinliklerini arttırmaya yönelik kurs, sertifika programı, hizmet içi eğitimler gibi desteklerin sağlanması,

Tedavi uyum ve kaygıyı ölçen ölçeklerin güncellenmesi ve/veya yeni araçların geliştirilmesi,

Geniş kapsamlı farklı örneklemeleri içerecek daha fazla nitel ve nicel çalışmaların yapılması,

Farklı koşullar meydana gelebilme (pandemi vb) durumuna yönelik yedek planlamaların yapılması önerilmektedir.



6. KAYNAKLAR

- 1-Bakan G. Perkütan koroner girişimlerde kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016;7:26-34.
- 2-Dressler, D. Management of Patients with Coronary Vascular Disorders. İçinde Smeltzer SC, Bare, BG, Hinkle JL, Cheever KH. (Ed.), *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. Vol 1, (12th ed.). Philadelphia; Walters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, PA, 2010.
- 3-TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri 2019, Türkiye İstatistik Kurumu, 2020 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>, Erişim: 08.11.2021.
- 4-Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna NE, Kaya A, Altay S. *Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük, TEKHARF 2017 Çalışması*, Logos Yayıncılık, Gayrettepe, İstanbul, 2017, 3-273.
- 5-Türk Kardioloji Derneği Koroner Arter Hastalığına Yaklaşım ve Tedavi Kılavuzu (1999) <https://tkd.org.tr/kilavuz/k06/207d6.htm?wbnum=1302>, Erişim: 06.11.2021.
- 6-Dilek F. *Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2008.
- 7-Tok A. *Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların taburculuk sonrası yaşadıkları sorunlar*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
- 8-Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin yeri. *Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi*, 2009;12(3): 67-73.
- 9-Higgins RO, Murphy BM, Le Grande MR, Parkinson A, Worcester MUC, Goble AJ. Expressed preferences for health education of patients after percutaneous coronary

intervention. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 2005;12:572-579.

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

11-Okanlı A, Özer N, Çevik R, Koçkar AÇ. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006;9(4);9-17.

12- Özer CZ, Şenuzun F, Tokem Y. Miyokart Enfarktüsü Hastalarda Anksiyete Ve Depresyonun İncelenmesi, *Türk Kardiyol Dern Arş*.2009;37(8):557-562.

13-Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları, Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu, 2007. https://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal/2007_perkutan_koroner_valvuler_girisimlerde_hemşirelik_bakim_kilavuzu.pdf, Erişim. 20.09.2021.

14-Kaplay M, Erol C. Koroner arter hastalığı, *Türk Radyoloji Derneği Seminerleri*, 2013, 1, 57- 69.

15-Heyde GS, Koch KT, Winter RJ, Dijkgraaf MGW, Klees MI, Dijkman LM, Piek JJ, Tijssen, JGP. Randomized trial comparing sameday discharge with overnight hospital stay after percutaneous coronary intervention= results of the elective PCI in outpatient study (EPOS), *Circulation*, 2007;115:2299-2306.

16-Odabaşı J. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti ve koroner anjiyografi sonrası yaşam biçimi değişikliklerinin belirlenmesi ve hemşirelik yaklaşımı. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, 2006, 87.

17-Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2015;11(1), 1-4.

- 18-Stuart KL, Wyld B, Bastiaans K, Stocks N, Brinkworth G, Mohr P, et al. A telephone supported cardiovascular lifestyle programme (CLIP) for lipid reduction and weight loss in general practice patients: a randomised controlled pilot trial. *Public Health Nutr.* 2014;17(3): 640-7.
- 19-Yu M, Chair SY, Chan CW, Choi KC. A health education booklet and telephone followups can improve medication adherence, health-related quality of life, and psychological status of patients with heart failure. *Heart Lung.* 2015;44(5): 400-7.
- 20-Demirkıran G. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2012;28 (1): 1-12.
- 21-Hindistan S, Çilingir D. Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Bir Yaklaşım: Telefon Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2012;9(1): 30-35.
- 22-American Academy of Ambulatory Care Nursing (AAACN) *Scope and Standards of Practice for Professional Telehealth Nursing*, 6th Edition, 2018.
- 23-Kumar S. *Introduction to Telenursing; Telenursing*. Kumar S, Snooks H (Editors). Hannah K, Ball M (Series Editors). Springer London Dordrecht Heidelberg, Newyork, USA; 2011, p:183-375.
- 24-Kamei T. Information and communication technology for home care in the future. *Japan Journal of Nursing Science*. 2013;10(2): 154-161.
- 25-Koplay M, Erol C. Koroner arter hastalığı, *Türk Radyoloji Derneği Seminerleri*, 2013; 1: 57- 69.
- 26-Durusoy E, Yıldırı, T, Altun A. Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010; 27(1): 13-18.

- 27-Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A, et al. Avrupa Kardiyoloji Derneği Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2014; (4), 79-120.
- 28-Yavuzgil O. Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı, *Türk Kardiyoloji Derneği Ars.*, 2016; 44(3): 1-7.
- 29-Montalescot G, Sechtem U. ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *European Heart Journal*. 2013;34: 2949-3003.
- 30-Avcı Işık S. Koroner Arter Hastalıkları Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*. 2018;4(1): 8-19
- 31-Yardım N, Numanoğlu CS, Karakaya O, Kara O, Ergüder T, Oguz S, vd. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. Anıl matbaacılık Ltd. Şti., Ankara; 2015.
- 32-Tuna Z, Çelik SŞ. Discharge training and counseling: Functional autonomy and postdischarge problems of elderly patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Türk Gogus Kalp Dama*. 2014;22(3): 570-6.
- 33-Perk J, Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M. et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*. 2012;33: 1635-1701.
- 34-Alsén P. *Illness Perception and Fatigue after Myocardial Infarction*. University of Gothenburg Sahlgrenska Academy Institute of Health and Care Science, Doctoral dissertation, 2009, Sweden (Advisor: Assoc. Prof. Lars-Olof Persson).
- 35-Kalyoncuoğlu M, Öztürk S, Durmuş G, Keskin B, Can MM. Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım, *Med Bull Haseki*. 2017;55: 85-100.

- 36-Chowdhury SP, Majumder B, Roy S, Ghosh S. Unusual cause of angina in postpercutaneous transluminal coronary angioplasty patient. *Nig J Cardio*,2017;14:51-53.
- 37-Karakoyun S, Gökdeniz T, Börekçi A. İntrakoroner Stent Restenozu, *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics*. 2014;7(6): 88-98.
- 38-Catapano AL, Graham L, Backer GD, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, Hoes AW, Jennings CS, Landmesser U, Pedersen TR, Reiner Z, Riccardi G, Taskinen MR, Tokgözoğlu L, Verschuren WM, Vlachopoulos C, Wood DA, Zamorano JL. *Dislipidemilerin Tedavisine İlişkin 2016/ESC/EAS Kılavuzu*. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2017; 6-55.
- 39-Uzun, M., Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2007;7: 298-304.
- 40-Sevinç S, Eşer İ. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastaların ikincil koruma davranışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011;19(3): 135-144.
- 41-Mammadov J. *Akut Koroner Sendrom Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Uygulanan Kardiyak Rehabilitasyonun Kardiyak Fonksiyonlar Üzerine Etkisi*, Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 2014,1-78.
- 42-Bayülgen MY, Altıok M. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2017;8(16): 45-54.
- 43-Talwar KK, Sharma YP, Thakur R, Bagga S, Kurmi R, Singh K, *Clinical management guidelines for coronary artery disease for national programme for prevention and control of diabetes, cardiovascular disease and stroke, department of cardiology and community medicine, post- graduate institute of medical education and research, WHO Collaborative Programme*, Chandigarh, India, 2009, pp.27-29.

