

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**KORONER ARTER HASTALARININ BİLGİ DÜZEYİ**  
**VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Kardelen Serçin BAYINDIR**

**İstanbul**  
**Aralık-2021**

**T.C.**  
**İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI**

**KORONER ARTER HASTALARININ BİLGİ DÜZEYİ VE**  
**EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Kardelen Serçin BAYINDIR**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK**

**İstanbul**  
**Aralık-2021**

## TEZ ONAYI

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Üye Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER

Üye Dr. Öğr. Üyesi Berna DİNCER

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Metin TOPRAK

Enstitü Müdürü

## BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Yüksek lisans tezi olarak hazırladığım “**Koroner Arter Hastalarının Bilgi Düzeyi ve Eğitim Gereksinimleri**” adlı çalışmanın öneri aşamasından sonuçlandığı aşamaya kadar geçen süreçte bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle uyduğumu, tez içindeki tüm bilgileri bilimsel ahlak ve gelenek çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığımı, bu çalışmamda doğrudan veya dolaylı olarak yaptığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu beyan ederim.

Kardelen Serçin BAYINDIR

## ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca yanımda ve bana yardımcı olan, sabırlı ve anlayışlı tutumu ile beni destekleyen Değerli Hocam ve Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK'e,

Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Zülfünaz ÖZER'e,

Yüksek lisans tezimin başlangıcında birlikte çalıştığım ve tezime katkıları bulunan Sayın Hocam Dr. Öğr. Üyesi Dilek YILDIRIM'a,

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün Değerli Hocalarına,

Yüksek lisans tezimde gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden Hastalara, Yaşamım boyunca gösterdikleri büyük fedakârlıklar için Annem Halime NAKİP'e, Babam Necati NAKİP'e ve Kardeşim Alperen Bilgin NAKİP'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca benden desteğini esirgemeyen, bana inanan, motive eden Sevgili Eşim İsa BAYINDIR'a,

Veri toplama aşamasında bana yardımcı olan Dostum Nazlıcan TANDIRCIOĞLU'na, Sonsuz teşekkür ederim.

**Kardelen Serçin BAYINDIR**

**İstanbul-2021**

# ÖZET

## KORONER ARTER HASTALARININ BİLGİ DÜZEYİ VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİ

**Kardelen Serçin BAYINDIR**

Yüksek Lisans, İç Hastalıkları Hemşireliği

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

Aralık, 2021 - 162 Sayfa

Araştırma koroner arter hastalarının bilgi düzeyi, eğitim ve öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki araştırma İstanbul ilinde bir kamu hastanesinde kardiyoloji servislerinde yatan 300 hasta ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında Hasta Bilgi Formu, Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler, Shapiro-Wilk, Student-t testi, Mann-Whitney U, Games-Howell, Kruskal-Wallis, Dunn-Bonferroni testleri, Tek Yönlü Varyans Analizi, Spearman Korelasyon Analizi ve Linear Regresyon Analizi kullanıldı. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $63,66 \pm 12,70$  yıl olup, %54,7'si erkek, %52,3'ü ilkokul mezunu ve %33,7'si emeklidir. KAH Eğitim Anketi-2'nin toplam ve tıbbi durum, risk faktörleri, egzersiz, beslenme, psikososyal risk alt boyut puan ortalaması sırasıyla  $38,41 \pm 21,60$ ,  $9,41 \pm 5,62$ ,  $6,81 \pm 4,07$ ,  $8,56 \pm 5,61$ ,  $7,13 \pm 4,00$ ,  $6,51 \pm 4,38$  olarak, HÖGÖ toplam puan ortalaması  $151,58 \pm 36,90$  ve ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyut puanları önemlilik düzeyleri sırasıyla 3,25, 3,02, 2,98, 2,65, 3,18, 3,11, 2,74 olarak bulundu. Hastaların KAH Eğitim Anketi-2 toplamından aldıkları puanlar ile HÖGÖ puan toplamları arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ( $r=0,819$ ,  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Araştırma sonucunda koroner arter hastalarının bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, öğrenim gereksinimlerinin ne az ne çok önemli olduğu bulundu. Koroner arter hastalarının bilgi düzeyi yükseldikçe öğrenim gereksinimlerinde artmaktadır ( $R^2:0,649$ ;  $F=136,401$ ,  $p=0,001$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Koroner arter hastalığı, bilgi düzeyi, öğrenim gereksinimleri

**ABSTRACT**  
**KNOWLEDGE LEVELS AND EDUCATIONAL NEEDS OF**  
**CORONARY ARTERY PATIENTS**

**Kardelen Serçin BAYINDIR**

Master Of Science, Internal Medicine Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ayşe Nefise BAHÇECİK

December, 2021 - 162 Pages

The study was conducted to determine the knowledge levels and educational and learning needs of coronary artery patients. This descriptive and cross-sectional study was conducted with 300 patients hospitalized in the cardiology unit of a public hospital in Istanbul. Patient Information Form, Coronary Artery Disease Education Questionnaire-II and Patient Learning Needs Scale were used to collect data. Data were evaluated using descriptive statistics, Shapiro-Wilk, Student's t-test, Mann-Whitney U, Games-Howell, Kruskal-Wallis, Dunn-Bonferroni tests, one-way analysis of variance, Spearman correlation analysis and Linear regression analysis. The mean age of the patients participating in the study was  $63.66 \pm 12.70$  years, 54.7% were male, 52.3% were primary school graduates and 33.7% were retired. Mean scores from the CAD Education Questionnaire-II in total and from its medical condition, risk factors, exercise, nutrition, and psychosocial risk domains were  $38.41 \pm 21.60$ ,  $9.41 \pm 5.62$ ,  $6.81 \pm 4.07$ ,  $8.56 \pm 5.61$ ,  $7.13 \pm 4.00$  and  $6.51 \pm 4.38$ , respectively. The mean score from the PLNS in total was  $151.58 \pm 36.90$  and the mean scores from its medications, activities of living, community and follow-up, feelings related to the condition, treatment and complications, quality of life, skin care subscales were 3.25, 3.02, 2.98, 2.65, 3.18, 3.11, 2.74, respectively. A positive, high-level, statistically significant correlation was found between the patients' total scores from the CAD Education Questionnaire-II and the PLNS scores ( $r=0.819$ ,  $p=0.001$ ;  $p<0.01$ ). The results of the study demonstrated that coronary artery patients had an insufficient level of knowledge, and their learning needs were neither too little nor too much. As the level of knowledge of coronary artery patients increased, their educational needs also increased ( $R^2:0,649$ ;  $F=136,401$   $p=0,001$ ).

**Key words:** Coronary artery disease, knowledge level, learning needs

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	i
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ .....	ii
ÖN SÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER .....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii

## BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ.....	1
------------	---

## İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kalp ve Damar Sistemi .....	3
2.2. Koroner Arter Hastalığının Tanımı .....	4
2.3. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi.....	4
2.4. Koroner Arter Hastalığının Fizyopatolojisi.....	7
2.5. Koroner Arter Hastalığında Risk Faktörleri.....	9
2.5.1. Değişirilemez Risk Faktörleri .....	10
2.5.2. Değişirilebilir Risk Faktörleri .....	10

2.5.3. Yeni Risk Faktörleri.....	13
2.6. Koroner Arter Hastalığının Semptomları.....	14
2.7. Koroner Arter Hastalığının Sınıflandırılması.....	15
2.8. Koroner Arter Hastalığının Tanı Yöntemleri.....	16
2.9. Koroner Arter Hastalarının Tedavi ve Yönetimi .....	17
2.9.1. Yaşam Tarzı Değişikliği ve Hasta Eğitimi.....	18
2.9.2. Farmakolojik Tedavi .....	18
2.9.3. Cerrahi Tedavi.....	20
2.10. Koroner Arter Hastalıklarında Korunma .....	20
2.11. Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı .....	22
2.12. Taburculuk, Hasta Eğitimi ve Öğrenim Gereksinimleri .....	25
2.12.1. Taburculuk .....	25
2.12.2. Hasta Eğitimi ve Öğrenim Gereksinimleri.....	27
2.13. Kalp Hastalarında Eğitimin Önemi ve Yapılan Çalışmalar .....	30

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

<b>GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>34</b>
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü .....	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	34
3.4. Araştırma Soruları .....	35
3.5. Veri Toplama Araçları .....	36
3.5.1. Hasta Bilgi Formu .....	36
3.5.2. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 .....	36
3.5.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği.....	37

3.6. Verilerin Toplanması .....	37
3.7. Araştırmanın Değişkenleri .....	38
3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi .....	38
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	39
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	39

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

<b>BULGULAR .....</b>	<b>40</b>
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular .....	40
4.2. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 İle İlgili Bulgular .....	44
4.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği İle İlgili Bulgular .....	60
4.4. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular .....	77

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>76</b>
-----------------------	-----------

## **ALTINCI BÖLÜM**

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>108</b>
--------------------------------	------------

<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>110</b>
-----------------------	------------

<b>EKLER .....</b>	<b>132</b>
--------------------	------------

<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>149</b>
-----------------------	------------

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1: TÜİK Verilerine Göre Son 5 Yıl İçerisinde Dolaşım Sistemi Hastalıklarından Ölümlerin Dağılımı .....	5
Tablo 2.2: Göğüs Ağrısının Geleneksel Klinik Sınıflandırılması.....	15
Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=300).....	41
Tablo 4.2: Hastaların Kardiyak Risk Faktörlerinin Dağılımı (n=300).....	42
Tablo 4.3: Hastaların Hastalık/Tedavi Süreci Özelliklerinin Dağılımı (n=300).....	43
Tablo 4.4: Hastaların Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı (n=300) .....	44
Tablo 4.5: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=300).....	45
Tablo 4.6: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 İle İlgili Puanların Dağılımı (n=300) .....	46
Tablo 4.7: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 İle İlgili Alınan Puanlara Göre Bilgi Düzeyi Sınıflaması (n=300) .....	47
Tablo 4.8: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300).....	48
Tablo 4.9: Hastaların Kardiyak Risk Faktörlerine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300).....	53
Tablo 4.10: Hastaların Hastalık/Tedavi Sürecine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300).....	55
Tablo 4.11: Hastaların Eğitim Alma Durumuna Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300).....	57
Tablo 4.12: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=300).....	58

Tablo 4.13: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği İle İlgili Puanların Dağılımı (n=300)	60
Tablo 4.14: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)	61
Tablo 4.15: Hastaların Kardiyak Risk Faktörlerine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)	65
Tablo 4.16: Hastaların Hastalık/Tedavi Sürecine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)	68
Tablo 4.17: Hastaların Eğitim Alma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)	70
Tablo 4.18: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ile Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=300)	71
Tablo 4.19: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Alt Boyutlarının Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarına Etkisinin Regresyon Analizi	75

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: 2019 Yılı Dolaşım Sistemi Hastalıkları Kaynaklı Alt Ölümünün Oranı.....	6
Şekil 2.2: TEKHARF’te Ölüm Sebebi Dağılımı (1990-2016) .....	7
Şekil 4.1: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Alt Boyutları İle Hasta Öğrenim Gereksinimleri Toplamı Arasındaki İlişki.....	73
Şekil 4.2: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Toplam Puanı İle Hasta Öğrenim Gereksinimleri Toplam Puanı Arasındaki İlişki .....	74

## KISALTMALAR LİSTESİ

KDH	: Kalp Damar Hastalıkları
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KKH	: Koroner Kalp Hastalığı
KVC	: Kardiyo Vasküler Cerrahi
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
AKS	: Akut Koroner Sendrom
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
AHA	: Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
TKD	: Türk Kardiyoloji Derneği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
MI	: Miyokart Enfarktüsü
AP	: Anjina Pektoris
HT	: Hipertansiyon
KABG	: Koroner Arter Bypass Grefti
HÖGÖ	: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
EKG	: Elektrokardiyografi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar
CAD	: Coronary Artery Disease
PLNS	: Patient Learning Needs Scale

# BİRİNCİ BÖLÜM

## GİRİŞ

Bütün ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de kronik hastalıklar önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye'de toplam ölümlerin yarısından çoğunda Bulaşıcı Olmayan Kronik Hastalıklar (BOH)'ın sebep olduğu tahmin edilmektedir. BOH'ın %47'sini Kalp Damar Hastalıkları (KDH) oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 26 yılda meydana gelen ölümlerin %42'si Koroner Kalp Hastalığı (KKH) nedeni olduğu görülmüştür (TEKHARF, 2017). Bireylerin yaşam sürelerinde bununla beraber yaşlı nüfusta artış olması Koroner Arter Hastalığı (KAH) sayısını ve hastalık yükünü artırmaktadır. Bu yükü hafifletmek için de hastalık yönetimi çok önemlidir. Hastalık yönetimi genel olarak risk faktörlerinde kontrol, yaşam tarzında değişiklik, farmakolojik tedavi ve hasta eğitimini içerir (Kalyoncuoğlu, 2017). Taburculuk eğitimi, hastaların hastaneye yatışı ile başlayan ve taburcu olduktan sonra bakım sorumluluklarını iyi ve doğru bir şekilde idame ettirebilmeleri için organize edilen süreçtir. Taburculuk planlanmasında temel sorumluluk hemşirededir ve en önemli görevi hasta eğitimlerinin gerçekleştirilmesidir (Yalçın vd., 2015). Hasta eğitimi hasta yönetiminin en temel unsurudur. Hasta eğitimi sağlığı korumak, sürdürmek ve geliştirmek için gerekli olan bilgi, tutum ve becerilerin oluşmasını sağlayan hastanın sağlıklı davranış şekillerini kazandırmayı amaçlayan etkileme süreci olarak tanımlanabilir (Şenyuva ve Taşocak, 2007, Yıldırım, Çiftçi ve Kaşıkçı, 2017). Bu şekilde hasta ve aile üyeleri hastalık, bakım ve tedavi süreci, yaşam kalitesini iyileştirme gibi gereksinim duyduğu boşlukları doldurarak özbakım sorumluluğunu üstlenirler (Aygül ve Ulupınar, 2012). Hastalara yapılan eğitimlerle hastalığı ile baş etmesini ve tedaviye uyumunun sağlandığı, iyileşme sürecinin hızlandığı, yaşam kalitesinin arttığı, hastaneye geri dönüşlerin azaldığı ve hasta memnuniyetini arttığı bildirilmiştir (Dursun ve Yılmaz 2015; Çamcı, 2018; Türker, 2020).

Hemşireler eğitimi yaparken bireyin hastalığıyla ilgili spesifik süreci, mevcut durumu, tedavi şekilleri ve sağlığı koruyup geliştirme, sürdürme alışkanlıkları hakkında bilgilendirerek yapar (Öztürk, Çilingir ve Hintistan, 2011). Yapılan çalışmalarda; hastaların öğrenmek istediği eğitim konularıyla hemşirelerin hastalara öğretmeyi planladığı konuların birbirinden farklı olduğu belirlenmiştir. Hastaları bilgilendirmek için ayrılan zamanın hemşirenin önemli gördüğü konuların anlatımıyla geçtiği ve bireyin ihtiyacı olan konuların atlandığı görülmüştür (Tan, Özdelikara ve Polat, 2013). Hastanede yatan ve taburculuğu planlanan tüm hastaların öğrenim gereksinimleri ve bilgi düzeylerinin birbirinden farklı olabileceği göz önünde bulundurularak etkin bir eğitim verilebilmesi, hangi bilgiye gereksinimlerinin olduğu ve hangisine öncelik verilmesi gerektiğinin doğru tespiti ve kaliteli bir bakımın gerçekleşebilmesi için bireylerin öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi gereklidir (Çetinkaya ve Aşiret, 2017). Yapılan literatür incelemesinde koroner arter hastalığı tanısı alan bireylerin bilgi düzeyini değerlendiren, eğitim ve öğrenim gereksinimlerini inceleyen araştırmalara rastlanmamıştır. Ancak daha önce yapılan çalışmalarda hemşirelerin hastaları eğitim planına dâhil ederek gereksinim duyduğu konuların belirlenmesinin önemli olduğu ortaya konulmuştur. Hastaların bilgi düzeyinin belirlenerek, hangi konularda eğitim gereksinimi olduğu veya hangi konuların düzeltilmesi gerektiği belirlenmelidir.

Bu kadar önemli bir konu olmasına karşın ülkemizde hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik hastalıklara özel bazı çalışmalar olmakla birlikte (Dağ vd., 2014; Baran, 2018; Duman Kırmacı, 2020), koroner arter hastalarının bilgi düzeyi, eğitim ve öğrenim gereksinimlerine yönelik çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. KAH olan bireylerin bilgi düzeylerinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi hasta eğitim basamağının verimli gerçekleştirilmesi, hastalık yönetimi için önemlidir. Bu doğrultuda koroner arter hastalarının bilgi düzeyi, eğitim ve öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın literatüre önemli ölçüde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Kalp ve Damar Sistemi

Kalp toraks boşluğunda sağ ve sol akciğerler arasında, özofagus ve diyafragma yanında bulunan, hücreler için oksijen sağlayan, gerekli olan kardiyak outputu sağlayıp sistemik ve pulmoner dolaşımı başlatan ve devam ettiren bir organdır (Sevinç, 2016). Kalp içten dışa özellikleri farklı şekilde endokard, miyokard ve perikard olmak üzere üç tabakadan oluşur. Endokard kalbin kapaklarını oluştururken miyokard kalbin pompa görevini yapmasını sağlayarak, kanın vücuda pompalanmasında rol oynar. Perikard ise kalbi diğer torasik yapılardan ayırır, hareketlerini kolaylaştırır. Kalp iki ventrikül ve iki atrium olmak üzere de dört boşluğa sahiptir. Sağ atrium ve sol ventrikül arasında triküspid kapak, sol atrium ve sol ventrikül birleşiminde ise mitral kapak bulunur. Sağ ventrikül pulmoner artere açılır burada pulmoner kapak vardır; sol ventrikül aorta bağlanır arasında aort kapağı bulunmaktadır. Kalbin sağ bölümü oksijeni düşük kanı barındırırken, sol bölümü oksijenden yüksek kanı depolamaktadır (Ören ve Zengin, 2020).

Kalp, hayati organlara kan göndererek vücut için yeterli dolaşımı sağladığı gibi kendini beslemeye de ihtiyaç duyar. Koroner arterler kalbin kanlanmasını sağlayarak kalbi ve parankimini besleyen, oksijen gereksinimini gideren, kalbin yeterli kasılmasını destekleyen aortanın ilk verdiği dallardır (Sun ve Kontaridis, 2018). İki ana koroner arter bulunmaktadır. Sol koroner arter (LCA); sol ana koroner arter (LMCA) ve sirkumfleks arter (Cx) olarak dallanır. Sağ koroner arter (RCA) sinüs düğümü gibi farklı dallar çıkarır. Bu arterlerin besledikleri miyokardiyal bölgeler farklıdır. LMCA hem sistol hem diyastolde kanlanmayı sağlayarak sol ventrikül ön duvarını beslerken RCA ise sadece diyastolde sağ ventrikülü besler (Young vd., 2011; Öztürk ve Sivrioğlu, 2013; Özen ve Zengin, 2020).

## **2.2. Koroner Arter Hastalığının Tanımı**

Koroner arter hastalığı genel tanımıyla kalbi besleyen koroner arterlerin daralma veya tıkanması ile daralmanın derecesine bağlı olarak kan akımında kısmi ya da tam kesilme sonucu ortaya çıkan hastalıklara verilen isimdir (Sevinç, 2016).

Kardiyovasküler sistem kalp ve damarlarını, periferel vasküler sistemi barındıran geniş bir sınıftır ve hastalıklarında bu sistemden meydana gelir. Koroner kalp hastalığı (KKH), koroner arter hastalığı (KAH), akut koroner sendrom (AKS) gibi tanımlar bulunmaktadır. Bu tanımları birbirinden ayıran bazı farklılıklar vardır. KAH kalbi besleyen damarlarda gelişen patolojik süreci anlatır ve belirtisi olmayabilir. AKS'da unstabil semptomlar belirir, KAH'ın bir alt kategorisidir ve miyokart enfarktüsü (MI) ile ilişkilidir. KKH ; anjina pektoris, miyokard iskmisi şeklinde daha genel tanıları içerir ve mortalitesi koroner arter hastalığı sonucu oluşur (Sanchis-Gomar vd., 2016).

Bu açıklamalarla birlikte KAH'ın trombozla beliren klinik seyirlerinin yerini farklı evrimsel süreçleri olan hasta profilleride ilave edilerek kapsamı genişletilmiş ve kronik kabul edilmiştir. KAH ile ilişkisi olabilen dispne, KAH nedeni belirtilere sahip olup tedaviyle geçen fakat izlenmesi gereken asemptomatik hastalar, semptomlarını ilk defa belirten ancak zaten kronikleşmiş durumlar buna örnek verilebilir (ESC Klavuzları, 2013).