- 44-Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: metaanalysis on 376,162 patients. *Am J Med.* 2012;125(9):882-7.e1.
- 45-Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *JAMA.* 2002;288(4):455-61.
- 46-Newby LK, LaPointe NM, Chen AY, et al. Long-term adherence to evidence-based secondary prevention therapies in coronary artery disease. *Circulation.* 2006 ;113(2):203-12.
- 47-Özen AT, Çelik SŞ. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010;13: 2.
- 48-Enç N, Umman S, Ağırbaşı M, Altıok M, Ergun FŞ, Uysal H, İncekara E, Ulusoy S, Baran AE. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım kılavuzu, *Türk Kardioloji Derneği*, 2004; 1-23.
- 49-Holmes DR, Cannon LA, Stahle E, Morice MC, Mack MJ, Feldman TE, et al. Four-year follow up of the SYNTAX trial. Optimal revascularization strategy in patients with three-vessel disease and/or left main disease. Presented at the Transcatheter Cardiovascular Therapeutics 23rd Annual Scientific Symposium; November 7-11, San Francisco, California, USA, 2011.
- 50-Farkouh ME, Domanski M, Sleeper LA, Siami FS, Dangas G, Mack M, et al. Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes. *N Engl J Med.* 2012;367: 2375-84.
- 51-Çınar C, Oran İ, Temel Anjiyoplasti Balon Stentler ve Özellikleri, *Türk Radyoloji Derneği Seminerleri*, İzmir,2015,3, 255-262.
- 52-Gruntzig A. Transluminal dilatation of coronary-artery stenosis. *Lancet*, 1978; 4(1): 263.

53-Sigwart, U, Puel, J, Mirkovitch, V, Joffre, F, Kappenberger, L. Intravascular stents to prevent occlusion and restenosis after transluminal angioplasty. *N. Engl. J. Med.* 1987; 316: 701–706.

54-Serruys PW, Strauss BH, Beatt KJ, Bertrand ME, Puel J, Rickards AF, Meier B, Goy JJ, Vogt, P, Kappenberger L, et al. Angiographic follow-up after placement of a self-expanding coronary-artery stent. *N. Engl. J. Med.* 1991;324: 13–17.

55-Hoffmann R, Mintz GS, Dussaillant GR Popma JJ, Pichard AD, Satler LF, Kent KM, Griffin J, Leon MB, Patterns and mechanisms of in-stent restenosis. A serial intravascular ultrasound study. *Circulation* 1996; 94: 1247–1254.

56-Abbott JD, Cutlip D. Drug-eluting intracoronary stents: General principles. UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com/contents/drug-eluting-intracoronary-stents-general-principles>, Erişim: 20.09.2021.

57-Arslan M, Ersözlü ZN, Aydoğan İ, İskender M, Helvacı MA, Turhan M. *Eğitimle ilgili temel kavramlar*, 2. Baskı, Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık 2009.

58-American Academy of Family Physicians (AAFP). Core Educational Guidelines. *Patient Education Am Fam Physician* 2000; 62(7): 1712-4.

59-Sağlık Bakanlığı Aile Doktorları İçin Kurs Notları. 1. Basım, Ankara Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, 2004; 63-70 Erişim: <https://docplayer.biz.tr/636322-Aile-doktorlari-icin-kurs-notlari.html> Erişim Tarihi: 18.09.2021.

60-Ulupınar S. Bakımda Hasta Eğitiminin Önemi. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* 2016; 38: 37-9.

61-Özer C, Şahin M, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamakta hasta eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002; 11(1): 11-14.

62-Şenyuva E, Taşocak G. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. *İÜFN Hem Derg* 2007; 15(9): 100-6.

63-Scruggs B, Schorfheide AM. Patient education: anticipating the future. *Clin Nurse Spec*, 1997; 11(6): 233-4.

64-Falvo DR. *Effective patient education: a guide to increased compliance*. Gaithersburg, Md. Aspen

65-Kelly RB, Falvo DR. Patient education. In: Rakel RE, ed. *Textbook of family practice*. 5th ed. Philadelphia: Saunders 1995.

66-Kaya H. Sağlık hizmetlerinde hasta eğitimi ve hemşirenin sorumlulukları. Türkiye Klinikleri *Journal of Nursing Sciences* 2009, 1(1), 19-23.

67-Yıldırım B, Özkahraman Ş. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2011; 1:7-14.

68-Abed MA, Himmel W, Vormfelde S, Koschack J. Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2014; 97: 16-22.

69-Whittink H, Oosterhaven J. Patient education and health literacy. *Musculoskeletal Sci Pract* 2018; 38: 120-7.

70-Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015; 5(2): 129-33.

71-Marcus C. Strategies for improving the quality of verbal patient and family education: a review of the literature and creation of the EDUCATE model. *Health Psychol Behav Med* 2014; 2(1): 482–95.

72-Harrington KF, Valerio MA. A conceptual model of verbal Exchange Health Literacy. *Patient Educ Couns*, 2014; 94(3): 403–10.

73-Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ*, 2007; 335(7609): 24–7.

74-Betschart P, Staubli SE, Zumstein V, Babst C, Stauer R, Schmid HP, et al. Improving Patient Education Materials: A Practical Algorithm from Development to Validation. *Curr Urol*, 2019; 13(2): 64–9.

75-Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: Systematic review. *Health Educ Res* 2005; 20(4): 423-9.

76-Sinclair P, Kable R, Levett Jones T. JBI Veri Tabanı Sistem Rev Uygulaması. *Rep*, 2015; 13(1): 52-64.

77-Dahodwala M, Geransar R, Babion J, Grood J, Sargious P. The impact of the use of video-based educational interventions on patient outcomes in hospital settings: A scoping review. *Patient Educ Couns*, 2018; 101(12): 2116-24.

78-Ihrig A. Multimedia support in preoperative patient education for radical prostatectomy: The physicians' point of view. *Patient Educ Couns* 2012; 87(2): 239-42.

79-Özpulat F. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: eğitici kimliği, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010;293-297.

80-Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Tarih: 19 Nisan 2011, Sayı: 27910.

81-Alcan Z, Tekin DE ve Civil SÖ. *Hasta güvenliği: Beklenmedik Olaylarda Hemşirenin Rolü*, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2012.

82-Özkan HA. *Hemşirelikte bilim, felsefe ve bakımın temelleri*. Akademi Basın, İstanbul, 2014.

83-Uzun Ö. Ameliyat öncesi hasta eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000; 3(2):36-45.

84-Gürlek Ö, Yavuz M. Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16(1):8-15.

85-Dolgun E, Dönmez YC. Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010;3(3):11-15.

86-Yıldırım N, Çiftçi B, Kaşıkçı M. Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Atatürk İletişim Dergisi Sağlık İletişimi Özel Sayı*, 2017;14: 217-231.

87-Huber C, Blanco M. Cleaning up the discharge process. A number of components- and personnel- are crucial to success. *The American Journal of Nursing*, 2010;110(9): 66-69

88-Hamel WJ. Femoral artery closure after cardiac catheterization. *Critical Care Nurse*, 2009;29(1):39-46.

89-Tok A, Çelik S. Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastanın bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2009;13(2):60-67.

90-Rolley JX, Smith J, DiGiacomo M, Salamonson Y, Davidson PM. The caregiving role following percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 2010;20:227-235.

91-Dumond C. Blood pressure and risks of vascular complications after percutaneous coronary intervention. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2007;26(3):121- 127.

92-Frank JJ, Kamalakannan D, Kodenchery M, Savoy-Moore RT, Rosman H. Retroperitoneal hematoma in patients undergoing cardiac catheterization. *Journal of Interventional Cardiology*, 2010;23(6):569-574.

93-Mills C, Wright C, Newell C. Care of post percutaneous coronary intervention patient. *Australian Nursing Journal*, 2012;19(7):26-27.

94-Ekiz S, Göz F. Koroner Anjiyografi Öncesi Hastaları Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniv. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005;5(1):12-23.

95-Balcı A, Enç N. Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilen Görsel- İşitsel Eğitimin Fizyolojik ve Psikososyal Parametreler Üzerine Etkisi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2013;4(5):41- 50.

96-Smith J, Liles C. Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, discriptive study. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007;16:662-671.

97-Shoulders B. Management of patients after percutaneous coronary interventions. *Critical Care Nurse*, 2008;28(5):26-42.

98-Zhao Y, Wong FKY. Effects of a postdischarge transitional care programme for patients with coronary artery disease in China: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 2009;18:2444-2455.

99-Hebda T, Czar P. Telehealth. In (Ed.), *Handbook of informatics for nurses & healthcare professionals* (5th ed., p. 522). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson, 2013.

100-Aston G. Telehealth Reshaping *Your World and Your Patients*, 2015; 3:25-37

101-Ertek S. Endokrinolojide Tele-Sağlık ve Tele-Tıp Uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2011;2: 126-130.

102-Fairchild LS, Varghese SB, Deickman A, Castelli D. Tele-health and Telenursing, Are Live: APN Policy and Practice İmplications. *The Journal for Nurs Practitioners*. 2010;6(2): 98-106.

103-Holmström I. Telenursing in Sweden. In: Kumar S, Snooks H (eds) *Telenursing*. Springer, London, 2011, p: 131-142.

104-Russell B, et al. System, society and dominance effects in the adoption of tele-health: A tri-country comparison, *Economic and Industrial Democracy*. 2015;1: 1-23.

105-Klug G, Hermann G, Fuchs-Nieder B, Panzer M, Haider-Stipacek, A, Zapotoczky HG, and et al. Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2010;197(6): 463-467.

106-<http://www.icn.ch/networks/tele-aims-and-objectives/> erişim 10.09.2021.

107-Souza-Junior VD, Costa Mendes IA, Mazzo A, Godoy S, Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature rewiew, *Applied Nursing Research*. 2016;29: 254-260.

108-Bikmoradi A. Masmouei B. Ghomeisi M. Roshanaei G. Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in dischargedpatients after coronary artery bypass graft surgery: Aquasi-experimental study in Iran. *International Journal of Medical Informatics*, 2016;86: 43–48.

109-Jamshidi N, Abbaszadeh A, Kalyani MN, Sharif F. Effectiveness of Video Information on Coronary Angiography Patients' Outcomes, *Collegian*, 2013;20: 153-159.

110-Koçak V. *Prenatal tarama testi için başvuran gebelerde kaygı düzeyi ve ilişkili faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2014.

111-Sarı S. *Sürekli kaygının yordayıcıları olarak belirsizliğe tahammülsüzlük, endişe ile ilgili inançlar ve kontrol odağının incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.

112-Günay E. (2013). *Gebelerde kaygı düzeyi: Cambridge Kaygı Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

113-Manav F. Kaygı kavramı, *Toplum Bilimleri Dergisi*, 2011;5(9):201-211.

114-Gorman LM, Sultan DF. Psikososyal Hemşirelik, *Genel Hasta Bakımı*, İçinde. (F. Öz ve M. Demiralp Çev.), 57-61, Ankara: Akademisyen Kitapevi, 2014.

115-Civan A, Arı R, Görücü A, Özdemir M. Bireysel ve Takım Sporcularının Müsabaka Öncesi ve Sonrası Durumluk ve Süreklik Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010;7(1), 193-206.

116-Biçkur B. *Üniversite Sınavına Girecek Öğrencilerin Sınav Kaygısı, Benlik Saygısı ve Anne-Baba Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, 2015.

117-Demirkaya K, Şüyün G. Endodonti Hastalarının Tedavi Öncesi Durumluk-Süreklik Anksiyete Düzeylerinin Tedavi Memnuniyetine Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2016;58(4): 334-340.

118-Güveli GM, İşeri E. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi Çocuk Psikiyatr- Özel Konular*. 2016;2(3):7-13.

119-Karaaslan S. *Elâzığ İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Anksiyete Düzeyleri*, Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, 2015.

- 120-Alisinaoğlu F, Ulutaş İ. *Çocuklarda kaygı ve bunu etkileyen etmenler*, Milli Eğitim, 2000.
- 121-Gallagher R, Trotter R, Donaghue J. Measuring anxiety levels before angiography and PCI. *British Journal of Cardiac Nursing*, 2010;5(1): 46-47.
- 122-Karadeniz G, Altıparmak S, Aydemir Ö ve ark. Koroner anjiyografi öncesi anksiyete ve depresyon. *Psikofarmakoloji Dergisi*, 2005,13:43-47.
- 123-Cingözbay BY, Isilak Z, Tokatli A, Uzun M, Kurçer MA. Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2011;11(5): 467-468.
- 124-Yılmaz M, Sayın Y, Tel H. Koroner Anjiyografi Yapılacak Hastaların İşlem Öncesi Bilgi Gereksinimleri ve Anksiyete Düzeyleri, *Türkiye Klinikleri J Nurs* 2012;4(2):55-65.
- 125-Yel P. *Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 2006.
- 126-Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, Wong PK. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health*, 2008;11(1): 44-47.
- 127-Ruddy K, Mayer E, Partridge A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2009;59(1), 56-66.
- 128-Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1979.
- 129-Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American journal of cardiology*, 1993;72(10): 68-74.

130-Gözükan G. *Kanser Hastalarında Psikolojik Faktörlerin Tedavi Uyumuna Etkileri*, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kırıkkale, 2021.

131-Cramer JA. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. Ed. Spilker, B., New York, Raven Press, 1991.

132-Jin J, Sklar GE, Oh VMS, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and clinical risk management*, 2008;4(1): 269.

133-Stirratt MJ, Dunbar-Jacob J, Crane HM, Simoni JM, Czajkowski S, et al. Self-report measures of medication adherence behavior: recommendations on optimal use. *Translational behavioral medicine*, 2015;5(4), 470-482.

134-Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication adherence: truth and consequences. *The American journal of the medical sciences*, 2016;351(4), 387-399.

135-Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *New England journal of medicine*, 2005;353(5), 487-497.

136-Kavradım, ST, Özer ZC. Miyokard infarktüsü sonrası roy uyum modeline dayalı hemşirelik yaklaşımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2016;7(12):24-35.

137-Alkan ÖH. Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2016;7(2):41-47.

138-Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetmezliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2012;3(3):33-38.

- 139-Aghabekyan S, Thampson ME, Abrahamyan L. Medication non-compliance and patient satisfaction following percutaneous coronary intervention. *Journal Interven Cardiol*, 2012;25:469-475.
- 140-Zhu B, Zhao Z, Collam P, Anderson J, Bae JP, Fu H, Zettler M, Lenarz L. Factors associated with clopidogrel use adherence and persistence in patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention, 2011;27(3): 633-641.
- 141-Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, Daniel JG, Ekman I, Ito M, Johnson M, Kimmel S, Liu LZ, Musaus J, Shrank WH, Buono EW, Weiss K, Granger CB. Medication adherence: A call for action. *American Heart Journal*, 2011;162(3):412-424.
- 142-Özçomak MS, Çebi K. İstatistiksel Güç Analizi: Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi Üzerine Bir Uygulama, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2017;31(2): 413-431.
- 143-Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C, Morisky DE. Reliability and validity of the Turkish form of the eightitem Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2014;14(8):692–700.
- 144-Chen SL, Lee WL, Liang T, Liao IC. Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 2014;70(9): 2031- 2040.
- 145-Köseoğlu N, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan bireylerde ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2016;7(14):162-168.
- 146-Abanonu GB, *Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2005.

147-Badıllıoğlu O, Toğrul BÜ, Uçku ŞR. İzmir Güzelbahçe’de koroner kalp hastalığı beş yıllık insidansı ve risk faktörleri ile ilişkisi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 2011;9(3), 129-132.

148-Irmak Z, Fesci H. Akut miyokard enfarktüsünde sekonder koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005,84-96.

149-Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary presentation of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews Journal*, 2004;1:30-41.

150-Charlson ME, Peterson JC, Foster CB, Briggs WM, Ogedegbe GG, Culloch CE, Hollenberg J, Wong C, Allegrante JP. Changing healt behaviors to imprave healt out comes after angioplasty: a randomized trial of net present value versus future value risk communication. *Advance Access Publication*, 2008;23(5): 826-839.

151-Gatti ME Jacobson KL, Gazmarorion JA, Schmatzer B, Kripaloni S, Relationships between beliefs about medications and adherence. *American Journal Health*, 2009; 66(1); 657- 664.

152-Kahkönen O, Saaranen T, Kankkunen P, Lamidi ML, Kyngas H, Miettinen H, Predictors of adherence to treatment by patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention. *Journal Of Clinical Nursing*, 2017, 19, 1-15.

153-Abrahamov D, Bhatnagar G, Goldman, B. *Cerrahi Ne Zaman Endikedir?* Eds: Soltoski P.R., Karamaoukian H.L., Salerno T.A. Çev: Erentug V. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 2006.

154-Kurçer MA, Özbay A. Koroner Arter Hastalarında Uygulanan Yaşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 2011; 1: 107-13.

155-Başar C, Beşli F, Keçebaş M, Kayapınar O, Türker Y. The Effect of Audio-Visual Education Prior to Coronary Angiography on the State Anxiety, Department of

Cardiology, Düzce State Hospital, Düzce, Turkey, *Clinical Case Reports and Reviews*, 2015; 1(8): 176-178.