## **2.3. Koroner Arter Hastalığının Epidemiyolojisi**

Tahmini yaşam süresinin uzamasıyla birey ve toplumun yaşlanması dikkatli olunması gereken halk sağlığı sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Yetersiz beslenme problemleri giderilerek, bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınarak ölümler azalmış, yaşlı nüfus sayısı artmış ve yirminci yüzyılda epidemiyolojik kaymayla en önemli küresel ölüm nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklar olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar içerisinde kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik solunum sistemi hastalıkları yer alır. Bu hastalıklar içerisinde görülme sıklığı en fazla olan ise kalp ve damar hastalıklarıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015-2020)

Dünya Sağlık Örgütü'nden elde edilen verilere göre dünyada meydana gelen başlıca ölüm nedenlerine bakıldığında kardiyovasküler hastalıklar (KVH) birinci sırada bulunmaktadır (WHO, 2017; 2018). Dünyada yaklaşık 17 milyondan fazla bireyin kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle hayatını kaybettiği ve 2030 yılındada bu sayının 22 milyonu aşacağı tahmin edilmektedir (Townsend vd., 2016; WHO, 2014).

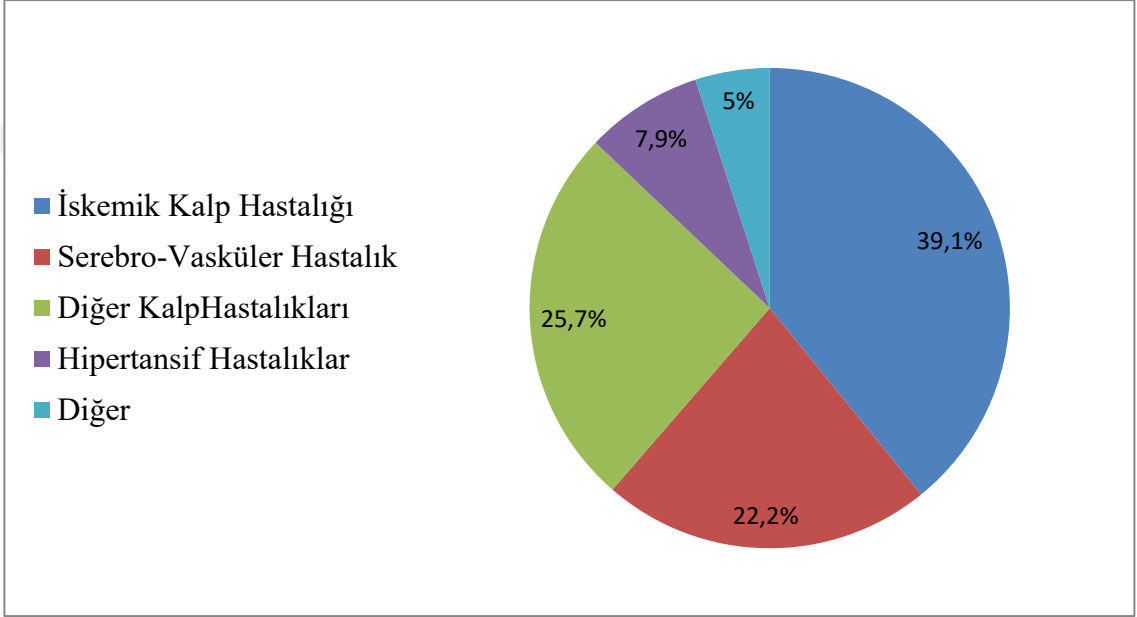
Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Türkiye istatistik verilerine göre kardiyovasküler sistem hastalıkları sebebiyle meydana gelen mortalite 2014, 2015 ve 2016 yıllarında sayı olarak artış 2017 ve 2018 yılında azalış gösterse bile bütün ölüm nedenleri incelendiğinde dolaşım sistemi hastalıkları her yıl ilk sırada yerini koruduğu görülmektedir. Tablo 2.1'de detayları gösterilmiştir (TÜİK, 2015; 2017; 2018)

**Tablo 2.1: TÜİK Verilerine Göre Son 5 Yıl İçerisinde Dolaşım Sistemi Hastalıklarından Ölümlerin Dağılımı**

Ölüm Nedenleri	2014		2015		2016		2017		2018	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
<b>Dolaşım Sistemi Hastalıkları</b>	151.696	100	159.194	100	166.069	100	165.323	100	161.920	100
<b>İskemik Kalp Hastalığı</b>	60.040	39.8	64.692	40.6	67.412	40.6	65.666	39.7	64.301	39.7
<b>Serebro-Vasküler Hastalık</b>	37.403	24.7	38.648	24.3	38.959	23.5	37.885	22.9	36.280	22.4
<b>Diğer Kalp Hastalığı</b>	28.445	18.8	32.411	20.4	37.077	22.3	38.606	23.4	39.513	24.4
<b>Hipertansif Hastalık</b>	17.572	11.6	15.446	9.7	14.537	8.8	14.706	8.9	13.510	8.3
<b>Diğer</b>	8.236	5.4	7.997	5.1	8.084	4.9	8.460	5.1	8.316	5.1

**Kaynak:** TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014; 2015; 2016; 2017; 2018

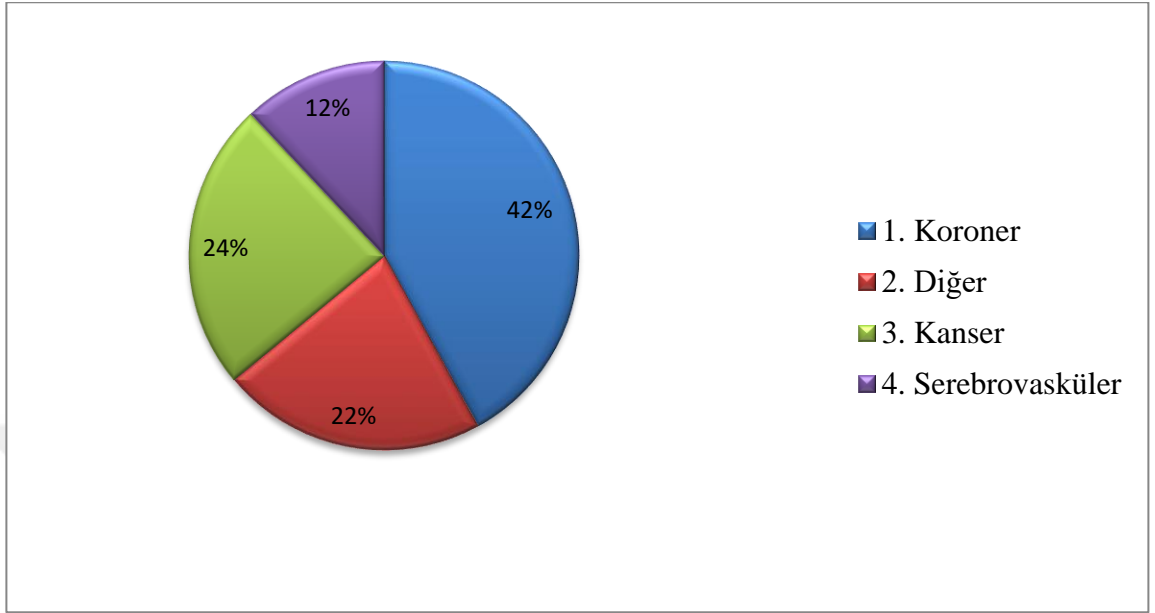
2019 yılında ölüm nedenleri incelendiğinde %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları birinci sırada bulunmaktadır. Şekil 2.1'e bakıldığında dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı mortalitenin %39,1'inin iskemik kalp hastalıklarından, %22,2'sinin serebrovasküler sistem hastalıklarından, %25,7'sinin diğer kalp hastalıklarından meydana geldiği belirtilmektedir.



**Şekil 2.1: 2019 Yılı Dolaşım Sistemi Hastalıkları Kaynaklı Alt Ölümünün Oranı**

**Kaynak:** TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019.

Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında 26 yılda meydana gelen ölümlerin %42'si KKH nedenlidir. Şekil 2.2'de dağılımı görülmektedir. Ülkemizde Avrupa ülkelerine kıyasla koroner mortalite 45-74 yaş grubu ile kıyaslanınca en yüksek seviyelerdedir. Türkiye'de yılda ortalama 420 bin civarı koroner olay gelişmekte ve bu olaylardan 120 bini KKH tanısı konmuş bireylerde akut olayların tekrarlamasını, 180 bini yeni tanı konmuş AKS'u, 120 bini ise görünürde sağlıklı olan bireylerde "sessiz" gelişme şeklinde isimlendirilen ve kadınlarda daha çok rastlanan yeni kronik KKH'ı oluşturmaktadır (TEKHARF, 2017).



**Şekil 2.2: TEKHARF’te Ölüm Sebebi Dağılımı (1990-2016)**

**Kaynak:** TEKHARF, 2017.

#### **2.4. Koroner Arter Hastağının Fizyopatolojisi**

Koroner arter hastalığı, koroner arterlerde daralma ve şekil değışikliği ile karakterize kronik bir hastalıktır. Etiyopatogenezi karmaşık olan, genetik ve çevresel etkenlerle beraber birden çok faktörün yer aldığı geniş bir kökene sahiptir (Sayols-Baixeras vd., 2014).

Damar lümenini tıkayarak daralma oluşturan kan akımını azaltan bu sürecin en temel nedeni aterosklerozdur. Aterosklerotik lezyon kronik ve inflamatuvar bir süreçtir. Aterosklerozun oluşumu koroner arterlerde birikmiş lipit parçacıklarının yer alması şeklinde basitçe tabir edilsede daha karmaşık bir süreçtir. Bu aterojenik süreç endotel fonksiyonunun sekteye uğradığı bölgelerde lipoproteinlerin birikmesi ile başlar (Wolf ve Ley, 2019).

Arterioskleroz esnek olan arter duvarının kalınlaşarak sertleşmesidir. Ateroskleroz karakteristik lezyonu plak olan, orta ve büyük çaplardaki arterlerde intima tabakasına etki eden, burada lipit birikimi ve inflamasyonla ilerleyen stabil yada komplike

lezyonlara kadar farklı formları olan kronik ve ilerleyici bir süreçtir. Üç değişik formda aterosklerotik plak anlatılmıştır. Bu plaklar yağlı çizgilenmeler, fibröz ve komplike plaklar şeklinde yer almaktadır. Yağlı çizgilenmeler kan akımını bozmazlar. Fibröz plaklar lipid, enflamatuar hücreler barındırır ve yırtılma riski yüksektir. Komplike plaklarda ise fibröz dokuya ilaveten hematoma veya trombotik moleküller bulunur. Koroner damarlarda ateroskleroza bağlı meydana gelen morbidite ve mortalitenin asıl nedeni bu lezyonlara bağlıdır (Tetik ve Tanrıverdi, 2016).

Normalde kaygan yapıda ve antitrombotik özellikte olan endotel risk faktörlerinden ilk etkilenen damar yapısıdır. Endotel vücudumuzun en büyük organıdır ve vasküler homeostazın ana düzenleyicisidir. Kan ve damar duvarı arasında bulunan epitelyum bir doku olup vazodilatasyon, enflamatuar tepkilerin baskılanması gibi birden fazla vasoprotektif etkilere sahiptir. Bu etkilere daha çok güçlü bir endojen vazodilatör olan nitrik oksit aracı olur. Nitrik oksit, kardiyovasküler sistemde, vazokonstriktörlerin etkilerine karşı gelme, trombosit agregasyonunun inhibisyonu, lökosit adezyonunun önlenmesi gibi birçok anti-aterosklerotik etkilere sahiptir. Nitrik oksidin oluşumu veya aktivitesindeki bir kusur endotel disfonksiyonuna yol açar (Davignon ve Ganz, 2004; Günel vd., 2020).

Aterosklerotik hastalıklar genetik eğilimi olan bireylerde risk oluşturabilecek çevresel faktörlerin tetiklemeyle ortaya çıkan bir çevre-gen etkileşimi sürecidir. Endotel disfonksiyonu ateroskleroza başlatan temel mekanizmalardan biridir. Çevresel veya kişisel risk faktörleri endotelde kronik hasarlanma gerçekleştirir. Sigara, hipertansiyon gibi birden fazla risk faktörü endotel yapısını bozarak inflamatuvar bir yanıt başlatırlar. Risk faktörleriyle yapışkan ve protrombotik hale gelir. Endotelin altında başlayan birikimin giderek artması ve enflamasyonun devam etmesi proenflamatuvar cevabı başlatır. Sistemik ve akut faz reaktanları harekete geçerek T lenfositleri intimada yığılmaya başlar. Bir yandan endotel tabakası hasar gördüğünden sitokinler ve büyüme faktörleri salınmaya başlar. Bu döngü böylece ateroskleroz plağını git gide büyütür ve yavaş yavaş damar lümenini daraltır (Tokgözoğlu, 2009; Yaylalı ve Küçükaslan, 2011).

## 2.5. Koroner Arter Hastalığında Risk Faktörleri

Koroner kalp hastalığında birçok risk faktörü yer aldığından bireyin bütün risk faktörlerinin ayrı değil beraber değerlendirilmesi tanı ve tedavi için önemlidir. Köklü bir kardiyovasküler risk faktörü tanımı, Framingham araştırmasında ortaya çıkarılmıştır. Framinghamın başlattığı risk terimiyle mevcut olan risk faktörleri ile mücadele etmek ve yeni risk faktörlerini araştırmak için geçmişten günümüze kadar çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Risk faktörleri tanımı altında birden fazla risk faktörleri araştırılmış, risk hesaplamaları kullanılmış, incelemeler yapılmıştır. Bunun dışında Türk Kardiyoloji Derneği'nin önerdiği Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından kabul görmüş SCORE sistemide yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu hesaplama yöntemi çeşitli ve geniş olan Avrupa nüfusunun prospektif analizlerine dayanarak oluşturulmuştur (Kültürsay, 2011; Yavuz vd., 2013; Hajar, 2017).

Koroner arter hastalığında risk faktörleri değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olarak iki sınıfa ayrılır. Değiştirilemez olanlar yaş, cinsiyet ve kalıttır. Değiştirilebilir risk faktörleri ise fizyopatolojik olarak kontrol edilebilen dislipidemi, hipertansiyon, diyabet menapoz ve hormon kullanımı; yaşam tarzı değişiklikleri ile modifiye edilebilen tütün ve alkol kullanımı, obezite, inaktif yaşam, yeterli ve dengeli beslenmeme, stres, ekonomik ve psikososyal faktörlerdir (Enç ve Uysal, 2014; Dülek, Vural ve Gönenç, 2019).

Çoğu hastada geleneksel risk faktörlerinin bulunma oranı hemen hemen aynı olsada hastalığın prognozu her hastada farklılık göstermektedir. Bu yüzden daha ileri risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Yapılan çalışmalar neticesinde akut koroner sendromların oluşmasında rol aldığı saptanmış diğer risk faktörleri; kanda homosistein, lipoprotein(a), trombotik ve inflamatuvar faktörler, CRP düzeylerinin yüksekliği, dolaşımda antioksidan düşüklüğü, trombojenik, hemostatik risk faktörleri, genetik mutasyonlar değerlendirilir (Gülel, 2013; Buğan ve Çelik, 2014; Enç ve Uysal, 2014).

### 2.5.1. Değiştirilemez Risk Faktörleri

**Yaş:** Koroner kalp hastalığına yakalanma hızı yaş ile beraber artmaktadır. Yaş faktörü kalp hastalıklarının oluşumu için tehlikeli bir risk faktörü olmaktan çok riske ne kadar süre maruz kalındığı önemlidir. Yaş ile artan KAH riski erkek cinsiyetinde 45 yaş ve üzerinde, kadınlarda 55 yaş ve üzerinde daha fazladır (Dülek, Vural ve Gönenç, 2018).

**Cinsiyet:** Cinsiyet karşılaştırması yapıldığında kadınlarda erkekler kadar KAH riski taşımakla beraber hastalık kadınlarda erkeklere oranla 7-10 yıl daha sonra meydana gelmektedir (Maas ve Appelman, 2010). Erkeklerin risk faktörlerine daha fazla maruziyetinin olması KAH daki cinsiyet farkını çoğunlukla açıklayabilir. Diğer bir tanımsa östrojen hormonunun kadınlarda kalp hastalıklarına karşı koruyucu rol oynadığı yönündedir (Yıldız, C., Yıldız, A., ve Tekiner, 2015; Pathak vd., 2017).

**Aile Öyküsü:** Bağımsız risk faktörleri arasında kalıtım KAH gelişimi için önemlidir. Genetik faktörlerin KAH'nın görülme oranını arttırdığına dair önemli belirteçler bulunmaktadır. Yapılan bir kesitsel çalışmada yüksek genetik riske sahip kişilerin sağlıklı bir yaşam tarzıyla hem koroner olayları hem de koroner arter hastalığı riskini büyük bir oranda azalttığı bulunmuştur (Khera vd., 2016). Aile öyküsünde yalnızca gen aktarımı olarak düşünmemeli genetik ve çevresel, kültürel ve davranışsal faktörlerde yansıyarak aile bireylerinin alışkanlık ve yaşam koşullarını etkiler. Kanıtlanmış aile öyküsü terimi koroner hastalık için hastanın birinci derece yakınlarında erken yaşlarda koroner olayların ve koroner hastalıkların bulunmasıdır (Buğan ve Çelik, 2014).

### 2.5.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

**Diyabet:** Diyabetli hastalarda KAH gelişme riski diyabetik olmayan hastalarla karşılaştırıldığında 2-4 kat daha fazladır. Özellikle Tip 2 diyabet, koroner arter hastalıklarının ana risk faktörüdür. DM ve KAH sıklığı, artmış obezite prevalansıya doğrusal ilişkilidir ve koroner olayları tetikleyen diğer risk faktörlerini sergileme eğilimindedirler. Değişen yaşam tarzı toplumlarda ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde, bu hastalıkların oluşmasında görev almaktadır (Aronson ve Edelman, 2014; Nozha vd., 2016).

**Hipertansiyon:** Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kan basıncının istenen seviyede olmaması, tansiyonun kontrol altına alınamaması, iskemik kalp hastalıklarının çoğundan sorumludur. Yapılan çalışmalarda hipertansiyonun her iki cinsiyette koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı yönünden en tehlikeli risk faktörü olduğu ortaya çıkarılmıştır. Kan basıncında sistolik değerde 20 mmHg'lık, diyastolik değerde 10 mmHg'lık yükselme koroner olaylara bağlı ölüm riskini iki kat arttırmaktadır (Ceylan, Kaya ve Tuncer, 2011, Eray, Set ve Ateş, 2018).

**Hiperlipidemi:** Lipit seviyesindeki dengesizlikler ateroskleroz oluşumuna neden olarak kardiyovasküler hastalık riskini önemli derecede arttırmaktadır. Kanda total/HDL kolesterol oranı bireylerde koroner kalp hastalığının iyi bir lipid öngörücüsüdür. Laboratuvar değerlerinde total kolesterol seviyesinin 200 mg/dl üstünde, LDL-kolesterol seviyesinin ise 130 mg/dl üstünde çıkması KAH'ın oluşması için risk faktörüdür. Total kolesterol seviyesinde her 40mg/dL'lik artış koroner arter hastalığı riskini %35 arttırmaktadır (TEKHARF, 2017).

**Obezite:** Obezite tanımı ağırlık (kg)/ boy (m<sup>2</sup>) formülüne göre beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanarak yapılmaktadır. BKİ 30'dan yüksek olan bireyler obez kabul edilir ve koroner arter hastalığı için başlıca risk faktörü kabul edilir (WHO, 2015). Obezite kalpte yapısal ve fonksiyonel değişikliklere neden olarak kalp yetmezliğine zemin oluşturur. Değişen miyokardiyal yapı, atriyal fibrilasyon ve ani kardiyak ölüm riskini artırır (Csige vd., 2018).

**Tütün ve Alkol Kullanımı:** Sigara kullanımı kadınlarda ve genç yaştaki bireylerde artış göstermektedir. Sigara kullanımının KVH oluşturma riskini iki kat arttırdığı bilinsede yalnızca sigara kullanmak değil dumanına maruz kalmakta endotel disfonksiyonunu oluşturmaktadır. Sigara kalp hızını arttırıp kan basıncını yükseltir ve buna bağlı periferik damar direnci artar. Koroner arterlerde dilatasyonu azaltırken, kanda pıhtılaşmaya yatkınlık oluşmaktadır. Kronik alkol tüketiminde kardiyak aritmi, hipertansiyon, hemorajik inme ve ani ölüme bile yol açan etkilerinin olduğu açıklanmaktadır (Gülel, 2013; Dülek, Vural ve Gönenç, 2018).

**Fiziksel İnaktivite:** Hipertansiyon, diyabet, sigara, hiperkolesterolemi gibi tekrarlayan risk faktörlerine ilave olarak, fiziksel inaktivite, KAH oluşumu ve gelişimi açısından

bağımsız bir risk belirteci kabul edilmiştir (Winzer, Woitek ve Linke, 2018). Düzenli egzersiz yapılması vazodilatasyonu artırarak miyokarda gönderilen oksijeni artırır ve endotel fonksiyonunu iyileştirir, kan basıncı ve lipit seviyelerini düzenleyerek koroner aterosklerozun ilerlemesini hafifleterek KAH morbidite ve mortalitesini azaltır (Bruning ve Sturek, 2015).