156-Hajbaghery MA, Moradi T, Mohseni R. Effects of a Multimodal Preparation Package on Vital Signs of Patients Waiting for Coronary Angiography, *Nursing and Midwifery Studies*. 2014; 3(1): e17518.

157-Akkaya S., Polat C., Ede H., Öztürk Ö. Koroner Anjiyografi Laboratuvarına Sevki Yapılan Hastalarda Depresyon, Anksiyete ve Koroner Arter Hastalığı Ciddiyeti İlişkisi, *Bozok Tıp Dergisi*, 2018;8(3):40-45.

158-Jamshidi N, Abbaszadeh A, Kalyani NM. Psychological Problems in Patients Awaiting Coronary Angiography: a Preliminary Study, *Anadolu Kardiyol Dergisi*, 2013; 13: 80- 6.

159-Wynne J, De Jong-Watt, Arthur M. Anxiety and Health- Related Quality of Life in Patients Awaiting Elective Coronary Angiography, Scarborough, Ontario, Canada, *Heart & Lung*. 2004;33(4).

160-Moline LR. Patient Psychologic Preparation for Invasive Procedures: An Integrative Review. *J Vase Nurs*, 2000; 18(4): 117-22.

161-Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması, *Turk J Anaesth Reanim*, 2013; 41: 44-49.

162-Gökgündüz Ö. *Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastalara Verilecek Eğitimin Kaygı düzeylerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.

163-Büyükaşık Ö. *Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2008.

- 164-Durademir BA. *İlk kez MI geçiren hastalarda ve hastaların eşlerinde anksiyete düzeylerinin saptanması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, 1993.
- 165-Demir Ö, Arslantaş H. Müzik Eşliğinde Uygulanan Progresif Gevşeme Egzerzisinin Anjiyografi ve Perkütan Translüminal Koroner Anjiyoplasti Olacak Hastaların Yaşam Bulgularına Etkisi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016;19(1):10-17.
- 166-Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005; 6: 227-239.
- 167-Astin F, Jones K. Prevalence and Patterns of Anxiety and Depression in Patients Undergoing Elective Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty. *Heart Lung*, 2005; 34 (6):393- 401
- 168-Özol D, Koçak MO, Coşkunol İ, Egemen A. Tüberkülozlu Hastalarda Kaygı Durumu Değerlendirilmesi. *Solunum Hastalıkları*, 2005; (16):66-70.
- 169-Mott AM. Psychologic Preparation to Decrease Anxiety Associated With Cardiac Catheterization. *Journal of Vascular Nursing*, 1999; 17(2): 41-49.
- 170-Ünsar S, Sut N, Durna Z. Health- Related Quality Of Life In Patients with Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2007; 22(6): 501-507.
- 171-Karabulut İ. *Perkütan Koroner Girişim Uygulanan Hastalarda Hastalık Algısının İlaç Uyumuna Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018
- 172-Ekinci F, Tuncel B, Coşkun DM, Akman M, Uzuner A. Günlük ilaç hatırlatıcı kısa mesaj (sms) göndermenin hipertansif hastalarda kan basıncı kontrolü ve ilaç uyumu üzerine etkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 2017; 9(2): 59-64.

173-Son YJ, Kim SH, Park JH. Role of depressive symptoms and self-efficacy of medication adherence in korean patients after successful percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Practice*, 2014; 20, 564-572.

174-Aflakseir A. Predicting medication adherence based on illness perceptions in a sample of iranian older adults. *Middle East Journal of Age And Ageing*, 2013, 10: 3-7.

175-Astin F, Closs SJ, Lenachan J, Hunter S, Priestley C. Primary angioplast for heart attack: mismatch between expectations and reality. *Journal of Advanced Nursing*, 2009;65, (1), 72-83.

176-Yaraghchi A, Rezaei O, Mandegar MH, Bagherian R, The relationship between illness perception and quality of life in Iranian with coronary artery bypass graft. *Procedia- Social and Behavioral Sciences* 2012; 46, 3329-3334.

177- Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Invenntory*. California : ConsultingPsychologists Press, 1970.

178- Oner N, Le Compte A. *Durumluk-Sürekli kaygı envanteri elkitabı*, 20. Basım İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1985.

179-Morisky DE, Green LW, Levine MD. Concurrent and Predictive Validity of a self-reported measure of medication adherence. *MedCare*. 1986;24(1):67-74.

7.EKLER

Ek-1. Etik Kurul Onay Formu



Sayı : 37068608-6100-15- 1943
Konu: Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başvurusu hk.

20/08/2020

İlgili Makama (Sibel Uzunok Akçiçek)

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen'in sorumlu araştırmacı olduğu **“Primer Perkütan Koroner Girişim (PKG) Yapılan Bireylerde Taburculuk Eğitimi Sonrası Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisi”** isimli araştırma projesine ait Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (KAEK) Başvuru Dosyası (1935) kayıtlı Numaralı KAEK Başvuru Dosyası , Yeditepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından **19.08.2020** tarihli toplantıda incelenmiştir.

Kurul tarafından yapılan inceleme sonucu,yukarıdaki isim belirtilen çalışmanın yapılmasının etik ve bilimsel açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. **(KAEK Karar No:1275)**

Prof. Dr. Turgay Çelik

Yeditepe Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek-2. Ölçek Kullanım İzni

22.04.2021

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

YEDİTEPE üniversitesinde tez çalışması yapan SİBEL UZUNOK AKÇİÇEK'in, PERKÜTAN KORONER GİRİŞİM (PKG) YAPILAN BİREYLERDE TABURCULUK EĞİTİMİ SONRASI TELEFONLA İZLEMİN KAYGI DURUMUNA VE TEDAVİ UYUMUNA ETKİSİ konulu yüksek lisans tezinde "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri"ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



Ek-3. Kurum İzni

06.07.2020

Konu: Tez Çalışması ve İzin Hk.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ KOZYATAĞI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

Üniversitemiz, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen danışmanlığında, yüksek lisans öğrencisi Sibel Uzunok Akçiçek tarafından yürütülecek olan “*Primer Perkütan Koroner Girişim (PKG) Yapılan Bireylerde Taburculuk Eğitimi Sonrası Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisi*” isimli tez çalışmasını kurumunuzda gerçekleştirilmesi için değerlendirilmesi konusunda gereğini saygılarımla arz ederim.



Dr. Öğr. Üyesi Sevim Şen

Ek-4. Özel Nitelikli Kişisel Verilere İlişkin Veri Sahibi Açık Rıza Beyan Formu

Tercüman gerektiyse;

Tercümanın Adı-Soyadı:

İmza:

Tarih:/...../.....

Saat:

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve bağlı kurumları ile paylaştığım özel nitelikli kişisel verilerimin, veri sorumlusu sıfatıyla, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve bağlı kurumları tarafından işlenmesi ile ilgili olarak, “**Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve Bağlı Kurumlarında Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metni’ni**” okudum ve bu metin ile ilgili yeterli ve kapsamlı bir şekilde bilgilendim.

Özel Nitelikli Kişisel Verilerimin, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Özel Hastaneler Yönetmeliği, (“KVKK”) Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkındaki Yönetmelik, Sağlık Bakanlığı düzenlemeleri ve ilgili yasal mevzuat kapsamında, “Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve Bağlı Kurumlarında Kişisel Verilerin İşlenmesi Hakkında Aydınlatma Metni” nin “Kişisel Verilerinizin İşlenme Amaçları” başlıklı “2” no’lu maddesinde belirtilen amaçlarla sınırlı olmak üzere, KVKK’nın 4. Maddesinde belirtilen “Genel İlkeler” e ve 6. Maddesinde belirtilen “Özel Nitelikli Kişisel Verilerin İşlenme Şartları” hükümlerine uygun olarak, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve bağlı kurumları tarafından işlenmesine, bu verilerimin, gerektiğinde, işlenmek üzere, kanunen yetkili gerçek ve / veya tüzel üçüncü kişi kurum ve kuruluşlara, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi ve bağlı kurumlarının, iş ortaklarına, alt işverenlerine, tedarikçilerine, ürün ve hizmetlerini yürütmek üzere sözleşmesel olarak hizmet aldığı yada herhangi bir alanda işbirliği yaptığı, yurt içinde ve /veya yurt dışında bulunan gerçek ve / veya tüzel üçüncü kişi kurum ve kuruluşlara, KVKK’nın 8. Ve 9. Maddelerinde belirtilen kişisel verilerin aktarılması şartları çerçevesinde aktarılmasına, kendi özgür irademle, açıkça rıza gösteriyorum.