**Stres:** Kronik depresyon miyokart enfarktüsülü hastalarda en önemli kardiyovasküler risk faktörleri arasında yer almaktadır. Akut ve kronik stresin, duyguların ve sosyal çevrenin akut kardiyak olayları başlatmada ve kalp fonksiyonunu kötüleştirme önemli rolü olduğu bildirilmektedir (Fioranelli vd., 2018). Aynı zamanda hem bastırılan hem ifade edilen öfkenin kan basıncını artırarak kalp problemlerine neden olduğu belirtilmiştir (Arslan, Arkar ve Danaoğlu, 2011).

**Oral Kontraseptik Kullanımı ve Hormon Replasman Tedavisi:** Oral kontraseptif kullanımının koroner arter hastalığına yakalanma riskini yaklaşık olarak dört kat arttırdığı belirtilmektedir. Genetik faktörlere ilaveten oral kontraseptif kullananların trombofili riski, miyokard enfarktüsü ve inme açısından risk altında oldukları bildirilmektedir (Işıklar ve Özçakar, 2011, Harbalıoğlu vd., 2018). Postmenopozal kadınların daha kötü bir lipit profiline sahip olduğu belirtilmektedir. Hormon replasman tedavisinin (HRT) endotel fonksiyonlarına olumsuz etkisi olduğu belirtildiğinde menopoz ile meydana gelen endotel disfonksiyonunun sağlıklı postmenopozal kadınlarda hormon replasman tedavisi ile düzeldiği görülmüştür (Yıldırım, 2010; Yıldız, C., Yıldız, A. ve Tekiner, 2015).

**Menopoz:** Majör risk faktörlerinden biri olup KVH riskini açık bir şekilde attırmaktadır. Kadınlarda menopoz döneminde kan basıncı ve glukoz düzeyleri artmakta östrojen seviyesi azalmaktadır. Bu azalmayla bozulan testosteron/östrojen dengesi KVH riskindeki artıştan sorumlu tutulmaktadır. Araştırmalar asemptomatik aterosklerozun yoğun menopoz semptomları gösteren kadınlarda diğerlerine nazaran daha fazla olduğu sonucuna varmıştır (Acar vd., 2018).

### 2.5.3. Yeni Risk Faktörleri

Geleneksel risk faktörlerinin yanı sıra yeni aterosklerotik risk faktörlerinin olduğu bulunmuştur. Koroner kalp hastalarının yaklaşık %15-20'sinde bilinen geleneksel risk faktörleri bulunmamaktadır. Kardiyovasküler olaylarda risk değerlendirirken klasik belirteçler yetersiz kaldığından yeni tetikleyici faktörler ortaya çıkarılmıştır (Buğan ve Çelik, 2014; Gülel, 2013).

**C reaktif protein:** İnflamasyonun hassas belirteci olan CRP düzeylerinin risk faktörü olarak kullanılabilmesi, koroner kalp hastalığının anlamlı bağımsız belirleyicisi olduğu belirlenmiştir (Shah vd., 2009; Güngüneş vd., 2016). Çünkü inflamasyon aterosklerozun patogenezinde ve plakların rüptüre olmasında başlıca rol almaktadır. Sağlıklı bir yetişkinde CRP düzeylerinin yüksek olması ilerleyen zamanlarda koroner arter hastalığı için güçlü bir öngörüdür (Gülel, 2013).

**Fibrinojen:** Fibrinojen miktarında her 1 g/L yükselme kalp ve damar hastalıkları ve bu hastalıklardan ölüm oranını 2,0-2,7 kat fazlaştırmaktadır. Fibrinojen düzeylerinin yüksekliği kan viskozitesini artırır, platelet agregasyonunu başlatır. İleri yaş, obezite, diyabet, tütün kullanımı fibrinojen miktarında artışa sebep olurken fiziksel hareketlilik tam tersine azaltmaktadır (Gülel, 2013).

**Homosistein:** Vücutta bulunan ve yapısında sülfür içeren bir aminoasittir. Popülasyonlar arasında değişkenlik olsada, normal kan plazmasında homosistein seviyesi 5-15 mmol/L değerinde olduğu bilinmektedir (Keser vd., 2014). Homosistein kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili olan arterioskleroza yol açan ana faktörlerden biridir. Yapılan çalışmalar, kalp yetmezliği olan hastalarda homosistein düzeylerinin arttığını ortaya çıkarmıştır (Wang, 2021).

**Lipoprotein-a:** Lipoprotein-a, kolesterole yapısal olarak benzeyen bir lipoproteindir. Ateroskleroz oluşumu üzerinde etkisi tartışmalı olsa da seviyelerinin ölçülmesi erken başlayan koroner arter hastalığının tespitinde öneme sahiptir ve kardiyovasküler olaylarla ilişkilidir (Buğan ve Çelik, 2014).

Bunların dışında koroner arter hastalığı riskini artıran başka durumlarda ortaya çıkarılmıştır. Yapılan çeşitli çalışmalarda karotis intima-media tabakasındaki kalınlığın,

koroner arterlerde artan total kalsiyum miktarının ve manyetik rezonansla görüntülenen yüksek riskli aterosklerotik plak yapılarının saptanması koroner kalp hastalığı ve kardiyovasküler hastalık risk değerlendirmesine yönelik bağımsız bir öngörücü olarak bildirilmiştir (Simon, Megnien ve Chironi, 2010; Gülel, 2013; Alan vd., 2015; Sönmez, 2020).

## **2.6. Koroner Arter Hastalığının Semptomları**

Arter lümenindeki tıkanıklıkların ve daralmaların büyüklüğü ve plak lokalizasyonu göre KAH semptomlarında da farklılıklar oluşur. Karakteristik olan kardiyak belirti ve bulguları nefes darlığı ve göğüs ağrısıdır. Hastalarda meydana gelen başlıca belirtiler terleme, göğüs ağrısı/yansıyan ağrı, dispne, bulantı ve kusmadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2019; Müller-Nordhorn ve Willich, 2016).

Koroner arterlerin miyokarda yeterli kan gönderememesi sonucu oksijen ihtiyacı karşılanamaz ve beslenemez. Bunun sonucunda anjina pektoris denilen göğüs ağrısı veya miyokart enfarktüsü şeklinde tanımlanan iskemiler meydana gelmektedir. Ağrının yerleşimi, yayılımı, süresi, eforla ilişkisi, ortaya çıkaran ve rahatlatıcı faktörlerle ilgisinin olup olmadığı araştırılmalıdır. Rahatsızlığın şiddeti değişkenlik göstermekte olup koroner arter hastalığının şiddetiyle bağlantılı değildir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010).

Özelliğine göre ağrı sınıflandırılması Tablo 2.2’de gösterilmiştir (Ören ve Zengin, 2020).

**Tablo 2.2: Göğüs Ağrısının Geleneksel Klinik Sınıflandırılması**

<b>Stabil Angina Pektoris</b>	-Göğüste sternum arkasında özellikle sol omuza, sol kola yayılan substernal basınç, sıkışma, yanma, 3-5 dakika süreli -Efor veya duygusal stres ile tetiklenme -İstirahatle, nitratlarla veya ağrı oluşumuna yol açan faktörlerin azalmasıyla rahatlama.
<b>Unstabil Angina Pektoris</b>	-Stabil anginaya benzer yayılım ve ağrı hissi, süre uzamıştır -Efor veya dinlenmeylede meydana gelir -Dinlenme ve nitrogliserin alımı ile ağrı azalmaz
<b>Miyokart Enfarktüsü</b>	-Sternum arkasından başlayıp çeneye, boyna, sol omuz ve kola yayılan bazen sırtta epigastrik bölgede şiddetli, ezici, boğucu, yakıcı -15 dahikadan uzun sürer giderek artar -İstirahat ve nitrogliserin ile geçmez

**Kaynak:** Ören, B. ve Zengin, N. (2020).

## **2.7. Koroner Arter Hastalığının Sınıflandırılması**

Koroner arter hastalığı farklı klinik tablolar sergilemektedir. Uzun süren miyokard iskemisi sonucu oluşan akut koroner sendromlar; kararlı(stabil) anjina pektoris, kararsız(unstabil) anjina pektoris, ST yüksekliği olan miyokart enfarktüsü(Q dalgalı MI), ST yüksekliği olmayan miyokart enfarktüsü (Non-QMI), kalp yetmezliği (KY) ve ani kardiyak ölüm şeklinde sınıflandırılır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2019).

Damar kısmen tıkanırsa çoğunlukla unstabil anjina pektoris (UAP) ile sonuçlanır. Tıkanıklık fazla veya bir tam tıkanma mevcut ise genellikle miyokart enfaktüsü ile sonuçlanır. Miyokard iskemisi ve enfarktüsüne sebep olan klinik tabloların tamamı ise akut koroner sendrom olarak tanımlanmaktadır (Ören ve Zengin, 2020).

Miyokart enfarktüsü uzun süreli iskemi neticesinde ortaya çıkan miyokard hücre ölümü olarak açıklanır. MI koroner arter hastalığının başlangıcı şeklinde belirti verebilir veya önceden geçirmiş hastalarda tekrarlayarak ortaya çıkabilir (Thygesen vd., 2012).

Elektrokardiyografide ST yükselmesinin görülmesi koroner damarlarda tam tıkanma sonucu oluşur. ST yükselmesi görülmeyen hastalarda biyokimyasal belirteçlerde yükselme varsa NSTEMI şeklinde kabul görür. ST dalgasında yükselme olmayan ve

biyobelirteçlerde değişiklik görülmeyen hastalara UAP tanısı konulur (Ören ve Zengin, 2020).

Kararlı anginalı hastalarda ağrı egzersiz, duygusal veya başka streslerle gelişir, rahatsızlık verir, sıkıntı, basınç şeklinde hissedilir. Yerleşimi epigastriuma yakın yerdedir, boynun ön tarafına, sol omuza ve sol kola vurabilir, kısa sürelidir dinlenmekle dil altı nitrata geçer. Kararsız anginada ise ağrı çok şiddetli olup 15 dakikadan daha fazla sürer dil altı nitrata verilen cevap geç olur veya olmaz. Fiziksel aktivite veya istirahat hali farketmeksizin devam eder. En çok ST yükselmesi olmayan miyokart enfarktüsüyle karışabilir (Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö., 2016).

## **2.8. Koroner Arter Hastalığının Tanı Yöntemleri**

KAH'ın tanı ve değerlendirilmesinde kişide klinik öykü, belirgin şekilde olan semptomlar, risk faktörleri tespit edilerek EKG ve laboratuvar sonuçları, koroner görüntüleme, özgül kardiyak incelemelerle prognostik bilgi sağlanır (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö., 2016)

KAH'ın tanısında en birincil nokta anamnezdır. İyi bir anamnez ile %60'in üzerinde bir olasılıkla KAH tanısı konulabilmektedir. Sıradan bir göğüs ağrısının angina pektoris işaret edip etmediği anamnez ile anlaşılır. Bundan dolayı göğüs ağrısı şikayeti olan hastada anamnez alınırken dikkat edilmeli ve ağrının özelliği, karakteri belirlenmelidir. Birçok hastada anginanın karakteri farklıdır. Bazı hastalarda angina eşitleri olarak tanımlanan efor ile oluşan yorgunluk ve dispne semptomları bulunabilir (Abacı, 2009).

Laboratuvar incelemeleri kardiyovasküler risk faktörlerini, iskemiye oluşturabilecek nedenleri ve beraberinde getirdiği durumları bulmak, hastalığın seyrini açıklamak için kullanılır. Açlık plazma glukozu ve glikolize hemoglobin (HbA1c) diyabet ile kardiyovasküler arasındaki bağlantıyı tespit etmek için KAH şüphesiyle gelen her hastaya bakılmalıdır. Aynı zamanda kan tam sayımı, lipit profili, böbrek fonksiyon testleri, CRP, troponin gibi miyokart hasarını gösteren belirteçler değerlendirilmelidir (ESC,2013).

Ateroskleroz gelişiminde inflamatuvar süreçlerin çok fazla yer aldığı, CRP, sitokinler, fibrinojen ve adezyon molekülleri gibi birden fazla inflamatuvar biyolojik belirteçlerin, KAH'ın tanısı ve seyrini değerlendirmede kullanıldığı belirtilmektedir. Örneğin akut veya kronik koroner sendromları olan kişilerde ve kötü yaşam tarzı olanlarda CRP yüksektir (Lubrano ve Balzan, 2015). Bununla birlikte, enflamatuvar sürecin diğer oyuncusu lökositler (WBC) endotel hücrelerinde hasara sebep olarak ateroskleroz gelişimine ve doğrudan inflamasyon sürecine katkı sağladığı için seviyesindeki artış koroner arter hastalığının ciddiyetiyle ilişkilidir (Kim vd., 2017).

Koroner arter hastalığı riskini değerlendirmek için hem invaziv hem de invazif olmayan çok sayıda tanısal yöntem kullanılır. İnvazif koroner anjiyografi, koroner arter hastalığının değerlendirilmesi için altın standart olarak kabul görür ve damar stenozunun derecesini doğrudan ölçer. KAH teşhisine yönelik invazif olmayan teknikler, anatomik (bilgisayarlı tomografi (BT), kardiyak manyetik rezonans görüntüleme (MR)) ve fonksiyonel (tek foto emisyonlu bilgisayarlı tomografi, pozitron emisyon tomografisi (PET), egzersiz ekokardiyografi) olarak iki şekilde gruplandırılabilir (Koplay ve Erol, 2013; Salata ve Sing, 2017).

## **2.9. Koroner Arter Hastalarının Tedavi ve Yönetimi**

Tüm kılavuzlarda dikkat çekilen ilk nokta, KAH'na bağlı belirti ve bulguları azaltmak ve mümkün olduğunca prognozu düzeltmektir. Özellikle bu hastalarda temel amaçlar ve başlıca basamaklar özetle aşağıdaki gibidir (Yavuzgil, 2016; Kalyoncuoğlu, 2017).

- 1) Hastanın mevcut süreçte aktif rol almasını desteklemek, hastalık ve tedavi alternatifleri hakkında bilgilendirilmesi ve eğitimlerin yapılması,
- 2) KAH gelişimine katkı sağlayan, kötüleştiren faktörlerin saptanması, yaşam tarzı değişiklikleri gibi diğer yöntemlerle kontrolü,
- 3) Hastanın sağlık durumunu iyileştirmek için kanıta dayalı farmakolojik tedaviler veya revaskülarizasyon yöntemlerinin kullanılması.

### **2.9.1. Yaşam Tarzı Değişikliği ve Hasta Eğitimi**

Yaşam tarzı değişikliği, ucuz ve yan etkisi olmayan, bireylerin koroner arter hastalığı riskini indirgemedede en önemli ve birinci basamağı oluşturan yönetim şeklidir. Basit bir yöntem olarak gözüksede uygulanması bir o kadarda zor olan bir süreçtir. Yaşam tarzı değişikliğinin alt yapısı hasta eğitimlerine dayanır ve günümüzde uygulamaları artmaya başlamıştır. Kronik hastalığa sahip bireylerde yeterli bilgilendirme ve eğitimlerle zihinsel ve fiziksel birçok olumlu etkilerinin olduğu çeşitli çalışmalarda görülmüştür. Yapılan bir çalışmada yaşam tarzı değişikliğiyle ilgili eğitim programları ve danışmanlık hizmetlerinin, KAH risk faktörlerini indirgediği, bireylerin hastalık yönetimine daha iyi uyum sağladığı, bununla beraber yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur (Kurçer ve Özbay, 2011).

Hastalığı tetikleyen risk faktörlerinin yönetiminde yaşam tarzı değişikliklerine Amerikan Kalp Birliği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği tarafından dikkat çekilmektedir. Çünkü koroner kalp hastalıkları mortalitesinde azalmanın %50'si risk faktörlerindeki değişiklikler ile bağlantılıdır. Kardiyovasküler hastalık mortalitesinin %40,6'sından hipertansiyon, %13,7'sinden sigara kullanımı, %13,2'sinden sağlıksız beslenme tarzı, %11,9'undan fiziksel aktivite azlığı ve %8,8'inden dengesiz kan glikoz seviyelerinin sorumlu olduğu açıklanmaktadır. Aynı zamanda kalp hastalarında psikososyal stresin göz ardı edilmeyecek sıklıkta bulunduğu ve artmış kardiyovasküler olaylarla ilgili olduğu gösterilmiştir. KAH riski açısından önemli boyutlarda olan risk faktörlerinde değişime gidilip hastalara sağlıklı yaşam şekli davranışları kazandırılarak hastalığın kontrolü sağlanmış olur (Kavradım ve Özer, 2018).

### **2.9.2. Farmakolojik Tedavi**

Tıbbi tedavi yöntemlerinin zemininde yatan iki amaç, hem yaşam kalitesini olumsuz etkileyen anjinal semptomların ortaya çıkışını önlenmesi varsa hızlıca giderilmesi hemde KAH'nın uzun vadede meydana getirebileceği komplikasyonları önleyebilecek ajanların kanıtlara dayalı olarak seçilmesidir (Yavuzgil 2016). KAH'm tedavisinde kullanılan başlıca ilaçlar;

**Beta Blokerler:** KAH'da anjinanın ortadan kaldırılması için sık olarak birinci basamakta kullanılan ajanlardır. Antiiskemik etkileriyle beraber antihipertansif ve antiaritmik etkilere de sahiptir. Beta-blokerler anginal semptomları ve iskemiye azaltmada bilinen en etkili ilaçlardır. Özellikle bisoprolol, metoprolol, atenolol ve nebivolol Avrupa ülkelerinde genellikle tercih edilen ajanlardır (Yavuzgil, 2016; Kalyoncuoğlu vd., 2017; Tekin, G. ve Tekin, A., 2015).

**Kalsiyum Kanal Blokerleri:** Sistemik ve koroner arterlerde vasküler düz kasları gevşeterek vazodilatasyon yaparlar. Miyokard hücrelerinde kalsiyum kanallarını bloke ederek vazodilatasyon sonrası koroner kan akımında artış, kontraktilitede azalma sağlayarak miyokardın oksijen gereksinimini azaltırlar. Kalsiyum kanal blokerleri, özellikle diltiazem ve verapamil, negatif inotropik etki yaparak kardiyak iş yükünü giderek azaltacak şekilde kalp atım hızını düşürürler (Kalyoncuoğlu vd., 2017; Tekin G ve Tekin A, 2015).

**Nitrogliserin ve Nitratlar:** Kalbe binen iş yükünü ve kalbin ihtiyacı olan oksijen sunumunu azaltırlar. Aynı zamanda epikardiyal vasküler vazodilatasyonu ve iskemik dokuda kollateral kan dolaşımını sağlarlar. Sonuç olarak semptomları hafifletir ve egzersiz toleransını arttırlar (Kalyoncuoğlu vd., 2017).

**Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri;** İskemik kalp hastalığında mevcut koruyucu etkileriyle hastalıkları ve ölüm riskini azalttığı bildirilmektedir. Miyokart enfarktüsünü izleyen günlerde ACE inhibitörünün verilmesi ilk 30 günde oluşabilecek ölümlerin %7 seviyesine inmesi ile bağlantılıdır. Kalpte özellikle ön yükü azaltarak miyokardın oksijen gereksinimini azaltır. Yüksek kan basıncını düzeltmek için kullanılan ilk ACE inhibitörü kaptoprildir (Kalyoncuoğlu vd., 2017; Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010).

**Statinler;** Primer ve sekonder korunma koşullarında aterosklerotik kardiyovasküler komplikasyonların riskini azaltır. Kolesterol yüksekliğinde veya kombine hiperlipidemilerde kullanılırlar. Klinik araştırmalarda statinlerin mortalite ve morbiditeyi azalttığı ifade edilmiştir. Herhangi bir kontrendikasyonu veya intoleransı olmayan tüm AKS hastalarında LDL-kolesterol değerlerine bakılmaksızın yüksek doz statinin

olabildiğince erken başlatılması önerilmektedir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Kayıkçıoğlu, 2020).

**Antitrombositler ilaçlar;** Trombosit agregasyonunu minimuma indirerek damar içinde trombüs oluşumunu engellemek için kullanılır. Bunun için en seçkin farmakolojik ilaç ve seviye düşük doz aspirin ve diğer hasta bireyler için klopidogrel'dir. Aspirini tolere edemeyen veya alerjisi olup kullanamayan hastalara 75 mg/gün klopidogrel verilebilir (Durusoy, Yıldırım ve Altun, 2010; Yavuzgil, 2016; Kalyoncuoğlu vd., 2017).

### **2.9.3. Cerrahi Tedavi**

Cerrahi girişimler; semptomları ve prognozu iyileştirmek, hastanede yatış süresini veya erken ölüm riskini azaltmak için endikedir. Hastada var olan belirtiler, risk faktörleri ve kliniğine göre girişimler için karar verilir (Ovayolu N., Ovayolu Ö., 2016).

Balon anjiyoplasti (PTCA) işlemi, ilaçlı veya ilaçsız stent takılması, KAH'nın cerrahi tedavisi için sık kullanılan girişimsel işlemlerdendir. İlaç salınımlı stentler iskemi sebebiyle tekrarlayan revaskülarizasyonu insidansını azaltmaktadır (ESC, 2013).