☐ “**YUKARIDA YAZILANLARI OKUDUM, ANLADIM, KABUL EDİYORUM**” İFADESİNİ AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA KENDİ EL YAZINIZLA YAZARAK İMZALAYINIZ.

☐ “**YUKARIDA YAZILANLARI OKUDUM, ANLADIM, KABUL ETMİYORUM**” İFADESİNİ AŞAĞIDAKİ BOŞLUĞA KENDİ EL YAZINIZLA YAZARAK İMZALAYINIZ.

☐ Hastanın Bilinci Açık ve 15 Yaş Üzerinde İse

Hastanın Adı-Soyadı :

İmza :

Tarih :/...../.....

Saat :

☐ Hastanın Bilinci Kapalı veya 18 Yaş Altında İse ve Yanında Yasal Temsilcisi Var İse

Yasal Temsilci (Vasi) veya Veli

Adı-Soyadı:

İmza :

Tarih :/...../.....

Saat :

Ek-5. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: Perkütan Koroner Girişim (PKG) Yapılan Bireylerde Taburculuk Eğitimi Sonrası Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisi

Sizi “**Perkütan Koroner Girişim (PKG) Yapılan Bireylerde Taburculuk Eğitimi Sonrası Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisi**” adlı çalışma için davet ediyorum. Bu araştırma, Primer Perkutan Koroner Girişim yapılan bireylerde, taburculuk öncesi verilen eğitim ile taburculuk sonrası telefon izleminin kaygı durumuna ve tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yetmiş kişiye yapılması planlanmıştır. Yöntemin olumlu etkisi ortaya çıkarsa aynı durumdaki tüm hastaların kullanımına sunulması planlanmaktadır.

Araştırmada gönüllü olan kişilere ölçek formu doldurulacaktır. Perkutan koroner girişim için servise başvuran bireylerde yapılan araştırma kapsamında, sizden tanıtıcı özelliklerinizi içeren sorulara cevap verilmesi istenilecektir. İşlem sonrası “**Perkütan Koroner Girişim Sonrası Taburculuk Eğitim Rehberi**” doğrultusunda eğitim verilecektir. Taburcu olduktan sonra yetmiş kişi kura yöntemi ile iki gruba ayrılacaktır. Bir gruba dört hafta boyunca haftada bir kez olmak üzere sizin belirlediğiniz gün ve saatte “**telefon ile danışmanlık**” hizmeti verilecek olup, diğer gruba ise telefon ile danışmanlık hizmeti vermeden bir ayın sonunda kontrol randevunuza geldiğinizde her iki gruba da tekrar tansiyon, nabız ve kan tahlili tekikleriniz yapıp, aynı ölçek formu doldurulacaktır. İsminiz ve tüm cevaplar saklı tutulacaktır. Araştırma sorularına doğru yanıt vermek dışında bir sorumluluğunuz yoktur. Çalışmadan istediğiniz zaman, herhangi bir yaptırıma veya cezaya maruz kalmaksızın ayrılabilirsiniz. Çalışma kapsamında sağlığınıza tehlikeye atabilecek herhangi bir girişimde bulunulmayacak ve herhangi değişiklik yapılmayacaktır. Çalışmaya katılımınız karşılığında size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire 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 / imzası / tarih:

Bilgilendirme Yapan Hemşire

Adı Soyadı / imzası / tarih:

Sorumlu Araştırmacı
Dr. Öğrt. Üyesi Sevim Şen

Yardımcı Araştırmacı
Sibel Uzunok

Ek-6. Eğitim El Rehberi

Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylere Yönelik

Taburculuk Eğitim Rehberi

İÇİNDEKİLER

1. Önsöz.....	2
2. Koroner Arter Hastalığı (KAH).....	4
2.1.KAH Nedir.....	4
2.2.KAH’ nın Risk Faktörleri Nelerdir?.....	4
2.3 KAH’ nın Tedavisi Nedir?.....	4
3. Primer Perkütan Koroner Girişim Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Dayalı Hemşirelik Bakımı.....	5
3.1.Sağlığı Algılama- Sağlığın Yönetimi.....	12
3.2.Beslenme-Metabolik Durum.....	12
3.3. Boşaltım.....	13
3.4. Aktivite Egzersiz.....	13
3.5. . Bilişsel-Algisal Durum.....	14
3.6. Uyku-Dinlenme.....	14
3.7. Kendini Algılama-Benlik Kavramı.....	15
3.8. Rol-İlişki.....	15
3.9.Cinsellik-Üreme.....	15
3.10. Başetme-Stres Toleransı.....	15
3.11. Değer İnanç.....	16

1. Önsöz

Kalp hastalıkları tıbbi tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri gerektiren önemli bir sağlık sorunudur. Kalp krizi sonrası yaşam biçiminizde çeşitli değişiklikler yapmanız önerilmektedir. Bu eğitim rehberi kalp krizi sonrası sizlerin ihtiyacı olan güncel ve kanıta dayalı bilgiler ışığında hazırlanmıştır. Hedefimiz kalp krizi sonrası tedavinize ve önerilen yaşam biçimine uyumunuzun artmasıdır. Tedaviye uyumunuzda sizin katılımınızın çok önemli olduğunu unutmayınız.

Kalbini koru çünkü içinde sevdiklerin var!

Bu kitapçık “Perkütan Koroner Girişim (PKG) Yapılan Bireylerde Eğitim Sonrası Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisi” başlıklı tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.

Teşekkür

Bu kitapçığın hazırlanmasının her aşamasında yanımda ve bana destek olan çok değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sevim ŞEN'e sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı çalışanlarına değerli katkılarından dolayı şükranlarımı sunarım.

Yüksek Lisans Öğrencisi: Sibel UZUNOK

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Sevim ŞEN

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü

2. Koroner Arter Hastalığı (KAH)

2.1. Koroner Arter Hastalığı Nedir?

Koroner arter hastalığı (KAH) kalp kasını besleyen ve koroner arterler olarak adlandırılan atar damarların daralma veya tıkanması ile kan akımının kısmi ya da tam kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklara denir. Nedeni damar sertliği olarak bilinen "ateroskleroz" dur. Bu hastalığın en önemli özelliği ileri evrelerde hayatı tehdit edebilen kalp krizine yol açabilmesidir.

Koroner arter hastalığı için risk faktörlerini iki grupta inceleyebiliriz.

Kontrol Edilebilir Risk Faktörleri	Kontrol Edilemeyen Risk Faktörleri
Yüksek kolesterol düzeyleri	Yaş (erkeklerde 45 yaş üstü, kadınlarda 55 yaş üstü)
Hipertansiyon	Cinsiyet(erkek cinsiyet daha riskliyen kadınlarda menopoiz sonrası risk artmaktadır)
Diyabet	Ailede KAH olması
Sigara kullanımı	Geçirilmiş KAH veya aterosklerotik damar hastalığının olması
Fiziksel aktivite azlığı	
Şişmanlık	
Aşırı alkol tüketimi	
Stres	

2.3. KAH' nın Tedavisi Nedir?

Koroner arter hastalığı tanısı konan hastalarda tedavi planı kişiye özeldir.

TEDAVİ PLANI	
1.	Hastadaki belirtiler,
2.	Hastalıklı damar sayısı,
3.	Hastalığın ciddiyeti diğer bir deyişle damardaki darlığın derecesi,
4.	Kalp kasının kasılma gücü,
5.	Hastanın ilaç tedavisine yanıtı,
6.	Hastanın yaşı,
7.	Diyabet, KOAH(kronik obstrüktif astım hastalığı), kronik böbrek yetersizliği gibi ilave hastalıkların olup olmasına göre hastalığının varlığı gibi değişkenlere göre kardiyoloji ve kalp ve damar cerrahisi uzmanlarınca ortaklaşa değerlendirilerek verilir.

Koroner arter hastalığı tedavisi 3 şekilde uygulanır:

Medikal tedavi (ilaç tedavisi)	Girişimsel tedavi	Cerrahi tedavi
-----------------------------------	-------------------	----------------

Koroner arter hastalığı kronik bir hastalıktır. Girişimsel ya da cerrahi tedavi uygulansa bile ömür boyu sürecek olan ilaç tedavisinin de başlangıcını oluşturur. Bu nedenle taburcu olduktan sonra da tedavi ve takibiniz devam edecektir.

Kalp krizi geçiren bir kişinin tekrar kriz geçirme riski, hiç geçirmeyen bir kişiye göre daha fazla olacağından (*kalp krizi geçiren her 5 kişiden birinin tekrar kalp krizi geçirme riski mevcuttur*) yaşam tarzını değiştirmesi, hekim kontrollerini aksatmaması ve

Girişimsel ya da cerrahi işlem hangisi yapılırsa yapılsın konulan stent ya da yeni damarların tıkanma riski vardır. **Verilen tedavi ve öneriler bu riski azaltmaya**

Taburcu olurken size; hastalığınız, yapılan tedavileri içeren bir **epikriz raporu** ile uyulması gerekli önlemler ve kullanmanız gereken ilaçları belirten bir **taburculuk yönergesi** verilecektir.

Taburcu olduktan sonra aşağıdaki durumlara dikkat etmeniz önemlidir!

İlaçlarınızı tarif edilen şekilde kullanmanız çok önemlidir. Bu nedenle önerilen ilaçları hekiminize danışmadan asla bırakmayınız ve değiştirmeyiniz. Çünkü yeni bir kalp krizi hekiminizin size önerdiği tedavi ile önlenebilir. **İlaçlarınızı kesmeniz hayatınızı tehlikeye atabilir.**

Eczaneden reçete edilen ilaçların tamamının verilip verilmediğini ve dozlarının reçetede yazılanla aynı olup olmadığını kontrol ederek, bir aksaklık varsa hekiminize bildiriniz.

Önerilen ilaçlar sizde herhangi bir yan etkiye yol açıyorsa vakit kaybetmeden hekiminize/hemşirenize bilgi veriniz.

Kontrollerinizi zamanında yaptırınız ve **kontrole gelirken ilaçlarınızı yanınızda bulundurunuz.**

Kalp krizinden sonra reçete edilen ilaçlar;
Göğüs ağrınızda azalma
Damarlarınızdaki plak ilerlemesini azaltma
Kalbinizin oksijenlenmesini arttırma
Yüksek kolesterolünüzü düşürme
Tansiyonunuzu düşürme
Damarlarınızda pıhtılaşmayı önleyen türde ilaçlar olacaktır.

İLAÇ KULLANIM İLKELERİ
Her ilacın ne amaçla alındığını, adını, dozunu öğrenin.
İlaçların alınması için düzenli bir rutin belirleyin (yemek zamanı ya da yatma zamanı gibi).
Doz atlamayın, unutursanız sonraki öğün çift doz almayın .
Günlük ilaç alımı için bir hap kutusu kullanın.
Yan etkiler oluşursa hekiminize/hemşirenize bildirin.
İlaçlarınızı hekim önerisi olmadan arttırmayın, azaltmayın, bırakmayın .
Kullandığınız tüm ilaçları ve bitkisel takviyeleri hekiminizle paylaşın.

İlaçlarınızla birlikte bazı besinler, alkol ve kafein alınmaz, ilaçlarınızın etkisini değiştirebilir. Bu nedenle ilaç prospektüsüne ve hemşirenizin/hekiminizin önerisine dikkat edin.

İLAÇ KULLANIRKEN DİKKAT ETMENİZ GEREKENLER

Beta-Blokerler	Bu grup ilaçlar, Kan basıncı ve kalp hızını azaltarak kalbin yükünü azaltır. Kalbin daha etkili kan pompalamasını sağlar. Örnek ilaç isimleri <i>Beloc, Lopresor, Problok, Saneloc, Meprolol</i>	Dikkat Edilmesi Gerekenler Bitkinlik, kalp atışlarında azalma, tansiyonda düşme, kan şekerinin düşmesi gibi yan etkiler görülebilir. Haftada 2- 3 kez tansiyonun ölçülmesi yararlı olacaktır. Tansiyon çok düşmüşse, nabız dakikada 60'ın altında ise hekime bildirilmesi gerekir. Genelde sabahları açken alınması daha uygundur.
Antitrombotikler- Antikoagülan- Antiagreganlar	Bu grup ilaçlar, Pıhtı oluşmasını engellemek için kullanılan kan inceltici ilaçlardır.Bu tür ilaçlar damarların açık tutulmasına yardımcı olur Örnek ilaç isimleri <i>Coraspin, Ecoprin, Plavix, Brilanta, Planor.</i>	Dikkat Edilmesi Gerekenler Genelde sabahları açken alınması daha uygundur. Bu tür ilaçlar kanama riskini arttırır. Diş tedavisi, ameliyat gibi girişimlerden önce mutlaka girişim yapan hekime bu tür ilaçların kullanıldığı söylenmelidir. Sert diş fırçası kullanılmamalı, düşme ve kesiklerden korunmalı, elektrikli tırış makinesi kullanılmalıdır.
ACE İnhibitörleri	Bu ilaçlar, Vücutta üretilen ve damarların daralmasına neden olan maddenin üretimini sınırlar. Örnek ilaç isimleri <i>Coversyl, Delix, Enapril, İnhibace, Kaptopril, Monopril, Race, Rilace, Zaprotec.</i>	Dikkat Edilmesi Gerekenler Uzun süre ayakta durulmaması ve haftada 2- 3 kez tansiyonun ölçülmesi yararlı olacaktır.

STATİNLER	Bu grup ilaçlar, Kolesterolün yükselmesini engeller. Kötü kolesterolü (LDL) düşürmede etkilidir. Örnek ilaç isimleri <i>Lipitor, Ator, Kolestor, Tarden, Zocor, Pravachol, Rosucor, Crestor, Colnar, Ultrox.</i>	Dikkat Edilmesi Gerekenler
		Kas ağrısı veya güçsüzlük, eklem ağrısı gibi yan etkiler görülebilir. Gece tok karnına içilmesi önerilir.

Kalsiyum Kanal Blokerleri	Bu grup ilaçlar, Damarların gevşemesini sağlar. Böylece kalbi besleyen damarların kan akımını artırarak, göğüs ağrısının hafiflemesini sağlar. Örnek ilaç isimleri <i>Adalat, Diltizem, İsoptin, Lercadip, Monovas, Nipidol, Norvasc, Vosocard</i>	Dikkat Edilmesi Gerekenler
		Nabızınızda azalma, ritim bozukluğu, kabızlık gibi yan etkiler görülebilir. Haftada 2-3 kez tansiyonun ölçülmesi ve ritim takibi yararlı olacaktır.

NİTRATLAR	Bu grup ilaçlar, Kan damarlarını genişletir. Kan basıncının düşmesini ve kalbin iş yükünün azalmasını sağlar. Göğüs ağrısını azaltarak veya durdurarak egzersiz toleransını artırır. Örnek ilaç isimleri <i>İsordil, Monoket, Monodur, Monolong.</i>	Dikkat Edilmesi Gerekenler
		Baş ağrısı, baş dönmesi, ateş basması, tansiyonda düşme, çarpıntı gibi yan etkiler görülebilir. Ne kadar sıklıkla göğüs ağrısı yaşadığınızı hekiminizle paylaşın, ilaçlarınızda değişiklik yapılması gerekebilir.

A. Koroner arter hastalığında yapılan girişimsel işlemler nelerdir?

a. Uygun darlık veya tıkanıklıkları açmak için **balon anjiyoplasti** ve/veya **stent** uygulanabilir. Diğer Perkutan Koroner Girişimler darlığı yakarak açan **lazer**; çok yüksek devirle dönerek ucundaki küçük top üzerine yerleştirilmiş kristal çıkıntılarla darlığı açan **rotablatör**; darlıktaki pürüzlü yapıları keserek temizleyen **aterektomi**'dir.

b. Koroner arter hastalığının girişimsel işlem komplikasyonları nelerdir?

Her girişimsel işlemin belli oranda bir riski vardır. Balon anjiyoplasti ve stent işleminin komplikasyon (istenmeyen olay veya sonuç) riski düşüktür.

Oluşabilecek komplikasyonlar şunlardır:

Girişim yapılan bölgede küçük morlukların(hematom) olması

Enfeksiyon oluşması (ateş, titreme, işlem bölgesinde kızarıklık, koku gibi belirtiler olabilir)

İşlem anında bacakta bulunan sinire bası olursa bacakta karıncalanma, uyuşma, his kaybı, bacak hareketlerinde zorlanma olabilir.