Kalbe normal kan akımını tekrar sağlamak için göğüs, kol veya bacadan alınan damar grefti ile tıkanan koroner damarların etrafından dolaşarak bağlantının sağlanmasına koroner arter bypass greftleme (KABG) denir.

KABG ameliyatını desteklemek için yapılan bir girişimde transmiyokardiyal lazer revaskülarizasyonu (TMR)dur. Özel bir karbondioksit (CO<sub>2</sub>) lazeri kullanılarak küçük kanalcıklar oluşturup kalbe kan akımının sağlanması işlemidir.

Bir diğer yöntem güçlendirilmiş eksternal kontrpulsasyon (EECP) ise, kararsız ve sürekli anjinası olan, nitrat ilaçları ile anjinası geçirilemeyen bypass yapılması, anjiyoplasti yada stent takılması gibi bir girişim yapılamayan hastalar için kullanılan noninvaziv bir işlemdir (Koroner Arter Hastalık Tedavisi Rehberi 2000-2009)

### **2.10. Koroner Arter Hastalıklarında Korunma**

Koruyucu sağlık hizmetleri, birincil, ikincil, üçüncül ve dördüncül koruma şeklinde basamaklara ayrılır:

**Birincil Korunma;** Primer korunmada istenen düşük riskli bireylerde mevcut durumu koruyarak aynı şekilde sürdürmek, yüksek riskli bireylerde ise morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Primer korunmada temel hedef kardiyak hastalıklar için önemli olan ve kanıtlanmış risk faktörlerinin düzenlenmesi, tedavi edilmesi veya imkan varsa tamamen ortadan kaldırılmasıdır (Demircan, 2013). Primer korunma önlemleri; sağlıklı ve dengeli beslenme, tütün kullanımının bırakılması, düzenli egzersiz gibi sağlıklı yaşam biçimi oluşturacak davranışlar ile birlikte tansiyonun dengede tutulması, aspirin ve antilipidemik tedavileri, diyabet ve kilo kontrolü sağlanması girişimleridir (Türkmen, Badır ve Ergün, 2012).

**İkincil Korunma;** İkincil korunma hastalık sürecinin başladığı ancak henüz semptomların ortaya çıkmadığı evrede, erken tanı ve tedavi yöntemleriyle hastalığın önüne geçilmesi anlamına gelmektedir (Uzuner, 2011). Koroner arter hastalıklarında sekonder korunmada asıl hedef; aterosklerotik hastalığa sahip bireylerde hastalığın gelişmesini önlemektir (Türkmen, Badır ve Ergün, 2012). Tüm hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam tarzı ile alakalı tavsiyeler temel yaklaşım olup, primer korunmadan farklı olarak ilaç kullanımını öne çıkmaktadır (Demircan, 2013).

**Üçüncül Korunma;** Üçüncül korunma hastalığa bağlı meydana gelebilecek komplikasyonların, sakatlık ve kalıcı bozuklukların en az duruma getirilmesi ve rehabilitasyonunu oluşturmaktadır (Uzuner, 2011). Hastalığın etkilediği bireyin işlevselliğini koruma, yaşam süresini ve kalitesini artırma amacıyla düzenlenen programlardır (Akdeniz ve Kavukçu, 2017). Örneğin kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde yapılan kardiyak rehabilitasyon (KR), hastalığın ilerlemesini engellemeye çalışan bir tedavi şeklidir (Kaplan, 2014).

**Dördüncül Korunma;** Sağlık sisteminde hastalara yapılan ve ihtiyacı olmayan gereksiz ve aşırı müdahalelerin önlenmesine ilişkin sağlık aktivitelerini içerir (Uzuner, 2011). Bu alanda fazla medikalizasyon ve aşırı tanı gibi etik olmayan sağlık bakımı uygulamaları önlenmeye çalışarak maksimum kalitede ve en az sayıda girişimle kabul edilebilir bakım prosedürlerini sağlamak önerilir (Akdeniz ve Kavukçu, 2017).

Hemşirelerin sağlığın idame ettirilmesi, yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi bakımından birincil, ikincil ve üçüncül korunmada özellikli sorumlulukları

bulunmaktadır. Birincil korumada hemşire, kişileri hastalıktan veya yaralanmalardan korumak için önleyici girişimlerde bulunur. İkincil korumada, erken tanı ve tedavi ile hastalıkların ya da bozuklukların giderilmesini sağlayarak hastanın bakımını yerine getirir. Üçüncül korumada ise hemşire, hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi, sakatlık halinin en aza indirilmesi ve rehabilitasyon uygulamaları ile kişilerin işlevselliğini en üst boyuta taşımak için çalışır (Uysal, 2012).

Koroner arter hastalıkları ve diğer kardiyovasküler hastalıklarda birincil, ikincil ve üçüncül koruma yöntemlerini geliştirmek, toplum ve her bir üyesi için sağlığı koruyucu ve geliştirici planlar yapmak, hastalığın ortaya çıkması durumunda tanı ve tedavi imkanlarını sunmak en başta hükümetlerin görevidir ve gerek küresel gerek bölgesel uygulamalar bu tür hizmetler için büyük önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı kardiyovasküler hastalıklardan korunmaya yönelik politikaların geliştirilmesi, uygulamaya konması ve sürdürülmesi önde gelen hedefler şeklinde açıklamıştır (Gögen, 2011; Türkmen, Badır ve Ergün, 2012).

Uluslararası kuruluşlar ülkelerin kendine ait politikalarının olmasını desteklemekte, kılavuzların önemini vurgulamakta ve primer/sekonder korumaya dair kılavuzlar oluşturmaktadır. Türkiye’de Türk Kardiyoloji Derneği (TKD)’nin ve Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin oluşturduğu ve TKD’nin çevirmenliğini gerçekleştirdiği risk faktörlerinin kontrol edilmesine dair korunma kılavuzları yer almaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın koruyucu uygulamalara yönelik stratejik ve eylem planları; TKD ile yaptığı ulusal kalp sağlık raporu bulunmaktadır (Türkmen, Badır ve Ergün, 2012). Ayrıca 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu TKD tarafından yayınlanmıştır (ESC, 2013).

### **2.11. Koroner Arter Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı**

Sağlık çalışanları arasında hemşirelerin hastalıkların meydana gelmesinin önlenmesinde, yüksek risk bulunan bireylerde hastalığın oluşumunun yavaşlatılmasında ve oluşabilecek komplikasyonların azaltılmasında bilinç oluşturmak adına, hasta veya sağlıklı bireylere eğitim vermede, sağlıklı yaşam davranışları kazandırarak bunları alışkanlığa

dönüştürmede ve hastalanmış kişilerin tedaviye uyumunu sağlamada önemli sorumlulukları vardır ve bunları bireye özel hemşirelik bakımı vererek yapmalıdır (Resmi Gazete, 2011; Türkmen, Badır ve Ergün, 2012).

Hemşirelerin temel ihtiyaçlara yönelik bakım uygulamaları dışında birçok profesyonel rolü olduğu yapılan araştırmalarda açıklanmıştır. Genel olarak bilinen hemşirelik rolleri; bakım verme, hasta savunuculuğu, araştırma, eğitim, yöneticilik ve karar vermedir. Diğer hemşirelik rolleri; özerk sahibi olma, kariyer geliştirme, iletişimi sağlama, eşgüdüm oluşturma, sorumluluklarının farkında olma, tedavi ve rehabilitasyon, danışmanlık sağlama olarak belirlenmiştir (Taylan, Alan ve Kadioğlu, 2012).

Kardiyovasküler sistem hastalıklarını değerlendirirken üzerinde durulması gereken en önemli nokta hastanın hikayesidir. Daha önce geçirilen operasyonlar, devam eden hastalıklar ve şimdiki şikayetleri dinlenerek hastalığın gelişme aşamaları tespit edilebilir (Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö., 2016). Planlı ve sürekli bir şekilde alınan anamnez, fizik muayane ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hemşirelik tanıları hastanın ihtiyaç duyduğu alana ve önceliklerine göre karar verilip amaçlar oluşturulur ve bu amaçlara uygun şekilde girişimler belirlenir ve uygulanır. Planlanan amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı uygulamalardan sonra hastanın sorunlarının ne derecede çözümlendiği ortaya çıkarılır. Burada öncelikle hastanın göğüs ağrısını gidermek, meydana gelen miyokard hasarını azaltarak daha fazla oluşmasının önüne geçmek, yeterli doku perfüzyonu oluşturarak devamını sağlamak, hastanın anksiyetesini gidererek kaygısını azaltmak ve öz bakım programına uyumunu arttırmak için uygun olan hemşirelik girişimleri planlanır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2019; Türen ve Efil, 2014).

Özellikle klinik olarak UAP, NSTEMI ve STEMI şeklinde farklı biçimleri olan akut koroner sendromla gelen hastaların tanı için öncelikle şikayetleri dinlenerek takip edilmeli; invaziv girişimler geçirenlerde ağrı, trombüs, hemoroji, aritmi, enfeksiyon riski, oksijenlenmede bozulma riski, nefrotoksisite riski gibi komplikasyon belirtileri açısından dikkatli olunmalıdır. Hastanın hastanede kaldığı sürede temel gereksinimleri olan istirahat, uyku, beslenme, temizlik, emosyonel durumu ve eliminasyon gibi ihtiyaçlarının karşılanmasına dikkat edilmelidir (Tok Özen ve Şenol Çelik, 2010; Kurt, Özkan ve Demirbağ, 2016).

Hastaların öyküsü alınırken subjektif ve objektif bulgulardan faydalanılır. Subjektif veriler hastanın fonksiyonel sağlık örüntülerinin değerlendirilmesi, kullandığı ilaçlar, geçirilen ameliyatlara gibi geçmiş sağlık öyküsü şeklinde sağlık durumu bilgilerini barındırır. Özellikle kalp yetersizliği devam eden kronikleşen hastalarda komplikasyonlar meydana gelir. Miyokart enfarktüsü, akut akciğer ödemi, tromboembolizm, kardiyojenik şok, disritmi, tromboembolizm, böbrek ve karaciğer yetmezliği gibi istenmeyen durumlar oluşabilir. Bu yönden dikkatli olunmalı ve hasta yakından gözlenmelidir (Enç ve Uysal, 2014; Enç ve Öz Alkan, 2012)

Modern sağlık sistemi içerisinde bilgiler sürekli ve hızla yenilenmekte ve gelişmektedir. Sağlık hizmeti verilen yerlerde, geleneksel uygulamaların yürütülmesi yeni bilgilerin uygulamaya geçirilmesinin önünde engeldir. Doğru, güvenilir ve kanıta dayalı tedavi yöntemleri ve uygulamalarla hastalığın gelişiminde düzelmeler olacağı ve nüks etmesinin önlenebileceği kanıtlanırsa hastalığın yönetiminde hemşirelerin de rol almasıyla özellikle interdisipliner ekip yaklaşımı ile daha sağlam ve etkin bir ilerleme kaydedileceği göz ardı edilmemelidir (Öztürk Çopur, Kuru ve Canbolat Seyman, 2015).

Koroner arter hastalığına yönelik hemşirelik tanıları; (Tok Yıldız ve Kaşıkçı, 2018).

- Koroner arter tıkanmasına bağlı miyokart perfüzyonunun azalması ve doku iskemisi ile ilgili “Akut ağrı”,
- Sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı “Kalp debisinde azalma”,
- Sol ventrikül işlev yetersizliği sonucu akciğerlerde sıvı birikimine bağlı “Gaz alışverişinde bozulma”; kardiak outputta azalmaya bağlı “Periferik doku perfüzyonunda bozulma”,
- Koroner arter tıkanmasına bağlı miyokart perfüzyonunun azalması, sol ventrikül işlev yetersizliği sonucu “Aktivite intoleransı”,
- KAH süreci, tedaviye uyumsuzluk ile ilgili “Bilgi eksikliği”,
- KAH süreci, dispne, yorgunluk vb. semptomlardan dolayı “Sosyal izolasyon”, “Rollerde değişim”, “Aile içi süreçlerde değişim”.

Akut durumda ağrı durumu sık sık değerlendirilir. Ağrı ölçeği kullanılarak ağrının özellikleri incelenerek spesifik bulgular oluşturulur. Kalp debisini değerlendirmek için kalp hızı, kan basıncı, bilinç düzeyi, vücut ısısı gibi hemodinamik bulgular gözlemlenir. Disritmileri saptamak için EKG çekilir. Aynı zamanda iskemi ve hasarı belirlemede EKG yol gösterici olur. Kalp yetmezliğinin erken belirtilerini farketmek için solunum sesleri dinlenir, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır. Kalbin oksijen gereksinimi azaltmak için hastanın dinlenmesi sağlanırken kalbe oksijen taşınmasını artırmak içinse oksijen verilir (Çelik ve Usta Yeşilbakan, 2020).

Mortalite riskinin yüksek olmasına rağmen KVVH'a bağlı ölümlerin çoğunluğunun sağlıklı yaşam davranışlarının edinilmesiyle azaltılabileceği bilinmektedir. Koroner arter hastalıklarının etiolojisinin, risk faktörlerinin, semptomlarının, yapılması ve yapılmaması gerekenlerin hasta tarafından bilinmesi hastalığın yönetiminde önemlidir. Bu amaçla KAH olan bireylere uygun bir hastalık yönetimi için hemşireler tarafından eğitim verilmesi gerekmektedir. Özellikle taburculuk dönemini kapsayan eğitimler hastalardaki sağlıklı davranış biçimlerinin oluşabilmesi için önemlidir (Kasapoğlu ve Enç, 2017).

## **2.12. Taburculuk, Hasta Eğitimi ve Öğrenim Gereksinimleri**

### **2.12.1. Taburculuk**

Taburculuk hizmetleri, koordineli bir şekilde yürütülen hastanın şimdiki ve gelecekteki bakım ihtiyaçlarını yeterli ve kapsamlı düzeyde tanılamayı, doğru kararlar almayı sağlayan, çok basamaklı bir girişimdir (Tan, Özdelikara ve Polat, 2013).

Hastanın hastaneye yatmasıyla temel atılan taburculuk planlaması, hastanın hastaneden ayrılmasından itibaren evde karşılaşılabileceği mevcut ve olası sağlık problemlerini önceden belirleyerek, iyilik halinin ve bakım ihtiyacının evde devamlılığının sağlanması için yapılan organize bir iş birliği sürecidir. Ve bu süreçte hastanın adapte olmasını sağlayacak planlı bir eğitime ihtiyaç vardır. Bu hasta eğitiminden sağlık ekibinin her bir üyesi sorumlu olmakla birlikte, aslında taburculuk planlaması hemşirenin görev ve sorumluluğunda olan bir süreçtir (Yalçın vd., 2015).

Araştırmalar sonucunda taburculuk eğitimi alan bireylerin tedavi ve iyileşme sũreçlerinin hızlandığı, tedaviye uyumlarının ve ۆzgũvenlerinin arttığı, hastane ve polikliniğe sũrekli başvuran hastaların azaldığı, bununla beraber hastaya verilen bakım giderlerinin azaldığı ve bakım kalitesinin yũkselerek hasta memnuniyetinin ۆnemli derecede arttığı belirtilmektedir (Yalçın vd., 2015; Dursun ve Yılmaz, 2015; Demirkıran, 2011).

Taburculuk eğitiminin kaliteli ve amacına uygun olarak gerçekteşmesi için en ۆnemli ve ۆncelik verilmesi gereken konu hasta eğitiminin hastanın bireysel ۆzelliklerine uygun ve ihtiyaç duyduğu konularda sistemli bir şekilde planlanmasıdır. Hasta gereksinimleri belirlenerek her bireye ۆzel olarak hazırlanan eğitim, hasta için daha etkili ve faydalı olacaktır (Demirkıran, 2011). Hasta gereksinimleri ۆnemsenmeden hazırlanan taburculuk eğitimi iyileşme sũrecinde uzamaya, bakım kalitesinin azalmasına ve komplikasyonların oluşmasına neden olabilir. Bu yũzden tũm hasta bireylerin eğitim ve ۆđrenim gereksinimlerinin birbirinden farklılık gۆsterebileceđi unutulmadan bilgi dũzeyleri gۆz ۆnũnde bulundurularak taburculuk eğitimi planlanması yapılmalıdır. Buna paralel olarak etkili bir hasta eğitimi içinde hastaların ۆđrenim gereksinimleri doğru bir şekilde ortaya çıkarılmalıdır. Litaretatũrde taburculuğa hazırlanan hastaların ۆđrenim gereksinimlerinin yũksek olduğu gۆrũlmũřtũr (etinkaya ve Aşiret, 2017; Sivrikaya ve Erdem, 2018).

Taburculuk eğitiminin sistemli bir şekilde planlanıp uygulanması gerekli olan hasta gruplarından biri de kalp hastalarıdır. Kalp hastalığı olan kişilerin hastalığa ve tedaviye uyum gۆstermesi, iyileşme sũrecinin hızlanması, yaşam kalitelerinin arttırılması ve olası komplikasyonların ortaya çıkmasını ۆnlemek amacıyla uygulanan işlemlerin tũmũne kardiyak rehabilitasyon denir. Eğitim ve danışmanlık kardiyak rehabilitasyon programının en ۆnemli aşamalarındandır ve taburculuk eğitimi de bunun bir parçasıdır (Akbulut, Tũlũce ve Kahraman, 2016).

Örneğin; Finlandiya’da North Karelia kardiyak rehabilitasyon programı ile; hastalarda KAH’nın oluşumuna neden olan risk faktörlerinden kolesterol seviyesinin %18, tũtũn kullanımının ise %15 oranında azaldığı; izleyen 20 yıllık sũre zarfında KAH’nın mortalite hızında %55 dũřũř olduğu gۆzlenmiřtir (Öz Alkan, 2016).

Eğitimde hastanın varolan bilgi düzeyi ve tecrübeleri çok önemlidir. Anamnez sırasında risk faktörleri ve yaşam tarzı konusunda hasta sorgulanmalı ve eğitim alması gereken konular belirlemelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Koroner arter hastalarının taburculuk eğitiminde hastanın hastalığına ve bireysel özelliklerine göre farklılık olmakla birlikte;

- ❖ Koroner arter hastalığının tanımı, nedenleri, belirtileri, risk faktörleri,
- ❖ Koroner arter hastalığı tanı ve tedavi yöntemleri,
- ❖ Kullanılacak ilaçlar hakkında bilgiler,
- ❖ Kontrol için nereye, ne zaman ve nasıl başvurulacağı,
- ❖ Hastalığın alışma hayatına etkisi,
- ❖ Günlük yaşam aktivitelerini sürdürme,
- ❖ Psikoterapötik girişimler,
- ❖ Yaşam tarzı değişikleri; sağlıklı beslenme, kilo ve kan basıncı kontrolü, düzenli fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketiminin bırakılması, stresle başa çıkma yöntemleri konularında hastanın ihtiyacına göre eğitim planlanabilir (İnangil ve şendir, 2014; z Alkan, 2016; Kasapoğlu ve Enç, 2017; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

### **2.12.2. Hasta Eğitimi ve ğrenim Gereksinimleri**

Günümüzde gelişen ve değişen sağlık bakım sistemiyle, hastaların hastanede kalış süreleri azalmakta bununla beraber hasta ve ailesinin alması gereken sorumluluklarda artmaktadır. Yerine getirilmesi beklenen öz bakım yeterlilikleri için hasta ve ailesinin nitelikli ve çözüm odaklı bir eğitim almaları da zorunlu olmaktadır. Bu durum sağlık ekibi içerisinde bireyi holistik bir yaklaşımla ele alan, profesyonel sağlık grubu olan hemşirelerin hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi, sağlığın bozulduğu hallerde tekrar kazanılmasına ve rehabilitasyon uygulamalarına yönelik eğitici rolünü ön plana çıkarmaktadır (şenyuva ve Taşocak, 2007; z Alkan, 2016).

Hemşirelerin eğitici rolünde yer alan hasta eğitimi, hasta bakım etkinlerinde tamamlayıcı ve sürekliliği olan, hastalara yaşamlarını organize etmeleri için ihtiyaçları olan bilgi ve

becerileri kazanma ve uygulamaya aktarmalarına rehberlik etme sürecidir. Hasta eğitimi; en kısa zamanda hastalık, hasta bakımı ve psikososyal desteği vermeyi, hastanın kendine yetebilecek düzeye gelmesini, hastane düzeni, kurumsal prosedürle ilgili işlemleri barındıran organize etkinliklerdir. Amaç bireye ve ailesine süreçte kontrolü elinde tutan, aktif rol oynamasını sağlayan özgüveni, bilgiyi, yeteneği kazandırmaktır. Bu şekilde hasta ve aile üyeleri hastalık ve bakım yönetimi, tedavi süreci, sağlıklı yaşam kalitesini koruma ve sürdürme gibi gereksinim duyduğu boşlukları doldurarak özbakım sorumluluğunu üstlenirler (Aygül ve Ulupınar, 2012).