İşlem yapılan bacakta ağrı, ciddi bir renk değişikliği, morarma, kısmi felç, nabız alamama, soğukluk

Lokal anestezi veya kontrast maddeye (işlemden kullanılan tıbbi boya maddesi) karşı alerjik reaksiyon

Kontrast maddeye bağlı böbrek işlevlerinde bozukluk

Cerrahi girişim veya kan transfüzyonu gerektiren aşırı kanama

Girişim yerinde kateterin yol açtığı damar hasarı

Kalp veya damarlardan pıhtı kopması ve beyine gitmesi ile meydana gelen felç

Daha önceden bilinmeyen yeni bir yan etki dahi ortaya çıkabilir.

3. Perkütan Koroner Girişim Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Dayalı Hemşirelik Bakımı

3.1.Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi

- Sağlığınıza daha iyi yönetebilmeniz için sağlık kontrollerinizi ihmal etmeyiniz.
- Hastalık halinde sağlık kuruluşuna başvurunuz.
- Hekiminizin önermediği hiçbir tedaviyi uygulamayınız.
- Aşılarınızı düzenli yaptırınız.
- Sigara, alkol gibi sağlığı olumsuz etkileyen davranışlardan uzak durunuz.
- Beslenmenize dikkat ediniz.
- Yaşama sevincinizi kaybetmeyin ve kendinizi sevin.
- Sosyal aktivitelere vakit ayırın.
- Çevre koşullarınızı iyileştirmek için zaman ayırınız.
- Diyabetiniz varsa uygun diyet ve kan şekeri kontrolünüze dikkat ediniz. **HbA1c değerinizin %6,5' den düşük** olması gerektiğini unutmayınız.

3.2. Beslenme-Metabolik Durum

Aşırı vücut yağı kalp hastalığı riskini artırır. Vücutta fazla yağın depolandığı bölgeye göre de kalp sağlığı etkilenir. Karın bölgesinde fazla yağ toplanması kalça ve uyluklarda toplanan yağa kıyasla yüksek oranda kalp hastalıkları ile ilgili risk oluşturur.

Bu nedenle ideal vücut ağırlığınıza ulaşmanız (**ideal Beden kitle indeksi/BKİ**) dışında bel/kalça oranınızın da normal (**kadınlarda 0,85 cm erkeklerde 0.90 cm**) olması kalp sağlığı açısından önemlidir. Günümüzde şişmanlığın belirlenmesinde beden kitle indeksi kullanılmaktadır. **Bel/kalça oranı** erkeklerde **1.0**, kadınlarda **0.8** üzerine çıkmamalıdır.

Beden Kitle İndeksi(BKİ) nasıl hesaplanır?

Beden Kitle İndeksi = Vücut ağırlığı (kg) / Boy (m)²

Örnek: Vücut ağırlığı 60 kg, boyu 1.67 m olan bir kişinin;

Beden Kitle İndeksi = 60 / 1.61 x 1.67 = 21' dir.

BKİ değerine göre sağlık sorunları riskini şu şekilde değerlendirebiliriz.

BKİ Sağlık Sorunları Riski

18.5- 24.9 (normal)	Çok düşük risk
25.0- 29.9 (hafif şişman)	Düşük risk
30.0- 34.9 (şişman)	Orta risk
35.0- 40.0 (ağır şişman)	Yüksek risk

Önerilenler	Kaçınılması gerekenler
✓ Haftada en az iki kez balık tüketimi	✓ Kahve, günde 1-2 kadehten daha fazla alkol
✓ Her öğünde mutlaka sebze-meyve tüketimi	✓ Beta-karoten, E vitamini, C vitamini, flavonoidlerin (riboflavin) gibi ilaçlar.
✓ Liften zengin beslenme (yulaf, kepekli ekmek, tam buğday ekmeği, kepekli makarna)	✓ Doymuş yağ asitlerinden zengin yiyecekler (tereyağ, kırmızı et, deniz ürünleri, fındık hariç kuruyemiş(ceviz, çiğ badem, çiğ fındık olabilir), işlenmiş etler, tavuk ve kanatların derisi, tam yağlı süt, süt ürünleri, çikolata ya da tereyağlı tatlılar).
✓ Kuru baklagil yemekleri	
✓ Kanola yağı, zeytinyağı, bitkisel sıvı yağ tercih edilmesi	
✓ Yağı alınmış ya da azaltılmış süt ürünleri tercih edilmesi	

3.3. Boşaltım

İşlem sırasında uygulanan bazı ilaçların böbrek fonksiyonlarına zarar verebilir. Bu yan etkisini önlemek için **ilk 24 saat ve ertesi gün bol sıvı** alınması gerekir. Ancak **kronik böbrek rahatsızlığı olanlar** hekimin önerdiği miktarda sıvı almalıdır.

Günlük idrar çıkışında azalma, sık sık ve az miktarda idrara çıkma gibi üriner fonksiyonlarında değişiklik olursa hekiminize/hemşirenize bilgi veriniz.

3.4. Aktivite-Egzersiz

Fiziksel olarak aktif olmak ve düzenli egzersiz kalbiniz için faydalıdır. İlk günler kısa süreler yürüyüp, aşamalı olarak 6 hafta sonra yürüyüş sürenizi 30 dakikaya çıkarınız. İlerleyen zamanlarda haftada en az 5 gün 30-45 dakikalık düzenli aerobik egzersiz (yürüyüş, bisiklete, binme, yüzme gibi) yapınız.

Egzersiz yapılırken dikkat edilmesi gerekenler:

Ciddi ve kontrolsüz hipertansiyonu olan hastalar ancak hekim değerlendirdikten ve tedavisini düzenledikten sonra egzersize başlayabilirler. Egzersiz sırasında aşırı kan basıncı yükselmelerinden (büyük tansiyon için sınır 220 mmHg, küçük tansiyon için sınır 110 mmHg olmalı) kaçınılmalıdır. Kalp duvarlarında belirgin kalınlaşma olan hastalar aşırı egzersiz yapmaktan kaçınılmalıdır. Önce ısınma egzersizleri (10-15 dakika) yapılmalıdır. Isınma ve soğuma sırasında esneklik (germe) egzersizleri de yapılmalıdır. Egzersizlerin sonunda aktivite düzeyi yavaş yavaş azaltılmalıdır (5-10 dakika soğuma). Maske kullanımına ve sosyal mesafemizin 1,5 metre olmasına dikkat edilmelidir. Egzersiz sırasında nefes tutulmamalıdır. Egzersiz sırasında nefesi tutmak, kanın kalbe geri dönüşünü azaltır.

3.5. Bilişsel-Algısal Durum

İşlem öncesi ve sonrası vücudunuzun herhangi bir yerinde uyuşukluk, duyu kaybı, ağrı, bilinç durumunuzda değişiklik görülürse bunu hemen hekiminize bilgi verip en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.

3.6. Uyku-Dinlenme

Taburcu olduktan sonra hekiminizin farklı bir önerisi yoksa normal günlük aktivitelerinizi yerine getirebilirsiniz.

Sağlığınızı korumak için düzenli ve kaliteli uyku programı oluşturmalsınız;
Her gün aynı saatte yatıp aynı saatte kalkmaya,
Günlük 7-8 saat uyumaya,
Gün içerisinde ve yemeklerden sonra uyumamaya,
Uyumadan önce alkol ve sigara kullanmamaya dikkat ediniz

3.7.Kendini Algılama-Benlik Kavramı

İşlem öncesi ve sonrası endişeleriniz olabilir. Hekiminiz ve hemşireniz işlem hakkında bilgilendirme yapacaktır, endişenizin azalmasına yardımcı olacaktır. Derin nefes alıp-vererek kendinizi rahatlatabilirsiniz. Gerekirse doktorunuz tarafından sakinleştirici uygulanabilir.

3.8.Rol-İlişki

Taburculuk sonrası sosyal iletişimlerinize devam edebilirsiniz. Ancak bu ilişkileri kurarken sizi rahatlatan, mutlu eden kişilerle bir arada olmanız tavsiye edilebilir.