Hasta eğitiminde temel amaç bireylerin bilgi, beceri ve tutumlarının sistemli olarak değiştirilmesidir. Eğitimin genel amaçları mevcut sağlığın korunup sürdürülmesi ve varolan riskleri elemine ederek hastalıkları önleme davranışlarının kazandırılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, hastalık halinde oluşabilecek komplikasyonların en aza indirilmesi, bireyin özbakım gücü ve kararları desteklenip yaşamın temel gerekliliklerinin gerçekleştirilmesine katkı sağlamaktır (Uysal, 2012, Yıldırım, Çiftçi, Kaşıkçı, 2017).

Hemşireler hangi amaçla eğitim verirse versin muhakkak öğretim sürecini kullanmalı ve bu süreci iyi bilerek faydalanmalıdır. Öğretim süreci aslında hemşirelik süreci ile birlikte sürdürülen bir süreçtir. Bireylerin gereksinimi olan sağlık bakımı hemşirelik süreciyle belirlenirken bireyin ihtiyacı olan eğitimde tespit edilir ve bakım planı sürecinin bir basamağı olarak bilgi eksikliği tanısıyla öğretim sürecinde başlar. Böylelikle hasta merkezli olup herkes için standart olmayan her bireye özel hemşirelik tanıları konur. Öğretim de hemşirelik süreci gibi veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme şeklinde beş basamaklı bir süreçten meydana gelir (Bayat, 2005; Basit, 2020).

Veri toplama aşamasında, bireyin neyi öğrenmeye ihtiyacı olduğu, öğrenmeye hevesli olup olmadığı, öğrenme becerileri gibi hasta ile ilgili bilgiler planlı ve sistemli bir şekilde elde edilir. Tanılama aşamasında, elde edilen veriler ışığında bireye özgü öğrenme gereksinimlerinin neler olduğu belirlenip soruna karar verilir. Planlama aşaması, nelerin nasıl, ne şekilde ve ne zaman yapılacağını gösteren, gerekli girişimleri kapsayan, hasta eğitim planının düzenlendiği bölümdür. Uygulama aşamasında

planınlanan girişimler uygulanır ve öğrenmeyi sağlamak için tüm destekler sağlanır. Son aşamada değiştirilmesi beklenen davranışların ne ölçüde yerine getirildiği, hazırlanan plana ulaşma durumu ve tüm süreç değerlendirilmektedir. Sorunlar ve eksik kalan yerler analiz yapılarak yeniden değerlendirilmelidir (Öztürk, Çilingir ve Hintistan, 2011; Basit,2020).

Literatürde yer alan pek çok çalışma ile kalp hastalarının bilgi gereksinimleri ve öncelikleri belirlenmeye çalışılmıştır:

Min ve diğerleri (2020)'nin sağlık hizmeti sunanlarla kalp yetmezliği olan hastaların öğrenme gereksinimlerini karşılaştırdığı çalışmada ilaçlar ve belirti bulgular her iki grupta da en önemli gereksinim olarak belirlendi. Psikoloji bilgisi eğitim konusu ise her iki grupta da en düşük sırada yer almıştır.

Huriani (2019)'nin miyokart enfarktüsü hastalarının öğrenme ihtiyaçlarını belirlediği çalışmada ilaç bilgisi hastalar tarafından en yüksek puana sahip bilgi gereksinimi olarak bulunmuştur.

Ong ve diğerleri (2018)'nin kalp yetmezliği olan hastaların öğrenme ihtiyaçlarını belirlediği çalışmada hastalıkla ilgili belirti ve semptomlar, risk faktörleri, hastalık bilgileri ve ilaçlarla ilgili eğitim konularının çok önemli bulunduğu; aktivite ve psikolojik faktörlerle ilgili konulara ise daha az önem verildiği görülmüştür.

Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarının taburcu olmadan önce bilgi gereksinimlerini belirlediği çalışmada en yüksek önemlilik düzeyi ilaçlar ve yaşam aktiviteleri, en düşük önemlilik düzeyi duruma ilişkin duygular, toplum ve izlem alt boyutlarında bulunmuştur.

Sultana (2015)'nin Bangladeş'te miyokart enfarktüsü hastalarının taburculuk bilgi ihtiyaçlarını belirlediği çalışmada ilaçlar, semptom yönetimi ve diyet konularının en önemli hasta gereksinimi olduğu bildirilmiştir.

### 2.13. Kalp Hastalarında Eğitimin Önemi ve Yapılan Çalışmalar

Dünyada ve ülkemizde de giderek artan kalp hastalıklarında yaşam kalitesinin yükselmesi için özellikle sayıca fazla olan koroner arter hastası bireylerin hastalık yönetiminin etkin bir şekilde sağlanması gerekmektedir. Bunun içinde hasta eğitimlerini gerçekleştirerek bilen ve doğru davranışlar sergileyen bilinçli hastalar ve aileleri yetiştirilmelidir. Hasta eğitiminin verimli olması için hemşirelerin hasta gereksinimlerine öncelik verip doldurulması veya düzeltilmesi gereken yönlere eğilip bireysel eğitim planı hazırlamaları gereklidir.

Kardiyovasküler risklerin önlenmesi, varolan risklerin giderilmesi, davranış değişikliğinin kazandırılarak yanlış veya eksik uygulamaların önlenmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve idamesi için, hastaya gereksinim duyduğu konularda eğitim verilmesi, desteklenmesi ve motivasyonun yükseltilmesi önceliklidir. Bunları yaparken bireylerin yaş, sosyo-demografik ve okuryazarlık seviyeleri, kültür ve anlayış farklılıkları dikkate alarak düzenleme yapılırsa hastaların hastalığa ve tedaviye uyumları artabilir. Hastalık gibi kompleks tedavi ve özellikli bakım gerektiren durumlarda hemşire liderliğinde yapılan uygulamaların sürece olumlu etki ettiği ve sonuçları iyileştirdiği bildirilmiştir (Uysal, 2015).

Joanna Briggs Enstitüsü 2010 yılında, toplam 22 randomize kontrollü araştırma sonuçlarıyla hazırladığı “Erişkinlerde Kalple İlgili Risk Faktörlerini Azaltmaya Yönelik Hemşire Liderliğinde Girişimler” adlı rapor iki farklı sistematik çalışma doğrultusunda paylaşılmıştır. Rapora göre, hemşire liderliğindeki kliniklerde; bilinen veya saptanan kalp hastalığı bulunan KVH risk faktörüne sahip hastalar kadar, hastalığı olmayan kişilerde de KVH risk belirteçlerinin indirildiği (A düzeyi kanıt, JBI); hastalarda hipertansiyonu ve kolesterolü azaltmada, diyetle uyum sağlamada ve fiziksel hareketliliği artırmada yarar sağladığı (A düzeyi kanıt, JBI); hemşirelik uygulamalarının, beslenme alışkanlıkları ve kolesterol seviyelerinde uzun zamanlı olumlu etkiler yaptığı açıklanırken (A düzeyi kanıt, JBI); tütün kullanımına etkisinin tam olarak belli olmadığı bildirilmektedir (İnangil ve Şendir, 2014).

Literatürde kardiyovasküler hastalıklarda eğitimin etkilerini ortaya koyan pek çok çalışmaya rastlamak mümkündür:

Türker (2020)'nin kalp yetmezliği olan hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan planlı eğitimin hastanın yaşam kalitesi ve semptomları üzerine etkisinin değerlendirilmesi çalışmasında bakım vericilere verilen eğitimin etkili olduğu, hastaların yaşam kalitesini yükselttiği ve hastaların semptom yükünün azaldığı sonucuna varılmıştır.

Bayrak (2020)'in koroner kalp hastalarına verilen eğitimin öz bakıma etkisini değerlendirdiği çalışmada bilimsel yaklaşıma dayalı hemşire tarafından verilen eğitim programının, koroner kalp hastalarında öz bakımı sürdürme, yönetme ve öz güven davranışlarını arttırdığı bulunmuştur.

Tok Yıldız ve Kaşıkçı (2018)'nin yaptığı koroner arter hastalığı olan bireylerde Orem'in öz bakım yetersizlik kuramına göre verilen eğitimin hastaların öz bakım gücü ve yaşam kalitesine etkisi adlı çalışmasında KAH tanısı alan kişilerin eğitimle öz bakım gücünün, genel yaşamında ve hastalıkla ilgili yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir.

Çamcı (2018)'nin kronik kalp yetmezliği olan hastalara verilen palyatif bakım eğitiminin hasta bireylerin yaşam kalitesi, semptom yönetimi ve yeniden yatışlar üzerine etkisini incelemek için yaptığı çalışmada taburculuk sonrası eğitim alan deney grubunun yorgunluk, bulantı, iştahsızlık, ayaklarda ödem ve toplam semptom yükünün kontrol grubuna kıyasla daha iyi olduğu ve anksiyete/depresyon puanının deney grubunda çok iyi olduğu ve hastaneye yeniden yatışlarının az olduğu saptanmıştır.

Çiftçi (2018)'nin kronik kalp yetmezliğine dair klinikte rutine koyulan hasta eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmaya göre hasta eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırdığı, bireylerin öz bakımını yönetmesini, sürdürmesini ve bunları yaparken kendine güveninin gelişmesini sađladđı görülmüştür.

Clark ve diğerleri (2015)'nin kronik kalp yetmezliği olan yetişkinlerde hemşireler tarafından ev ortamında sağlanan eğitim-destek programının etkilerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmaya göre bireylere verilen eğitim ile sağlık durumunun ve öz bakımının iyileştiği, yaşam kalitesinin ve kalp yetmezliği hakkında bilgi düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Tawalbeh ve Ahmad (2014)'ın koroner arter hastalığı olan hastalarda kardiyak eğitim programının bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşam tarzına uyum düzeyi üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmada hasta bireylerde bir ay süren eğitim programının sonunda bile bilgi düzeyi ve sağlıklı yaşama uyum düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Ghisi ve diğerleri (2014)'nin kardiyovasküler hastalığı olan bireylerde hasta eğitimlerinin bilgi düzeyi ve sağlık davranışı değişikliklerini belirlemek amacıyla sistematik literatür taraması şeklinde yaptıkları çalışmaya göre eğitimle davranış değişikliklerinde olumlu yönde artış olduğu ve bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir.

Eckman ve diğerleri (2012)'nin koroner arter hastalığı olan bireylere verilen hasta eğitiminin ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin bilgi ve sağlık davranışları üzerindeki etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmaya göre koroner arter hastalığı olan bireylerde hasta eğitim programının hastalığa özgü bilgi düzeyini geliştirdiği, tedaviye katılım ve sağlık davranışlarında gelişme sağladığı belirlenmiştir.

Drevenhorn ve diğerleri (2012)'nin randomize kontrollü bir çalışmasına göre; hipertansiyon hastalarına yapılan hasta eğitimleri ile hastaların sigarayı bırakma, fiziksel aktivite, beslenme düzenine uyum konularında olumlu sağlık davranışı geliştirdikleri ortaya konmuştur.

Eshah, Bond ve Froelicher (2010)'ın koroner kalp hastalığı hakkındaki bilgi, tutum ve inançları ile sağlıklı yaşam biçiminin benimsenmesi için verilen eğitim ve davranışsal beceri oluşturma programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptığı randomize kontrollü çalışmada katılımcıların sağlık sorumluluğunda, beslenme davranışında, kişilerarası ilişkilerinde daha iyi tutum gösterdiği ve koroner kalp hastalığı hakkındaki bilgi düzeyinde artış olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Öğrenim gereksinimleri, bireyin şimdiki sağlık durumu ve mevcut hastalıklarıyla doğrudan ilgili olduğu için hemşirelerin eğitim yaparken hasta bireylerin ihtiyaçlarını gözeterik hareket etmeleri, kişilerin istediği şeylere önem ve öncelik veren, algıladığı şekilde hazırlanan bir eğitim planı oluşturmaları gereklidir (Tan, Özdelikara ve Polat, 2013). Tüm hasta bireylerin birbirinden farklı olabileceği unutulmadan hastaların bilgi düzeylerinin ve gereksinimlerinin, önceliklerinin doğru tespit edilebilmesi ve aynı

zamanda doğru ve eksiksiz bakımın gerçekleştirilebilmesi için hastaların öğrenim gereksinimlerinin tespit edilmesi gerekir (Çetinkaya ve Aşiret, 2017).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma kardiyoloji kliniğinde yatarak tedavi gören ve taburculuğu planlanan koroner arter hastalarının koroner arter hastalığı ile ilgili bilgi düzeylerinin, eğitim ve öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde yer alan bir kamu hastanesinde Kasım 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni, çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastanenin kardiyoloji kliniklerinde yatarak tedavi gören ve taburculuğu planlanan koroner arter hastalığı tanısı almış 960 hastadan oluşmuştur. Örneklem sayısı; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklemdeki birey sayısını belirlemek amacıyla kullanılan formül ile hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma

$$n = \frac{(960)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(960-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)}$$

$$n = 277$$

Örneklem büyüklüğü 277 olarak bulunmuştur. Veri toplama araçlarının eksik doldurulması gibi nedenlerden dolayı araştırma 300 hasta ile gerçekleştirilmiştir.

### 3.4. Araştırma Soruları

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıtlar aranmıştır:

- Koroner arter hastalarının bilgi düzeyi nedir?
- Koroner arter hastalarının eğitim gereksinimleri nedir?
- Koroner arter hastalarının taburculuğa ilişkin öğrenim gereksinimleri nelerdir?
- Koroner arter hastalarının sosyodemografik verileri ve hastalığa ilişkin özellikleri, bilgi düzeyi ile öğrenim gereksinimlerini etkiler mi?
- Koroner arter hastalarının bilgi düzeyleri ile öğrenim gereksinimleri arasında ilişki var mıdır?

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri;

Hasta Bilgi Formu (Ek 7)

Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 (Ek 8)

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (Ek 9) kullanılarak elde edilmiştir.

#### **3.5.1. Hasta Bilgi Formu**

Hasta bilgi formu hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitimi ve medeni durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, tanı konma süresi, kronik hastalık durumu, kullanılan ilaçlar, sigara ve alkol alışkanlıkları, beslenme ve egzersiz düzeni, koroner arter hastalığıyla ilgili eğitim alıp almadığı, eğitimin yeterliliği ile ilgili sosyodemografik ve hastalığa ilişkin çeşitli özellikleri içeren literatür doğrultusunda oluşturulmuş toplam 22 sorudan oluşmaktadır (Akbulut, 2019; Göksel, 2019; Erdoğan, 2019; Öksüz, 2018; Boyraz, 2014).

#### **3.5.2. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2**

Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2, Ghisi ve diğerleri tarafından 2009 yılında koroner arter hastalarında hasta eğitiminin önemi konusunda farkındalık oluşturma, hastalık ile ilgili bilgi düzeylerini tanımlama ve değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Ghisi ve diğerleri tarafından aynı ölçek 2015 yılında tekrar revize edilmiştir. Anketin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması 2018 yılında Akbulut ve Kahraman tarafından yapılmıştır. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2, 29 madde ve 5 alt boyuttan (tıbbi durum, risk faktörleri, egzersiz, beslenme ve psikososyal risk) oluşmaktadır. Maddelerde yer alan her cevap bir bilgi düzeyine karşılık gelmektedir. Verilen seçeneklerden yalnız biri doğrudur. Anketin değerlendirilmesi “Tam bilgi: 3 puan”, “Yetersiz bilgi: 1 puan”, “Yanlış bilgi: 0 puan” ve “Eksik bilgi: 0 puan” şeklinde yapılmaktadır.

Her sorunun dört olası cevabı bulunmaktadır. Anketin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,88 olarak bulunmuştur (Akbulut ve Kahraman, 2018). Bu çalışmada ise anketin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,951 olarak bulunmuştur. Anketin tamamı için en yüksek puan 87’dir.

Anketten alınan toplam puana göre ankete yanıt veren kişinin bilgi düzeyi ile ilgili bir sınıflandırma elde edilmektedir. Bilgi Düzeyi Sınıflandırması Puan aralığı; “Mükemmel” 87-77, “İyi” 76-60, “Kabul edilebilir” 59-43, “Zayıf” 42-26, “Yetersiz” 25 ve altı şeklindedir.

### **3.5.3. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği**

Bubela ve diğerleri tarafından 1990 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek hastaların taburculuktaki önceliklerini ve bilgi gereksinimlerini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Çatal ve Dicle tarafından yapılmıştır. Ölçek ilaçlar (3, 8, 16, 18, 37, 39, 44, 45), yaşam aktiviteleri (2, 5, 14, 17, 27, 28, 29, 30, 48), toplum ve izlem (6, 9, 22, 31, 36, 41), duruma ilişkin duygular (7, 24, 32, 35, 42), tedavi ve komplikasyonlar (1, 4, 10, 19, 20, 23, 26, 38), yaşam kalitesi (11, 13, 15, 21, 34, 40, 46, 50), cilt bakımı (12, 25, 33, 43, 49) şeklinde 7 alt boyuttan ve 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri “1: önemli değil”, “2: biraz önemli”, “3: ne az ne çok önemli”, “4: çok önemli”, “5: son derece önemli” olarak likert tipi şeklindedir. Ölçeğin değerlendirilmesi ise ölçek toplam puanı ve ayrı ayrı alt boyut üzerinden yapılmaktadır. Ölçek puanları 50-250 aralığında değişmektedir. Alınan düşük puanlar öğrenim gereksinimlerinin az olduğunu, yüksek puanlar öğrenim gereksinimlerinin fazla olduğunu gösterir. Ölçek ve alt boyuttan elde edilen puanlar; toplam ölçek soru sayısı ve alt boyutların soru sayısına bölünüp, 1-5 arasında çıkan önemlilik düzeyine göre değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,95 olduğu belirlenmiştir (Çatal ve Dicle, 2007). Bu çalışmada Cronbach’s Alpha katsayısı 0,965 olarak bulunmuştur.

### **3.6. Verilerin Toplanması**

Araştırmacı tarafından hastalara araştırma ile ilgili gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek veriler toplanmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişkenler:** Araştırmanın bağımlı değişkenleri, araştırmaya katılan bireylerin, KAH Eğitim Anketi-2 ve HÖGÖ'nin toplam puanları ve alt boyutlardan aldıkları puanlar bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

**Bağımsız Değişkenler:** Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, araştırmaya katılan hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, kronik hastalık varlığı vb. sosyo-demografik özellikleri, hastalık, tedavi süreci ve eğitim almaya ilişkin durumları oluşturmaktadır.

### 3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinin yapılmasında NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler analiz edilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlardan yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum kullanılmıştır. Bunların yanı sıra nicel verilerin karşılaştırmasında normal dağılıma uygun olup olmadıkları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemelerle değerlendirilmiştir. Nicel değişkenlerin normal dağılım gösterdiği durumlarda iki grup karşılaştırmalarında Student-t testi, ikiden fazla grup arası kıyaslamasında tek yönlü varyans analizi, anlamlı farkı belirlemek için Games-Howell testi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmelerle analiz yapılmıştır. Nicel değişkenlerin normal dağılım göstermediği iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testi ve Dunn-Bonferroni testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arasındaki bağlantıların incelenmesinde Spearman korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Çok değişkenli analiz olarak; KAH Eğitim Anketi alt boyutlarının HOGÖ toplam puanı üzerine etkileri Backward Linear Regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi “ $p<0,05$ ” olarak kabul edilmiştir.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 06.08.2019 tarihli E.3216 sayılı (Ek 3), çalışmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Etik Komisyonu'ndan (Ek 4) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan (Ek 5) yazılı izin alınmıştır. Çalışma öncesi hastalar araştırma ile ilgili bilgilendirilerek onamları alınmıştır (Ek 6). Ayrıca çalışmada kullanılan veri toplama araçlarıyla ilgili izin alınmıştır (Ek 1,2).

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmadan elde edilen veriler İstanbul'da yalnızca bir kamu hastanesinde yatarak tedavi gören hastaların katılımıyla sınırlıdır.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Araştırma, koroner arter hastalarının bilgi düzeyi, eğitim ve öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla İstanbul ilinde bulunan bir kamu hastanesinde kardiyoloji kliniklerinde yatarak tedavi gören ve taburculuğu planlanan 300 hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen sıra ile aktarılacaktır.

- Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular
- Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 İle İlgili Bulgular
- Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği İle İlgili Bulgular
- Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Arasındaki İlişki İle İlgili Bulgular

#### **4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular**

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=300)**

<b>Özellikler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	<i>Min-Maks</i>	19-87	
	<i>Ort±Ss</i>	63.66±12.70	
	≤45 yaş	26	8.7
	46 - 55 yaş arası	50	16.7
	56 – 65 yaş arası	73	24.3
	66 - 75 yaş arası	103	34.3
	≥76 yaş	48	16.0
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	164	54.7
	Kadın	136	45.3
<b>Medeni Durum</b>	Evli	256	85.3
	Bekar	44	14.7
<b>Eğitim Durumu</b>	Okuryazar	16	5.3
	İlkokul	157	52.3
	Ortaokul	49	16.3
	Lise	58	19.3
	Lisans ve üzeri	20	6.7
<b>Çalışma Durumu</b>	Çalışıyor	128	42.7
	Çalışmıyor	172	57.3
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	54	18.0
	Emekli	101	33.7
	İşçi	95	31.7
	Serbest meslek	33	11.0
	İşsiz	17	5.7
<b>Gelir Düzeyi</b>	İyi	87	29.0
	Orta	178	59.3
	Düşük	35	11.7
<b>Sosyal Güvence</b>	Var	274	91.3
	Yok	26	8.7
<b>Yaşadığı Yer</b>	İl	147	49.0
	İlçe	123	41.0
	Belde, Köy	30	10.0
<b>Hane Sosyal Yapısı</b>	Eş	114	38.0
	Çocuklar	26	8.7
	Eş ve Çocuklar	134	44.7
	Diğer (Anne,baba,akraba,yakın)	14	4.6
	Yalnız	12	4.0

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 19 ile 87 yaş arasında değişmekte olup, ortalama 63,66±12,70 olarak saptanmıştır. Hastaların %34,3'ü (n=103) 66-75 yaş aralığında, %54,7'si (n=164) erkek, %85,3'ünün (n=256) evli, %52,3'ünün (n=157) ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Hastaların %57,3'ünün (n=172) çalışmadığı gözlenirken,

%33,7'sinin (n=101) emekli olduğu, %59,3'ünün (n=178) gelir durumunu orta düzeyde ifade ettiği, %91,3'ünün (n=274) sosyal güvencesi olduğu, %49'unun (n=147) ilde ve %44,7'sinin (n=134) eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı bulunmuştur.

Hastaların kardiyak risk faktörleri ile ilgili bulgular Tablo 4.2' de gösterilmiştir.

**Tablo 4.2: Hastaların Kardiyak Risk Faktörlerinin Dağılımı (n=300)**

Özellikler		n	%
<b>Boy</b>	<i>Min-Maks</i>	150-195	
	<i>Ort±Ss</i>	167.05±7.70	
<b>Kilo</b>	<i>Min-Maks</i>	41-120	
	<i>Ort±Ss</i>	75.87±13.94	
<b>BKİ</b>	<i>Min-Maks</i>	16.8-44.1	
	<i>Ort±Ss</i>	27.19±4.78	
	<b>Zayıf</b>	13	4.3
	<b>Normal Kilolu</b>	81	27.0
	<b>Fazla Kilolu</b>	120	40.0
	<b>Obez</b>	86	28.7
<b>KAH Tam Süresi</b>	1 yıldan az	67	22.3
	1-5yıl	132	44.0
	≥6 yıl	101	33.7
<b>Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü</b>	Evet	183	61.0
	Hayır	117	39.0
<b>Ek Kronik Hastalıklar</b>	Var	266	88.7
	Yok	34	11.3
<b>Diyabet (n=266)</b>	Var	128	48.1
	Yok	138	51.9
<b>Hipertansiyon (n=266)</b>	Var	216	81.2
	Yok	50	18.8
<b>Hiperlipidemi (n=266)</b>	Var	133	50.0
	Yok	133	50.0
<b>Alkol Kullanımı</b>	Evet	16	5.3
	Hayır	233	77.7
	Bıraktım	51	17.0
<b>Alkol Kullanma Süresi (n=16)</b>	1-5 yıl	6	37.5
	6 yıldan fazla	10	62.5
<b>Sigara Kullanımı</b>	Evet	128	42.7
	Hayır	121	40.3
	Bıraktım	51	17.0
<b>Sigara Kullanma Süresi (n=128)</b>	1 yıldan az	2	1.6
	1-5 yıl	12	9.4
	6 yıldan fazla	114	89.0

Hastaların BKİ ortalaması 16,8 ile 44,1 kg/m<sup>2</sup> arasında olup %40'ı (n=120) fazla kiloludur. Beden kitle indeksi gruplandırılması Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenmiş sınıflamaya göre yapılmıştır (WHO, 2015).

Hastaların %61'inin (n=183) ailesinde kalp hastalığı öyküsü olduğu, %44'ünün tanı konma süresinin (n=132) 1-5 yıl aralığında olduğu saptanmıştır. Hastaların %88,7'sinde (n=266) ek hastalık olup, %81,2'sinde (n=216) hipertansiyon mevcuttur. Hastaların %77,7'sinin (n=233) alkol kullanmadığı alkol kullanan 16 hastanın %62,5'inin (n=10) 6 yıl üzerinde alkol kullandığı bulunmuştur. Hastaların %42,7'sinin (n=128) sigara kullandığı ve %89,1'inin (n=114) 6 yıldan fazla süredir sigara içtiği saptanmıştır.

Hastaların hastalık/tedavi sürecine ilişkin özellikleri Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.3: Hastaların Hastalık/Tedavi Süreci Özelliklerinin Dağılımı (n=300)**

Özellikler		n	%
<b>KAH Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu</b>	Evet	168	56.0
	Hayır	132	44.0
<b>Herhangi KVC İşlem Geçirme Durumu</b>	Evet	107	35.7
	Hayır	193	64.3
<b>Geçirilen KVC Girişim (n=107)</b>	Koroner by-pass	35	32.7
	Koroner anjiyoplasti-stent	58	54.2
	Koroner anjioplasti/ Kalp kapak operasyonları	14	13.1
<b>İlaç Kullanma Durumu</b>	Kullanıyor	267	89.0
	Kullanmıyor	33	11.0
<b>•Kullanılan İlaçlar (n=267)</b>	Antidiyabetik	120	44.9
	Antihipertansif	212	79.4
	Antidislipidemik	118	44.2
	Antikoagülan	221	82.8
<b>İlaç Kullanma Düzeni (n:267)</b>	Her zaman	77	28.8
	Bazen	143	53.6
	Hiçbir zaman	47	17.6
<b>Sağlıklı Beslenme Durumu</b>	Her zaman	63	21.0
	Bazen	177	59.0
	Hiçbir zaman	57	19.0
	Beslenme diyeti yok	3	1.0
<b>Egzersiz Yapma Durumu</b>	Evet, düzenli	55	18.3
	Evet, düzensiz	117	39.0
	Hayır	128	42.7

•Birden fazla ilaç kullanımı gözlenmiştir.

Hastaların %56'sının (n=168) hastalığı nedeniyle daha önce hastanede yattığı, %64,3'ünün (n=193) KVC bir işlem geçirmediği gözlenirken, KVC işlemi geçiren 107 hastanın %54,2'sinin (n=58) koroner anjiyoplasti-stent olduğu saptanmıştır.

Hastaların %89'unun (n=267) ilaç kullandığı, %82,8'inin (n=221) antikoagülan, %79,4'ünün (n=212) antihipertansif, %44,9'unun (n=120) antidiyabetik, %44,2'sinin (n=118) antidislipidemik ilaçlar kullandığı gözlenmiştir. İlaç kullanan hastaların %53,6'sının (n=143) ilaçlarını bazen düzenli kullandığı belirlenmiştir.

Hastaların %59'u (n=177) sağlıklı beslenme durumuna bazen yanıtını vermiş, %42,7'sinin (n=128) egzersiz yapmadığı görülmüştür.

Hastaların eğitim alma durumuna yönelik bulguları Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.4: Hastaların Eğitim Alma Durumlarının Dağılımı (n=300)**

Özellikler		n	%
<b>Koroner Arter Hastalığıyla İlgili Eğitim Alma Durumu</b>	Evet	128	42.7
	Hayır	172	57.3
<b>Koroner Arter Hastalığıyla İlgili Eğitimi Veren Ekip Üyesi (n=128)</b>	Hemşire	16	12.5
	Hekim	67	52.3
	Hemşire ve hekim	45	35.2
<b>Koroner Arter Hastalığıyla İlgili Eğitimi Yeterli Bulma Durumu (n=128)</b>	Evet	27	21.1
	Hayır	36	28.1
	Kısmen	65	50.8

Çalışmaya katılan hastaların %57,3'ünün (n=172) koroner arter hastalığıyla ilgili eğitim almadığı gözlenirken, eğitim alan 128 hastanın %52,3'ünün (n=67) eğitimi hekimden aldığı, %50,8'inin (n=65) eğitimleri kısmen yeterli bulunduğu görülmüştür.

#### **4.2. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 İle İlgili Bulgular**

Çalışmaya katılan hastaların koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 ile ilgili bulguları Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.5: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=300)**

	,00		1,00		3,00		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	
Koroner Arter Hastalığı	106	35.3	98	32.7	96	32.0	1.29±1.25
Anjina (rahatsız edici göğüs ağrısı)	85	28.3	122	40.7	93	31.0	1.34±1.19
Koroner arter hastalığı olan bir bireyde, aşağıdakilerden hangisi anjinanın genel tanımıdır?	91	30.3	93	31.0	116	38.7	1.47±1.28
Kalp krizi	50	16.7	171	57.0	79	26.3	1.36±1.05
Bireyin ilaç tedavisini anlamasına yardım etmeyi sağlayacak en iyi kaynaklar:	38	12.7	118	39.3	144	48.0	1.83±1.16
Aspirin (ASA) ve Klopidojel (PlavixTM) gibi ilaçlar önemlidir, çünkü:	65	21.7	167	55.7	68	22.7	1.24±1.03
Atorvastatin (LipitorTM), Rosuvastatin (CrestorTM) veya Simvastatin (ZocorTM) gibi "statin" türü ilaçlar vücutta yararlı etkilerini,	125	41.7	131	43.7	44	14.7	0.88±1
Kalp hastalığının değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir?	96	32.0	104	34.7	100	33.3	1.35±1.24
Kolesterol düzeyini kontrol etmek için yapılacak uygulamalar:	80	26.7	130	43.3	90	30.0	1.33±1.17
Kan basıncını (tansiyonu) kontrol etmek için yapılacak uygulamalar nelerdir?	33	11.0	160	53.3	107	35.7	1.6±1.08
Bir kardiyovasküler risk faktörünü (tansiyon veya kolesterol gibi) kontrol etmeye yönelik ilk adım nedir?	102	34.0	138	46.0	60	20.0	1.06±1.07
Diyabet (şeker hastalığı) gelişimini önleyecek uygulamalar nelerdir?	77	25.7	114	38.0	109	36.3	1.47±1.22
Egzersiz önerisinin önemli bileşenleri nelerdir?	111	37.0	102	34.0	87	29.0	1.21±1.22
Kalp hastalığı olan bir birey için, egzersiz öncesi kardiyovasküler ısınma (5-10 dk germe ve eklem açıklık egzersizleri) yapmak önemlidir, çünkü:	110	36.7	113	37.7	77	25.7	1.15±1.17
Nabız	40	13.3	150	50.0	110	36.7	1.6±1.12
Kış ayında dışarıda güvenli bir şekilde egzersiz yapmak için yapılabilecek üç şey:	103	34.3	140	46.7	57	19.0	1.04±1.05
Direnç egzersizi (ağırlık kaldırma veya elastik bandaj) yapmanın yararları:	65	21.7	147	49.0	88	29.3	1.37±1.12
Eğer birey yürüme egzersizi sırasında göğüste rahatsızlık hissederse:	66	22.0	171	57.0	63	21.0	1.2±1.01
Bir kişi doğru seviyede egzersiz yaptığını nasıl anlar?	138	46.0	94	31.3	68	22.7	0.99±1.17
Besinlerdeki en iyi Omega-3 kaynağı nedir?	70	23.3	67	22.3	163	54.3	1.85±1.3
Trans yağlar (hazır gıda besinlerinde, işlenmiş yiyeceklerde bulunan yağlar):	71	23.7	165	55.0	64	21.3	1.19±1.03
Beslenme düzenine lif eklemenin en iyi yolu nedir?	74	24.7	136	45.3	90	30.0	1.35±1.15
Aşağıdakilerden hangisinde en fazla tuz vardır?	43	14.3	178	59.3	79	26.3	1.38±1.03
Aşağıdaki besin bileşenlerinden hangisi tansiyonu düşürmeye yardımcı olur?	69	23.0	144	48.0	87	29.0	1.35±1.13
Aşağıdakilerden hangisi etkili stres yönetim tekniğidir?	81	27.0	112	37.3	107	35.7	1.44±1.23
Hangi stres tipleri artmış kalp krizi riski ile ilgilidir?	130	43.3	94	31.3	76	25.3	1.07±1.2
Aşağıdakilerden hangisi depresyona bağlı kalp hastalığı riskinizi azaltmadaki en iyi seçeneği tanımlar?	71	23.7	83	27.7	146	48.7	1.74±1.28
Uyku apnesi'nin (uykuda solunum durması) fark edilmesi önemlidir, çünkü:	97	32.3	143	47.7	60	20.0	1.08±1.06
Aşağıdakilerden hangisi Kronik stres'i en iyi tanımlar?	113	37.7	104	34.7	83	27.7	1.18±1.21

Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 maddelerinden ortalaması en büyük ifadeler;

- “Besinlerdeki en iyi Omega-3 kaynağı nedir?”
- “Bireyin ilaç tedavisini anlamasına yardım etmeyi sağlayacak en iyi kaynaklar?”
- “Aşağıdakilerden hangisi depresyona bağlı kalp hastalığı riskinizi azaltmadaki en iyi seçeneği tanımlar?”

Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 maddelerinden ortalaması en küçük ifadeler;

- “Atorvastatin (LipitorTM), Rosuvastatin (CrestorTM) veya Simvastatin (ZocorTM) gibi “statin” türü ilaçlar vücutta yararlı etkilerini...”
- “Bir kişi doğru seviyede egzersiz yaptığını nasıl anlar?”
- “Kış ayında dışarıda güvenli bir şekilde egzersiz yapmak için yapılabilecek üç şey...” olarak görülmüştür.

**Tablo 4.6: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 İle İlgili Puanların Dağılımı (n=300)**

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Min-Maks</b>	<b>Ort±Ss</b>
<b>Tıbbi Durum</b>	7	0-21	9.41±5.62
<b>Risk Faktörleri</b>	5	0-15	6.81±4.07
<b>Egzersiz</b>	7	0-21	8.56±5.61
<b>Beslenme</b>	5	0-15	7.13±4.00
<b>Psikososyal Risk</b>	5	0-15	6.51±4.38
<b>Toplam Puan</b>	29	2-81	38.41±21.60

Çalışmaya katılan hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Tıbbi Durum” alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 9,41±5,6, “Risk Faktörleri” alt boyutu puan ortalaması 6,81±4,07, “Egzersiz” alt boyutu puan ortalaması 8,56±5,61, “Beslenme” alt boyutu puan ortalaması 7,13±4,00, “Psikososyal Risk” alt boyutu puan ortalaması 6,51±4,38 ve anket toplamından aldıkları puanların ortalaması 38,41±21,60 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.7: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 İle İlgili Alınan Puana Göre Bilgi Düzeyi Sınıflaması (n=300)**

			<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bilgi Düzeyi Sınıflaması</b>	Yetersiz	≤25	109	36.3
	Zayıf	42-26	65	21.7
	Kabul edilebilir	59-43	59	19.7
	İyi	76-60	57	19.0
	Mükemmel	87-77	10	3.3

Araştırmada Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2' den alınan toplam puana göre hastaların %36,3'ünün (n=109) bilgi düzeyi “Yetersiz”, %21,7'sinin (n=65) “Zayıf”, %19,7'sinin (n=59) “Kabul Edilebilir”, %19'unun (n=57) “İyi”, %3,3'ünün (n=10) “Mükemmel” olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.8: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2					
		Tıbbi Durum	Risk Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Psikososyal Risk	Bilgi Düzeyi
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş	≤45 yaş (n=26)	<b>14.88±3.64</b>	<b>10.58±3</b>	<b>14.69±4.57</b>	<b>10.69±3,18</b>	<b>10.31±3.15</b>	<b>61.15±14.62</b>
	56-55 yaş (n=50)	13.62±4.25	10.2±3.08	13.02±4.9	10.24±2.75	9.86±3.19	56.94±14.27
	56-65 yaş (n=73)	12.14±4.73	8.52±3.16	10.9±4.22	8.71±2.96	8.81±3.4	49.08±15.62
	66-75 yaş (n=103)	6.62±4.22	4.8±3.24	5.84±3.89	5.36±3.36	4.54±3.39	27.17±15.53
	≥76 yaş (n=48)	3.88±2.70	2.98±2.05	2,83±2.04	3.35±2.85	1.67±1.78	14.71±8.14
	Test Değeri	$\chi^2$ :147.720	$\chi^2$ :140.600	$\chi^2$ :157.838	$\chi^2$ :128.018	$\chi^2$ :151.889	$\chi^2$ :173.430
	p	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>
Cinsiyet	Erkek (n=164)	9.51±5.68	6.87±4.21	9.26±5.81	6.82±3.87	6.57±4.35	39.03±22.10
	Kadın (n=136)	9.28±5.58	6.74±3.91	7.71±5.27	7.51±4.14	6.43±4.43	37.67±21.04
	Test Değeri	Z:-0,271	Z:-0,131	Z:-2,257	Z:-1,145	Z:-0,189	Z:-0,477
	p	<b><sup>b</sup>0.786</b>	<b><sup>b</sup>0.895</b>	<b><sup>b</sup>0.024*</b>	<b><sup>b</sup>0.146</b>	<b><sup>b</sup>0.850</b>	<b><sup>b</sup>0.634</b>
Medeni Durum	Evli (n=256)	9.5±5.44	6.85±3.96	8.56±5.46	7.13±3.87	6.58±4.23	38.62±20.73
	Bekar (n=44)	8.89±6.63	6.61±4.74	8.55±6.49	7.11±4.77	6.07±5.21	37.23±26.34
	Test Değeri	Z:-1,207	Z:-0,631	Z:-0,452	Z:-0,269	Z:-0,993	Z:-0,779
	p	<b><sup>b</sup>0.227</b>	<b><sup>b</sup>0.528</b>	<b><sup>b</sup>0.651</b>	<b><sup>b</sup>0.788</b>	<b><sup>b</sup>0.321</b>	<b><sup>b</sup>0.436</b>
Çalışma Durumu	Çalışıyor (n=128)	<b>12.63±5.07</b>	<b>9.09±3.51</b>	<b>12.09±5.19</b>	<b>9.25±3.49</b>	<b>8.9±3.7</b>	<b>51.95±18.48</b>
	Çalışmıyor (n=172)	7.01±4.76	5.12±3.61	5.93±4.34	5.55±3.62	4.73±3.99	28.34±17.97
	Test Değeri	Z:-8,542	Z:-8,502	Z:-9,375	Z:-7,974	Z:-8,285	Z:-9,323
	p	<b><sup>b</sup>0.001**</b>	<b><sup>b</sup>0.001**</b>	<b><sup>b</sup>0.001**</b>	<b><sup>b</sup>0.001**</b>	<b><sup>b</sup>0.001**</b>	<b><sup>b</sup>0.001**</b>
Eğitim Durumu	Okuryazar (n=16)	<b>3.06±1.48</b>	<b>2.31±1.14</b>	<b>2.94±1.91</b>	<b>2.8 1±2.10</b>	<b>1.63±1.86</b>	<b>12.75±6.49</b>
	İlkokul (n=157)	7.11±4.41	5.23±3.34	6.24±4.38	5.81±3.60	5.04±3.87	29.42±17.05
	Ortaokul (n=49)	10.18±5.18	7.57±3.65	9.22±4.9	7.49±3.61	7.45±4.32	41.92±19.06
	Lise (n=58)	14.09±4.29	9.97±3.31	13.21±4.53	9.74±2.74	9.24±3.24	56.24±15.10
	Lisansüstü (n=20)	<b>17.05±2.5</b>	<b>11.85±2.28</b>	<b>16.15±3.76</b>	<b>12.5±2.33</b>	<b>11.7±2.54</b>	<b>69.25±9.81</b>
	Test Değeri	$\chi^2$ :120.106	$\chi^2$ :107.597	$\chi^2$ :114.697	$\chi^2$ :96.331	$\chi^2$ :90.072	$\chi^2$ :127.708
	p	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	<b><sup>a</sup>0.001**</b>	
	<sup>a</sup> Kruskal-Wallis Test	<sup>b</sup> Mann-Whitney U Test	<sup>a</sup> p<0,05	<sup>a</sup> p<0,05	<sup>a</sup> p<0,01	<sup>a</sup> p<0,01	<sup>a</sup> p<0,01