3.9.Cinsellik-Üreme

Kalp problemi olan hastaların cinsel aktivitelerini sağlıklı ve güvenli bir biçimde yürütebilmesi için;

Miyokard infarktüs sonrası 2 hafta içinde cinsel aktiviteden uzak durması, hekimi onay vermiş ise; 3-6 hafta sonra cinsel ilişkiye başlanması önerilmektedir. Cinsel eylemden 3 saat öncesine kadar egzersiz, aşırı yemek ve alkol alımından kaçınılmalıdır. Kendinizi rahat hissettiğinizde tercih edilmelidir.

Başıetme-Stres Toleransı

Hastalığınız sonrası yalnızlık, korku, belirsizlik, stres gibi farklı duygular hissedebilirsiniz. Bu duyguların çoğunu kalp hastası olanlar yaygın olarak yaşamaktadır. Duygularınız, sizi olumlu veya olumsuz etkileyebilir, kardiyak riskinizi arttırabilir. Gerekirse profesyonel destek alabilirsiniz. Sağlık durumunuzu nasıl yöneteceğinizi bilerseniz bu duygularınız zamanla azalacaktır.

Stresle başa çıkma yöntemleri

Pozitif düşünmeye çalışın.

Stresliyken o ortamdan uzaklaşın, derin nefes alın, yürüyüş yapın,dikkatinizi başka şeylere yöneltin.

Yaşamaktan zevk almaya çalışın,sosyalleşin,kendinize hobi edinin.

Her gün dinlenmek için kendinize zaman ayırın, GÜLÜMSEYİN.

3.10. Değer-İnanç

Stres kaynakları ve yaşamsal olayların, bireyin inanç sistemini tehdit ettiği durumlarda ve bireyin biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve yaşamın manevi alanlarının etkilenmesi durumunda “**Manevi Stres**” ortaya çıkar. Manevi stres ile başa çıkabildiğinizde kan basıncınız düşer ve bağışıklığınızın güçlenmesine yardımcı olursunuz.

Manevi stres ile başa çıkma yöntemleri;

İbadet edebilir, inançlarınızı paylaşan insanlarla etkileşime girebilirsiniz.

Meditasyon yapabilir, doğaya, müziğe veya sanata yönelebilirsiniz.

Çevrenizdekilere minnettarlığınızı ve şükranlığınızı dile getirin. Alçakgönüllü ve hoşgörülü olmayı kaybetmeyin.

Her şeyi kontrol etmeye çalışmayın.

Kendinizi suçlamak yerine yaşadıklarınızdan ders almaya çalışın.

Bir yere ait olduğunuzu hissetmeye çalışın.

Hayatınızın bir amacı olsun.

Ek-7. Anket Formu

Değerli Katılımcılar,

Bu çalışma, Perkütan Koroner Girişim Yapılan Bireylerde Taburculuk Eğitimi Sonrası Telefonla İzlemin Kaygı Durumuna ve Tedavi Uyumuna Etkisini incelemek amacıyla sizlerden alınacak bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Ankete vereceğiniz samimi ve doğru yanıtlar, yapılacak olan iyileştirmelerin etkili ve verimli olmasını sağlayacaktır. Çalışmalarımıza katkı sağladığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Sibel Uzunok

Demografik Bilgiler			
1	Adı soyadı		
2	Telefon No:		
3	Açık adres		
4	Cinsiyetiniz	Kadın ()	Erkek ()
2	Yaşınız		
4	Medeni Durumunuz	Evli ()	Bekar ()
5	Eğitim Durumu	Okur-yazar ()	Lise ()
		İlköğretim ()	Üniversite ve üzeri ()
6	Mesleğiniz		
7	Çalışma Durumunuz	Çalışıyor ()	Emekli ()
		Çalışmıyor ()	
8	Sosyal Güvence	Var ()	Yok ()
9	Size göre gelir durumunuz	Gelir giderden fazla ()	Gelir ve gider eşit ()
		Gelir giderden az ()	
10	Alışkanlıklarınız	Sigara (Gün/paket)	
		Alkol (ne kadar sıklıkta)	
11	Kronik hastalığınız	Var ()	Yok ()
12	Kronik hastalık varsa Belirtiniz.		
13	Sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlar		
14	İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
15	Genel olarak sağlığınıza algılama durumunuz	Çok iyi ()	İyi ()
		Kötü ()	Çok Kötü ()
16	Daha önce primer perkütan koroner girişimler süreci	Evet ()	Hayır ()

	hakkında eğitim aldınız mı?		
17	Evet ise, Eğitimi nerden aldınız?	Hemşire ()	Hekim ()
		İnternet ()	Diğer ()
18	Bugüne kadar koroner arter hastalığınız nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?	Evet ()	Hayır ()
19	Daha önce koroner arter hastalığınız ile ilgili işlemlerden biri/birkaçı uygulandı mı?	Evet ()	Hayır ()
20	Uygulandı ise işaretleyiniz.	Stent ()	Anjiyografi ()
		PTCA ()	Bypass ()
21	Diyet yapıyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
22	Egzersiz yapıyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
23	Durumunuzun ciddi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
24	Hastalığınız ile ilgili endişe yaşıyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
25	Bu hastalığın yaşamınızı kısıtladığını düşünüyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
26	Hastalığınızın gelecek ile ilgili planlarınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
27	Eve döndüğünüzde size destek olacak kimseniz var mı?	Evet ()	Hayır ()
28	Anjiyografi/ptca sonrası nasıl yaşamınız gerektiği ile ilgili bilgi almak istiyor musunuz?	Evet ()	Hayır ()
29	Bu işlemten sonra ne zaman sonra kontrole gelmeniz gerekiyor?	Bilmiyorum ()	0-3 ay sonra ()

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

İsim:

Cinsiyet:

Yaş:

Meslek:

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
		(1)	(2)	(3)	(4)
1	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ – Devamı

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

2. MODİFİYE MORİSKY TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİ

Kalp ile ilgili sorunuz için ilaç kullandığınızı belirttiniz. Bireyler kendilerinin ilaç kullanma davranışlarıyla ilgili çeşitli konuları tanımladılar. Bu çerçevede sizin ilaç kullanma konusundaki deneyimleriniz bizim için önemlidir. Aşağıdaki yer alan sorularda doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu hastalığınızla ilgili sizin kişisel ilaç kullanma deneyiminize dayanarak aşağıdaki her bir soruyu cevaplandırınız.

KULLANDIĞINIZ İLAÇ/İLAÇLARIN ADI	
---	--

Sıra No	Lütfen her maddeyle ilgili düşüncenizi yandaki kutuya işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
1	İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?	☐	☐
2	İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?	☐	☐
3	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?	☐	☐
4	Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?	☐	☐
5	İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?	☐	☐
6	Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?	☐	☐

Ek-8 Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	SİBEL	Soyadı	UZUNOK
-----	-------	--------	--------

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Formasyon	Sağlık Bilimleri	TRAKYA ÜNİVERSİTESİ	2015
Lisans	Hemşirelik	TRAKYA ÜNİVERSİTESİ	2004
Lise	Fen-Matematik	KARTAL LİSESİ	1999

Başarılmış birden fazla sınav varsa (KPDS, ÜDS, TOEFL; EELTS vs), tüm sonuçlar yazılmalıdır

Bildiği Yabancı Dilleri	Yabancı Dil Sınav Notu (#)
İNGİLİZCE	

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Karma Servis Hemşireliği	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	1997-halen çalışmakta
Meslek Öğretmenlik	Özel Farabi Koleji-Anadolu Sağlık Meslek Lisesi (Kartal)	2015/2016
Kan Alma Hemşireliği	Kanuni Sultan Süleyman Aile Sağlığı Merkezi (Ataşehir)	2014/2015
Kadın Doğum Poliklinik Hemşireliği	Kadıköy Şifa Hastanesi (Ataşehir)	2012/2013
Kalp Damar Cerrahi ve Kardiyoloji Servisi Hemşireliği	Başkent Üniversitesi Hastanesi (Altunizade)	2007/2012
Genel Yoğun Bakım Hemşireliği	Anadolu Sağlık Merkezi (Kocaeli)	2005/2007
Genel Yoğun Bakım Hemşireliği	Acıbadem Hastanesi (Kozyatağı)	2005
Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği	Florange Nightingale Hastanesi (Çağlayan)	2004/2005

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
Gmail, Google Drive, DOS	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilimsel Çalışmaları

SCI, SSCI, AHCI indekslerine giren dergilerde yayınlanan makaleler

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (*Proceedings*) basılan bildiriler

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

Diğer (Görev Aldığı Projeler/Sertifikalari/Ödülleri)