**Tablo 4.8: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300) (Devamı)**

		Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2					
		Risk		Psikososyal		Bilgi Düzeyi	
		Tıbbi Durum	Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Risk	Bilgi Düzeyi
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Meslek	Ev hanımı (n=54)	8.57±5.56	6.44±4.04	6.93±4.56	6.94±4.10	6.11±4.58	35±20.45
	Emekli (n=101)	<b>5.37±3.42</b>	<b>3.84±2.67</b>	<b>4.47±3.35</b>	<b>4.37±2.93</b>	<b>3.40±3.06</b>	<b>21.44±12.50</b>
	İşçi (n=95)	13,19±4.76	9.53±3.34	12.61±5.07	9.60±3.34	9.27±3.45	54.2±17.21
	Serbest (n=33)	11.00±5.65	7.85±3.73	10.58±5.31	8.24±3.77	7.82±4.22	45.48±20.67
	İşsiz (n=17)	11.82±4.11	8.47±3.56	11.47±3.59	8.18±2.86	8.24±3.40	48.18±14.87
	Test Değeri	$\chi^2$ :104.789	$\chi^2$ :103.866	$\chi^2$ :120.974	$\chi^2$ :90.394	$\chi^2$ :98.062	$\chi^2$ :122.356
	p	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**
Gelir Düzeyi	İyi (n=87)	11.16±5.77	7.93±4.29	10.39±5.82	8.31±3.98	7.45±4.37	45.24±21.94
	Orta (n=178)	9.1±5.51	6.62±3.90	8.1±5.42	6.84±4.06	6.48±4.44	37.14±21.31
	Düşük (n=35)	<b>6.6±4.39</b>	<b>5±3.66</b>	<b>6.31±4.86</b>	<b>5.69±3.02</b>	<b>4.31±3.31</b>	<b>27.91±16.79</b>
	Test Değeri	$\chi^2$ :16.768	$\chi^2$ :13.730	$\chi^2$ :15.703	$\chi^2$ :12.235	$\chi^2$ :12.824	$\chi^2$ :16.868
p	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.002**	<sup>a</sup> 0.002**	<sup>a</sup> 0.001**	
Sosyal Güvence	Var (n=274)	9.43±5.62	6.84±4.04	8.55±5.66	7.13±3.99	6.51±4.38	38.46±21.58
	Yok (n=26)	9.19±5.77	6.5±4.46	8.58±5.20	7.15±4.19	6.46±4.49	37.88±22.25
	Test Değeri	Z:-0.100	Z:-0.541	Z:-0.158	Z:-0.122	Z:-0.038	Z:-0.162
p	<sup>b</sup> 0.921	<sup>b</sup> 0.588	<sup>b</sup> 0.875	<sup>b</sup> 0.903	<sup>b</sup> 0.970	<sup>b</sup> 0.871	
Yaşanılan Yer	İl (n=147)	10.84±5.80	7.94±3.93	10.06±5.60	8.08±3.95	7.65±4.21	44.57±21.26
	İlçe (n=123)	8.85±5.23	6.42±3.94	7.99±5.41	6.87±3.78	6.17±4.27	36.3±20.60
	Belde, Köy (n=30)	<b>4.67±2.63</b>	<b>2.9±2.23</b>	<b>3.5±2.21</b>	<b>3.53±2.86</b>	<b>2.3±2.58</b>	<b>16.9±7.85</b>
	Test Değeri	$\chi^2$ :32.303	$\chi^2$ :42.649	$\chi^2$ :39.619	$\chi^2$ :34.813	$\chi^2$ :39.501	$\chi^2$ :44.837
p	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	

<sup>a</sup>Kruskal-Wallis Test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 4.8: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300) (Devamı)**

		Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2					
		Tıbbi Durum	Risk Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Psikososyal Risk	Bilgi Düzeyi
		<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>	<i>Ort±Ss</i>
Hane Sosyal Yapısı	Eş (n=114)	7.66±4.70	5.45±3.66	6.47±4.63	5.8±3.60	5.3±4.03	30.68±18.15
	Çocuklar (n=26)	5.81±5.11	4.42±3.74	5.04±5.20	4.92±4.60	3.23±3.90	23.42±20.66
	Eş ve Çocuklar (n=134)	<b>11.45±5.42</b>	<b>8.26±3.73</b>	<b>10.61±5.42</b>	<b>8.5±3.57</b>	<b>7.99±3.92</b>	<b>46.81±19.73</b>
	Diğer (n=14)	11.21±6.95	8.57±5.21	12.07±6.78	8.36±4.48	8.07±6.02	48.29±28.30
	Yalnız (n=12)	8.92±6.65	6.75±4.33	8.92±4.81	7.83±4.65	6.75±4.63	39.17±23.30
<b>Test Değeri p</b>		$\chi^2$ :41.428 <b><i>a0.001**</i></b>	$\chi^2$ :42.368 <b><i>a0.001**</i></b>	$\chi^2$ :51.073 <b><i>a0.001**</i></b>	$\chi^2$ :39.676 <b><i>a0.001**</i></b>	$\chi^2$ :41.546 <b><i>a0.001**</i></b>	$\chi^2$ :51.628 <b><i>a0.001**</i></b>
<i>a</i> Kruskal-Wallis Test		<i>b</i> Mann-Whitney U Test		* <i>p</i> <0,05	** <i>p</i> <0,01		

Yaş gruplarına göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; 76 yaş ve üzeri hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0,001; p<0,01).

Cinsiyete göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Tıbbi Durum”, “Risk Faktörleri”, “Beslenme”, “Psikososyal Risk” alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Erkeklerin Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Egzersiz” alt boyutundan aldıkları puanlar, kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).

Medeni duruma göre hastaların cinsiyete göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Çalışan hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlardan ve anket toplamından aldıkları puanlar çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Eğitim durumuna göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eğitim düzeyi okuryazar olan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar; ilkokul, ortaokul, lise, lisans ve üzeri hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,05$ )

Mesleklerine göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; emekli olanların aldıkları puanlar, işçi, serbest meslek ve işsiz olanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Gelir düzeyine göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlardan ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir düzeyi düşük olan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, gelir düzeyi iyi olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ).

Sosyal güvence durumuna göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. ( $p>0,05$ )

Yaşanılan yere göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlardan ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; belde, köyde yaşayan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, ilçe ve ilde yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Birlikte yaşanan kişilere göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlardan ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eş ve çocuklarıyla yaşayan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, eşleriyle birlikte veya çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

**Tablo 4.9: Hastaların Kardiyak Risk Faktörlerine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2					
		Tıbbi Durum	Risk Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Psikososyal Risk	Bilgi Düzeyi
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
<b>BKİ</b>	Zayıf (n=13)	<b>4.77±4.15</b>	<b>3.69±3.30</b>	<b>4.62±4.63</b>	<b>4.77±3.85</b>	<b>2.38±2.99</b>	<b>20.23±17.15</b>
	Normal						
	Kilolu (n=81)	9.75±6.37	7.32±4.70	9.31±6.28	6.96±4.23	6.7±4.70	40.05±24.31
	Fazla Kilolu (n=120)	9.93±5.30	7.2±3.61	9.17±5.27	7.8±3.89	7.21±4.20	41.31±20.13
	Obez (n=86)	9.05±5.24	6.27±3.94	7.59±5.24	6.71±3.82	5.97±4.16	35.58±20.08
	Test Değeri p	$\chi^2$ :11.536 <sup>a</sup> 0.009**	$\chi^2$ :12.648 <sup>a</sup> 0.005**	$\chi^2$ :13.273 <sup>a</sup> 0.004**	$\chi^2$ :9.394 <sup>a</sup> 0.024**	$\chi^2$ :17.024 <sup>a</sup> 0.001**	$\chi^2$ :14.297 <sup>a</sup> 0.003**
<b>Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü</b>	Evet (n=183)	9.26±5.67	6.81±4.17	8.56±5.66	6.84±3.96	6.35±4.40	37.83±21.90
	Hayır (n=117)	9.63±5.56	6.81±3.93	8.55±5.56	7.58±4.05	6.75±4.37	39.32±21.19
	Test Değeri p	Z:-0.632 <sup>b</sup> 0.527	Z:-0.149 <sup>b</sup> 0.881	Z:-0.005 <sup>b</sup> 0.996	Z:-1.511 <sup>b</sup> 0.131	Z:-0.747 <sup>b</sup> 0.455	Z:-0.656 <sup>b</sup> 0.512
<b>KAH Tam Konma Süresi</b>	1 yıldan az (n=67)	13.73±4.46	9.76±3.33	12.87±5.19	10.07±2.95	9.58±3.24	56.01±16.22
	1-5yıl (n=132)	10.04±5.49	7.33±3.90	9.36±5.23	7.73±3.68	7.26±4.14	41.71±20.09
	≥6 yıl (n=101)	<b>5.71±3.9</b>	<b>4.18±3.01</b>	<b>4.65±3.46</b>	<b>4.4±3.26</b>	<b>3.49±3.43</b>	<b>22.43±14.6</b>
	Test Değeri p	$\chi^2$ :86.954 <sup>a</sup> 0.001**	$\chi^2$ :81.048 <sup>a</sup> 0.001**	$\chi^2$ :93.602 <sup>a</sup> 0.001**	$\chi^2$ :88.147 <sup>a</sup> 0.001**	$\chi^2$ :86.194 <sup>a</sup> 0.001**	$\chi^2$ :105.453 <sup>a</sup> 0.001**
		Var (n=266)	8.82±5.49	6.38±3.90	7.91±5.39	6.75±3.95	6±4.23
	Yok (n=34)	<b>13.97±4.50</b>	<b>10.24±3.80</b>	<b>13.65±4.72</b>	<b>10.09±3.17</b>	<b>10.5±3.48</b>	<b>58.44±16.69</b>
	Test Değeri p	Z:-4.906 <sup>b</sup> 0.001**	Z:-5.009 <sup>b</sup> 0.001**	Z:-5.411 <sup>b</sup> 0.001**	Z:-4.607 <sup>b</sup> 0.001**	Z:-5.451 <sup>b</sup> 0.001**	Z:-5.588 <sup>b</sup> 0.001**
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Evet (n=16)	9.44±5.39	7.38±4.16	10.69±5.58	6.56±3.58	7.13±3.58	41.19±20.07
	Hayır (n=233)	9.37±5.51	6.81±4.01	8.39±5.58	7.27±4.0	6.56±4.39	38.4±21.29
	Braktı (n=51)	9.57±6.31	6.67±4.39	8.65±5.73	6.65±4.15	6.08±4.62	37.61±23.72
	Test Değeri p	$\chi^2$ :0.008 <sup>a</sup> 0.996	$\chi^2$ :0.412 <sup>a</sup> 0.814	$\chi^2$ :2.520 <sup>a</sup> 0.284	$\chi^2$ :1.135 <sup>a</sup> 0.567	$\chi^2$ :1.128 <sup>a</sup> 0.569	$\chi^2$ :0.408 <sup>a</sup> 0.815
		Evet (n=128)	10.03±5.42	7.3±3.95	9.29±5.38	7.39±3.91	7.13±4.18
	Hayır (n=121)	9.51±5.62	6.9±4.04	8.63±5.59	7.57±3.77	6.74±4.36	39.35±20.96
	Braktı (n=51)	<b>7.59±5.86</b>	<b>5.37±4.20</b>	<b>6.55±5.88</b>	<b>5.43±4.41</b>	<b>4.39±4.38</b>	<b>29.33±23.33</b>
	Test Değeri p	$\chi^2$ :8.789 <sup>a</sup> 0.012*	$\chi^2$ :9.537 <sup>a</sup> 0.008**	$\chi^2$ :11.804 <sup>a</sup> 0.003**	$\chi^2$ :11.702 <sup>a</sup> 0.003**	$\chi^2$ :15.888 <sup>a</sup> 0.001**	$\chi^2$ :14.005 <sup>a</sup> 0.001**

<sup>a</sup>Kruskal-Wallis Test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

BKI düzeyleri incelendiğinde hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; BKI düzeyi zayıf hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Ailede kalp hastalığı durumuna göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

KAH tanı süresine göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; KAH tanı süresi 6 yıl ve üzeri hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, KAH tanısı konma süresi 1-5 yıl ve 1 yıldan az olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Ek kronik hastalık durumuna göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre ek kronik hastalığı olmayan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Alkol kullanım durumuna göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanımına göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sigarayı bırakan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, sigara içmeyen ve sigara içen hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ,  $p<0,05$ ).

**Tablo 4.10: Hastaların Hastalık/Tedavi Sürecine Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2					
		Tıbbi Durum	Risk Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Psikososyal Risk	Bilgi Düzeyi
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
KVC İşlem Geçirme Durumu	Evet (n=107)	<b>7.25±5.01</b>	<b>5.36±3.95</b>	<b>6.09±4.99</b>	<b>5.38±3.60</b>	<b>4.84±4.33</b>	<b>28.93±19.74</b>
	Hayır (n=193)	10.6±5.61	7.62±3.92	9.92±5.48	8.1±3.89	7.43±4.15	43.67±20.83
	Test Değeri p	Z:-5.030 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-4.827 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.974 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.733 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-4.974 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.831 <b><sup>b</sup>0.001**</b>
KAH Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu	Evet (n=168)	9.82±5.93	7.15±4.37	8.88±5.91	7.18±4.31	6.72±4.62	39.76±23.14
	Hayır (n=132)	8.88±5.18	6.39±3.63	8.14±5.20	7.06±3.60	6.23±4.06	36.7±19.42
	Test Değeri p	Z:-0.899 <b><sup>b</sup>0.369</b>	Z:-1.222 <b><sup>b</sup>0.222</b>	Z:-0.734 <b><sup>b</sup>0.463</b>	Z:-0.179 <b><sup>b</sup>0.858</b>	Z:-0.939 <b><sup>b</sup>0.348</b>	Z:-0.599 <b><sup>b</sup>0.549</b>
İlaç Kullanım Durumu	Kullanıyor (n=267)	<b>8.82±5.50</b>	<b>6.37±3.92</b>	<b>7.93±5.41</b>	<b>6.71±3.9</b>	<b>5.96±4.19</b>	<b>35.79±20.80</b>
	Kullanmıyor (n=33)	14.12±4.32	10.39±3.49	13.67±4.58	10.52±3.16	10.91±3.38	59.61±15.63
	Test Değeri p	Z:-4.971 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.229 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.379 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.028 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.799 <b><sup>b</sup>0.001**</b>	Z:-5.806 <b><sup>b</sup>0.001**</b>
İlaç Kullanma Düzeni	Her zaman (n=77)	<b>11.96±5.39</b>	<b>8.88±3.76</b>	<b>11.36±5.01</b>	<b>8.92±3.92</b>	<b>8.49±3.89</b>	<b>49.62±19.54</b>
	Bazen (n=143)	7.87±5.13	5.57±3.56	6.87±4.95	6.03±3.52	5.22±3.89	31.57±18.69
	Hiçbir zaman (n=47)	6.6±4.59	4.68±3.33	5.49±4.79	5.17±3.5	4.06±3.68	26±17.86
	Test Değeri p	$\chi^2$ :35.215 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :43.993 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :49.116 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :34.596 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :40.206 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :48.538 <b><sup>a</sup>0.001**</b>
Egzersiz Yapma Durumu	Evet, Düzenli (n=55)	12.98±5.46	9.31±3.93	11.58±5.14	9.67±3.59	9.2±3.56	52.75±18.9
	Evet, Düzensiz (n=117)	9.85±5.50	7.26±3.97	9.32±5.69	7.6±3.87	7.07±4.27	41.11±20.97
	Hayır (n=128)	<b>7.46±4.96</b>	<b>5.33±3.60</b>	<b>6.55±4.98</b>	<b>5.61±3.64</b>	<b>4.84±4.12</b>	<b>29.79±19.35</b>
	Test Değeri p	$\chi^2$ :37.627 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :38.056 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :35.512 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :42.136 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :43.445 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :46.540 <b><sup>a</sup>0.001**</b>
Düzenli/Sağlıklı Beslenme	Her Zaman (n=63)	<b>13.06±5.17</b>	<b>9.37±3.75</b>	<b>12.27±5.39</b>	<b>9.94±3.68</b>	<b>9.62±3.86</b>	<b>54.25±19.27</b>
	Bazen (n=177)	8.81±5.38	6.39±3.87	7.94±5.24	6.68±3.68	6.01±4.14	35.84±20.04
	Hiçbir Zaman (n=57)	6.89±4.76	5.04±3.66	6±4.87	5.21±3.65	4.33±3.74	27.47±18.66
	Test Değeri p	$\chi^2$ :38.468 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :37.648 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :40.986 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :44.513 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :45.890 <b><sup>a</sup>0.001**</b>	$\chi^2$ :50.724 <b><sup>a</sup>0.001**</b>

<sup>a</sup>Kruskal-Wallis Test

<sup>b</sup>Mann-Whitney U Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

KVC işlemleri geçiren hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, işlem geçirmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hastanede yatma durumuna göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

İlaç kullanan hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar, ilaç kullanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

İlaç kullanım düzenine göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; her zaman düzenli ilaç kullanan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, hiçbir zaman ilaç kullanmayan ve bazen ilaç kullanan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Egzersiz yapma durumuna göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlardan ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; egzersiz yapmayan hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, düzensiz egzersiz yapan ve düzenli egzersiz yapan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Sağlıklı beslenmeye göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; her zaman sağlıklı beslenen hastaların anket alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, hiçbir zaman sağlıklı beslenmeyen ve bazen sağlıklı beslenen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

**Tablo 4.11: Hastaların Eğitim Alma Durumuna Göre Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2					
		Tıbbi Durum	Risk Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Psikososyal Risk	Bilgi Düzeyi
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
KAH ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet (n=128)	9.77±5.26	6.92±4.01	8.88±5.46	7.03±3.70	6.23±4.21	38.83±20.40
	Hayır (n=172)	9.14±5.88	6.73±4.13	8.32±5.73	7.2±4.23	6.71±4.51	38.1±22.51
	Test Değeri	Z:-1,183	Z:-0.437	Z:-1.032	Z:-0.325	Z:-0.773	Z:-0.355
	p	<sup>b</sup> 0.237	<sup>b</sup> 0.662	<sup>b</sup> 0.302	<sup>b</sup> 0.745	<sup>b</sup> 0.439	<sup>b</sup> 0.723
Eğitimi Veren Ekip Üyesi	Hemşire (n=16)	11.06±4.82	8±3.44	10.13±5.56	8±3.72	6.44±3.86	43.63±18.85
	Hekim (n=67)	9.34±5.06	6.49±4.07	8.31±5.40	6.31±3.49	5.97±4.01	36.43±19.66
	Hemşire ve Hekim (n=45)	9.93±5.71	7.18±4.09	9.27±5.52	7.76±3.85	6.56±4.65	40.69±21.89
	Test Değeri	$\chi^2$ :1.296	$\chi^2$ :2.594	$\chi^2$ :1.683	$\chi^2$ :5.142	$\chi^2$ :0.430	$\chi^2$ :2.22
p	<sup>a</sup> 0.523	<sup>a</sup> 0.273	<sup>a</sup> 0.431	<sup>a</sup> 0.076	<sup>a</sup> 0.806	<sup>a</sup> 0.328	
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu	Evet (n=27)	9.59±5.29	6.7±3.93	8.33±4.76	6.41±3.48	6.59±4.26	37.63±19.82
	Hayır (n=36)	8.67±5.52	6.03±3.66	8.53±5.81	6.75±3.34	5.81±4.29	35.78±20.58
	Kısmen (n=65)	10.45±5.08	7.51±4.18	9.29±5.58	7.45±3.96	6.32±4.19	41.02±20.58
	Test Değeri	$\chi^2$ :3.105	$\chi^2$ :3.106	$\chi^2$ :0.645	$\chi^2$ :1.654	$\chi^2$ :0.573	$\chi^2$ :1.568
p	<sup>a</sup> 0.212	<sup>a</sup> 0.212	<sup>a</sup> 0.724	<sup>a</sup> 0.437	<sup>a</sup> 0.751	<sup>a</sup> 0.456	
<sup>a</sup> Kruskal-Wallis Test		<sup>b</sup> Mann-Whitney U Test		*p<0,05		**p<0,01	

Koroner arter hastalığıyla ilgili eğitim alma durumuna, eğitim alınan ekip üyesine göre vevalınan eğitimin yeterli bulunmasına göre hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 tüm alt boyutlarından ve anket toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. (p>0,05).

### 4.3. Hasta Öğrenimleri Gereksinimleri İle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği ile ilgili bulguları Tablo 4.12, Tablo 4.13, Tablo 4.14, Tablo 4.15, Tablo 4.16, Tablo 4.17’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.12: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=300)**

	Önemli değil		Biraz önemli		Ne az ne çok önemli		Çok önemli		Son derece önemli		Ort±Ss
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	17	5.7	44	14.7	56	18.7	115	38.3	68	22.7	3.58±1.16
Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	19	6.3	58	19.3	51	17.0	123	41.0	49	16.3	3.42±1.16
İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	56	18.7	70	23.3	67	22.3	86	28.7	21	7.0	2.82±1.23
Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	17	5.7	48	16.0	79	26.3	123	41.0	33	11.0	3.36±1.06
Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	63	21.0	54	18.0	57	19.0	102	34.0	24	8.0	2.90±1.29
Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	12	4.0	48	16.0	72	24.0	122	40.7	46	15.3	3.47±1.06
Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	75	25.0	74	24.7	63	21.0	66	22.0	22	7.3	2.62±1.27
İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	23	7.7	40	13.3	60	20.0	127	42.3	50	16.7	3.47±1.15
Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	26	8.7	45	15.0	72	24.0	106	35.3	51	17.0	3.37±1.18
Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	20	6.7	64	21.3	61	20.3	119	39.7	36	12.0	3.29±1.13
Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	23	7.7	52	17.3	65	21.7	79	26.3	81	27.0	3.48±1.27
Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	55	18.3	84	28.0	69	23.0	79	26.3	13	4.3	2.70±1.17
Hastalığımın belirtileri neler olabilir?	33	11.0	68	22.7	64	21.3	104	34.7	31	10.3	3.11±1.19
Ev işlerine/işe ne zaman başlayabilirim?	65	21.7	42	14.0	44	14.7	101	33.7	48	16.0	3.08±1.41
Ağrım nasıl giderebilirim?	33	11.0	75	25.0	63	21.0	99	33.0	30	10.0	3.06±1.19
İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	16	5.3	50	16.7	61	20.3	126	42.0	47	15.7	3.46±1.10
Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	30	10.0	63	21.0	61	20.3	117	39.0	29	9.7	3.17±1.17
İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	11	3.7	46	15.3	57	19.0	127	42.3	59	19.7	3.59±1.08
Tedavimi kim takip edecek?	37	12.3	52	17.3	71	23.7	98	32.7	42	14.0	3.19±1.23
Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	34	11.3	56	18.7	59	19.7	108	36.0	43	14.3	3.23±1.23
Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	29	9.7	36	12.0	55	18.3	130	43.3	50	16.7	3.45±1.19
Evde acil bir sağlık sorunun olduğunda nereye başvurabilirim?	35	11.7	73	24.3	61	20.3	80	26.7	51	17.0	3.13±1.28
Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	65	21.7	64	21.3	59	19.7	89	29.7	23	7.7	2.80±1.28
Hastalığımın nedeni/nedenleri nelerdir?	40	13.3	70	23.3	65	21.7	94	31.3	31	10.3	3.02±1.22
Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	56	18.7	66	22.0	67	22.3	81	27.0	30	10.0	2.88±1.28
İdrar yapmamla ilgili bir sorunun olursa ne yapmalıyım?	53	17.7	98	32.7	65	21.7	56	18.7	28	9.3	2.69±1.23
Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	66	22.0	71	23.7	58	19.3	75	25.0	30	10.0	2.77±1.31
Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	30	10.0	65	21.7	70	23.3	104	34.7	31	10.3	3.14±1.17
Yeterli uyuyamazsam ne yapmalıyım?	55	18.3	77	25.7	60	20.0	82	27.3	26	8.7	2.82±1.26
Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldırmak gibi) nelerdir?	34	11.3	80	26.7	62	20.7	98	32.7	26	8.7	3.01±1.18
Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	24	8.0	77	25.7	69	23.0	86	28.7	44	14.7	3.16±1.20
Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	80	26.7	76	25.3	60	20.0	63	21.0	21	7.0	2.56±1.27
Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	74	24.7	68	22.7	64	21.3	65	21.7	29	9.7	2.69±1.31
Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	52	17.3	92	30.7	60	20.0	61	20.3	35	11.7	2.78±1.28
Hastalığıma ilişkin duygularıyla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	54	18.0	90	30.0	68	22.7	69	23.0	19	6.3	2.70±1.19

**Tablo 4.12: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı (n=300) (Devamı)**

	Önemli değil		Biraz önemli		Ne az ne çok önemli		Çok önemli		Son derece önemli		Ort±Ss
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	112	37.3	77	25.7	53	17.7	41	13.7	17	5.7	2.25±1.25
İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	35	11.7	61	20.3	76	25.3	106	35.3	22	7.3	3.06±1.15
Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	31	10.3	39	13.0	63	21.0	126	42.0	41	13.7	3.36±1.18
İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	31	10.3	49	16.3	65	21.7	110	36.7	45	15.0	3.30±1.21
Stresle nasıl baş edebilirim?	55	18.3	83	27.7	71	23.7	49	16.3	42	14.0	2.80±1.30
Klinikten eve nasıl gideceğim?	79	26.3	76	25.3	69	23.0	66	22.0	10	3.3	2.51±1.19
Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	84	28.0	89	29.7	72	24.0	44	14.7	11	3.7	2.36±1.14
Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	45	15.0	78	26.0	66	22.0	79	26.3	32	10.7	2.92±1.24
İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	10	3.3	46	15.3	64	21.3	140	46.7	40	13.3	3.51±1.01
İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	56	18.7	75	25.0	66	22.0	83	27.7	20	6.7	2.79±1.22
Stresten nasıl uzak durabilirim?	54	18.0	75	25.0	81	27.0	56	18.7	34	11.3	2.80±1.26
Tedavimin amaçları nelerdir?	33	11.0	72	24.0	60	20.0	100	33.3	35	11.7	3.11±1.21
Yapmam gereken hareketler nelerdir?	44	14.7	81	27.0	73	24.3	74	24.7	28	9.3	2.87±1.21
Cildimde kızarıklık oluşmasını nasıl önlemeliyim?	71	23.7	84	28.0	79	26.3	45	15.0	21	7.0	2.54±1.20
Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	24	8.0	58	19.3	54	18.0	92	30.7	72	24.0	3.43±1.26

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği sorularından ortalaması en büyük ifadeler;

- “İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?”
- “Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?”
- “İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?”

Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği sorularından ortalaması en küçük ifadeler;

- “Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?”
- “Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?”
- “Klinikten eve nasıl gideceğim?” olarak görülmüştür.

**Tablo 4.13: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği İle İlgili Puanların Dağılımı (n=300)**

	<b>Madde Sayısı</b>	<b>Min-Maks</b>	<b>Ort±Ss</b>	<b>Önem Düzeyi</b>
<b>İlaçlar</b>	8	11-40	26.00±6.39	3.25
<b>Yaşam Aktiviteleri</b>	9	12-45	27.18±7.26	3.02
<b>Toplum ve İzlem</b>	6	6-30	17.89±4.82	2.98
<b>Duruma İlişkin Duygular</b>	5	5-25	13.26±4.87	2.65
<b>Tedavi ve Komplikasyonlar</b>	9	11-44	28.60±7.03	3.18
<b>Yaşam Kalitesi</b>	8	9-40	24.92±7.25	3.11
<b>Cilt Bakımı</b>	5	5-25	13.72±4.38	2.74
<b>HÖGÖ Toplam Puan</b>	50	68-247	151.58±36.90	3.03

Çalışmaya katılanların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyutundan aldıkları puanların ortalaması 26,00±6,39, “Yaşam Aktiviteleri” alt boyutu puan ortalaması 27,18±7,26, “Toplum ve İzlem” alt boyutu puan ortalaması 17,89±4,82, “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutu puan ortalaması 13,26±4,87, “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutu puan ortalaması 28,60±7,03, “Yaşam Kalitesi” alt boyutu puan ortalaması 24,92±7,25, “Cilt Bakımı” alt boyutu puan ortalaması 13,72±4,38 ve ölçek toplamından aldıkları puanların ortalaması 151,58±36,90 olarak saptanmıştır.

Hastaların HÖGÖ alt boyutlarından aldıkları önemlilik düzeyleri incelendiğinde, en yüksek önemlilik düzeyi puanının (3,25) ile “İlaçlar” alt boyutunda olduğu bulunmuştur. Bunu sırasıyla “Tedavi ve Komplikasyonlar” (3,18), “Yaşam Kalitesi” (3,11) “Yaşam Aktiviteleri” (3,02), “Toplum ve İzlem” (2,98), “Cilt Bakımı” (2,74) izledi. En düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutun ise “Duruma İlişkin Duygular” (2,65) olduğu görülmüştür.

**Tablo 4.14: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
		İlaçlar	Yaşam	Toplum	Duruma	Tedavi ve	Yaşam	Cilt	Toplam
		Ort±Ss	Aktiviteleri	ve İzlem	İlişkin	Komplikasy	Kalitesi	Bakımı	Puan
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Duygular	onlar	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Yaş	≤45yaş (n=26)	32.27±4.10	34.38±5.37	22.58±3.34	18.38±3.49	34.58±4.48	32.85±4.12	18.15±4.28	193.19±23.49
	56-55 yaş (n=50)	28.8±5.25	31.94±5.16	20.62±3.85	16.46±4.22	33.64±4.42	30.08±5.10	16.36±3.42	177.90±25.85
	56-65 yaş (n=73)	29.37±5.10	30.78±5.86	19.68±4.02	15.58±3.95	31.66±4.83	28.16±5.43	14.21±4.48	169.44±28.07
	66-75 yaş (n=103)	23.64±4.9	24.13±5.82	16±4.16	11.12±3.60	25.78±6.17	21.95±5.69	12.26±3.67	134.87±26.76
	≥76 yaş (n=48)	<b>19.63±5.20</b>	<b>19.42±3.31</b>	<b>13.83±3.79</b>	<b>8.25±2.10</b>	<b>21.54±5.94</b>	<b>16.67±3.77</b>	<b>10.98±3.01</b>	<b>110.31±19.25</b>
	Test Değeri	F:47.335	F:63.451	F:37.380	F:62.855	F:51.823	F:74.827	F:25.143	F:81.239
p	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	
Cinsiyet	Erkek (n=164)	25.58±6.30	25.76±7.07	17.56±4.66	12.62±4.61	28.46±7.03	24.15±7.14	12.85±4.12	146.96±35.55
	Kadın (n=136)	<b>26.51±6.40</b>	<b>28.9±7.13</b>	<b>18.29±5.0</b>	<b>14.04±5.08</b>	<b>28.78±7.05</b>	<b>25.85±7.29</b>	<b>14.78±4.46</b>	<b>157.15±37.86</b>
	Test Değeri	t:-1.254	t:-3.825	t:-1.300	t:-2.551	t:-0.395	t:-2.032	t:-3.865	t:-2.398
p	<sup>a</sup> 0.211	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.195	<sup>a</sup> 0.011*	<sup>a</sup> 0.693	<sup>a</sup> 0.043*	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.017*	
Medeni Durum	Evli (n=256)	26.14±6.20	27.39±7.15	17.96±4.70	13.29±4.78	28.75±6.87	25.05±6.92	13.8±4.39	152.39±35.88
	Bekar (n=44)	25.18±7.20	25.98±7.83	17.45±5.40	13.11±5.43	27.73±7.9	24.11±8.98	13.3±4.31	146.86±42.52
	Test Değeri	t:0.920	t:1.194	t:0.648	t:0.220	t:0.895	t:0.662	t:0.701	t:0.917
p	<sup>a</sup> 0.358	<sup>a</sup> 0.233	<sup>a</sup> 0.517	<sup>a</sup> 0.826	<sup>a</sup> 0.372	<sup>a</sup> 0.511	<sup>a</sup> 0.484	<sup>a</sup> 0.360	
Çalışma Durumu	Çalışıyor (n=128)	<b>29.23±5.10</b>	<b>30.94±6.09</b>	<b>20±4.03</b>	<b>15.3±4.17</b>	<b>32.26±5.35</b>	<b>28.63±5.92</b>	<b>15.16±4.44</b>	<b>171.52±29.41</b>
	Çalışmıyor (n=172)	23.59±6.19	24.39±6.79	16.32±4.77	11.74±4.81	25.88±6.9	22.16±6.92	12.66±4.02	136.74±34.93
	Test Değeri	t:8.643	t:8.626	t:7.229	t:6.707	t:9.008	t:8.706	t:5.091	t:9.343
p	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	
Eğitim Durumu	Okur yazar (n=16)	<b>20.06±6.23</b>	<b>21.25±5.20</b>	<b>13.94±3.86</b>	<b>8.81±3.25</b>	<b>21.69±5.86</b>	<b>17.44±6.07</b>	<b>11.38±2.68</b>	<b>114.56±27.31</b>
	İlkokul (n=157)	23.62±5.41	24.57±6.20	16.39±4.54	11.78±4.24	26.3±6.68	22.34±6.37	12.31±3.95	137.31±31.44
	Ortaokul (n=49)	31.16±5.58	33±6.48	20.95±4.31	16.36±4.84	33.45±5.37	30.47±5.70	16.45±4.23	181.83±31.36
	Lise (n=58)	31.05±4.64	33.65±4.70	21.3±3.45	16.4±3.73	34.4±3.10	30.9±4.60	16.3±4.04	184±22.05
	Lisans ve üzeri (n=20)	22.38±6.36	23.15±6.80	14±4.38	10.15±3.83	22.46±5.75	20.15±7.22	11.69±3.92	124±31.49
	Test Değeri	F:30.846 <sup>†</sup>	F:29.152 <sup>†</sup>	F:19.234 <sup>†</sup>	F:19.711 <sup>†</sup>	F:35.085 <sup>†</sup>	F:30.375 <sup>†</sup>	F:15.873 <sup>†</sup>	F:35.272 <sup>†</sup>
p	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

<sup>c</sup>Student-t Test

<sup>d</sup>Oneway ANOVA

<sup>f</sup>Post-Hoc Bonferroni Test

<sup>†</sup>Games-Howell Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

**Tablo 4.14: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300) (Devamı)**

		Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
		İlaçlar	Yaşam	Toplum	Duruma	Tedavi ve	Yaşam	Cilt	Toplam
		Ort±Ss	Aktiviteleri	ve İzlem	İlişkin	Komplikasyonla	Kalitesi	Bakımı	Puan
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Duygular	r	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Gelir Düzeyi	İyi (n=87)	27.37±6.64	28.92±7.39	18.75±4.56	14.2±4.76	29.95±6.84	26.71±6.84	14.49±4.45	160.39±36.43
	Orta (n=178)	25.63±6.25	26.87±7.35	17.93±4.80	13.26±4.91	28.49±7.10	24.55±7.38	13.78±4.40	150.52±37.20
	Düşük (n=35)	24.49±5.99	24.46±5.25	15.54±4.91	10.94±4.24	25.8±6.38	22.31±6.64	11.54±3.33	135.09±30.50
	Test Değeri	F:3.331 <sup>f</sup>	F:5.271 <sup>f</sup>	F:5.706 <sup>f</sup>	F:5.741 <sup>f</sup>	F:4.517 <sup>f</sup>	F:5.303 <sup>f</sup>	F:5.892 <sup>f</sup>	F:6.263 <sup>f</sup>
	<i>p</i>	<sup>a</sup> 0.037*	<sup>a</sup> 0.006**	<sup>a</sup> 0.004**	<sup>a</sup> 0.004**	<sup>a</sup> 0.012*	<sup>a</sup> 0.005**	<sup>a</sup> 0.003**	<sup>a</sup> 0.002**
Sosyal Güvence	Var (n=274)	25.97±6.36	26.99±7.31	17.83±4.84	13.07±4.82	28.51±7.08	24.69±7.23	13.55±4.37	150.62±36.95
	Yok (n=26)	26.27±6.82	29.19±6.44	18.5±4.70	15.27±5.07	29.58±6.55	27.31±7.17	15.54±4.11	161.65±35.53
	Test Değeri	t:-0.225	t:-1.480	t:-0.675	t:-2.211	t:-0.739	t:-1.766	t:-2.227	t:-1.459
	<i>p</i>	<sup>a</sup> 0.822	<sup>a</sup> 0.140	<sup>a</sup> 0.500	<sup>a</sup> 0.028*	<sup>a</sup> 0.461	<sup>a</sup> 0.078	<sup>a</sup> 0.027*	<sup>a</sup> 0.146
Meslek	Ev hanımı (n=54)	25.78±6.78	28.85±7.22	17.69±5.05	14.41±5.45	28.31±7.28	26.02±7.17	15.04±4.18	156.09±39.33
	Emekli (n=101)	21.66±4.98	21.42±4.99	15.14±4.28	9.78±3.26	23.58±6.06	19.06±5.02	11.39±3.26	122.03±24.44
	İşçi (n=95)	29.51±5.10	31.18±5.55	20.21±3.56	15.53±3.83	2.81±4.92	29.14±5.52	15.34±4.46	173.71±26.71
	Serbest (n=33)	28.45±5.09	30.24±7.48	19.39±5.17	14.67±5.05	30.67±6.25	27.15±6.82	14.64±4.39	165.21±35.81
	İşsiz (n=17)	28.12±6.40	27.88±5.36	19±4.61	14.94±4.84	31.82±3.7	28.29±5.79	12.65±4.40	162.71±28.90
	Test Değeri	F:27.871	F:37.883	F:18.181	F:26.861	F:32.818	F:40.651	F:14.468	F:40.367
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	
Yaşanılan Yer	İl (n=147)	27.08±6.16	28.75±7.17	18.86±4.49	14.33±4.8	30.24±6.11	26.65±7	14.5±4.40	160.41±35.05
	İlçe (n=123)	26.06±6.41	27.02±7.05	17.72±4.73	13.2±4.66	28.38±7.26	24.79±6.93	13.3±4.37	150.47±36.37
	Belde, Köy (n=30)	20.47±4.37	20.2±3.49	13.8±4.65	8.3±2.44	21.5±5.8	16.97±3.43	11.63±3.39	112.87±18.46
	Test Değeri	F:14.591 <sup>f</sup>	F:52.266 <sup>f</sup>	F:15.190 <sup>f</sup>	F:55.322 <sup>f</sup>	F:22.097 <sup>f</sup>	F:70.054 <sup>f</sup>	F:6.563 <sup>f</sup>	F:60.329 <sup>f</sup>
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.002**	<sup>a</sup> 0.001**	
Hane Sosyal Yapısı	Eş (n=114)	24.36±5.87	24.63±6.73	16.75±4.72	11.62±4.32	26.36±6.59	22.5±6.54	12.59±3.86	138.82±33.14
	Çocuklar (n=26)	22±6.39	22.58±5.95	15.77±4.29	10.12±4.34	24.85±7.50	20.12±6.54	12.54±3.80	127.96±32.45
	Eş ve Çocuklar (n=134)	28.1±5.85	30.31±6.27	19.21±4.38	15±4.59	31.22±6.19	27.74±6.25	14.95±4.58	166.52±32.78
	Diğer (n=14)	27.21±7.36	27.5±8.92	18±6.48	15.07±5.70	29.14±8.71	26.07±10.1	14.14±4.79	157.14±48.20
	Yalnız (n=12)	25.33±7.84	26.17±8.84	18.42±5.85	14.17±4.95	28.25±6.77	25.42±9.13	12.92±4.29	150.67±42.88
	Test Değeri	χ <sup>2</sup> :32.499	χ <sup>2</sup> :52.793	χ <sup>2</sup> :22.677	χ <sup>2</sup> :45.500	χ <sup>2</sup> :40.311	χ <sup>2</sup> :45.384	χ <sup>2</sup> :19.312	χ <sup>2</sup> :47.872
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test      <sup>c</sup>Student-t Test      <sup>d</sup>Oneway ANOVA      <sup>f</sup>Post-Hoc Bonferroni Test

<sup>†</sup>Games-Howell Test      \**p*<0,05      \*\**p*<0,01

Yaş gruplarına göre çalışmaya katılan hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; 76 yaş ve üzeri hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Cinsiyetlere göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar”, “Toplum İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ). Kadınların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Yaşam Aktiviteleri”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Yaşam Kalitesi”, “Cilt Bakımı” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ).

Medeni duruma göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Çalışan hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, çalışmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Eğitim durumuna göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ), Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; okuryazar olan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, eğitim durumu ortaokul, lise, lisans ve üzeri olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p<0,01$ ).

Mesleklerine göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; emekli olanların ölçek alt boyutlarından ve toplamından

aldıkları puanlar, diğer meslek gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Gelir düzeylerine göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir düzeyi iyi olan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, gelir düzeyi düşük olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ).

Sosyal güvence varlığına göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum ve İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Sosyal güvencesi olmayan hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “Duruma İlişkin Duygular” ve “Cilt Bakımı” alt boyutundan aldıkları puanlar, sosyal güvencesi olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,028$ ;  $p=0,027$ ;  $p<0,05$ ).

Yaşadığı yere göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; belde, köyde yaşayan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, il ve ilçede yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ).

Hanede yaşanan kişilere göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar diğer hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ( $p=0,001$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

**Tablo 4.15: Hastaların Kardiyak Risk Faktörlerine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
		İlaçlar Ort±Ss	Yaşam Aktiviteleri Ort±Ss	Toplum ve İzlem Ort±Ss	Duruma İlişkin Duygular Ort±Ss	Tedavi ve Komplikasyonlar Ort±Ss	Yaşam Kalitesi Ort±Ss	Cilt Bakımı Ort±Ss	Toplam Puan Ort±Ss
<b>BKİ</b>	Zayıf (n=13)	22.38±6.30	23.15±6.88	14±4.38	10.15±3.83	22.46±5.75	20.15±7.22	11.69±3.92	124±31.49
	Normal Kilolu (n=81)	25.73±6.30	26.59±7.68	17.62±4.88	12.94±4.80	28.28±7.38	24.23±7.51	13.67±4.48	149.06±37.68
	Fazla Kilolu (n=120)	26.9±6.31	27.83±7.20	18.49±4.57	13.75±4.85	29.58±6.58	25.89±6.99	14.33±4.54	156.78±36.36
	Obez (n=86)	25.55±6.40	27.44±6.86	17.9±4.94	13.36±4.98	28.48±7.07	24.92±7.12	13.23±4.02	150.87±36.08
	Test Değeri	$\chi^2$ :6.865	$\chi^2$ :6.369	$\chi^2$ :10.283	$\chi^2$ :7.727	$\chi^2$ :11.723	$\chi^2$ :7.986	$\chi^2$ :6.320	$\chi^2$ :11.144
<i>P</i>	<sup>a</sup> 0.076	<sup>a</sup> 0.095	<sup>a</sup> 0.016*	<sup>a</sup> 0.052	<sup>a</sup> 0.008**	<sup>a</sup> 0.046*	<sup>a</sup> 0.097	<sup>a</sup> 0.011*	
<b>Ailede Kalp Hastalığı Öyküsü</b>	Evet (n=183)	25.74±6.48	26.68±7.32	17.84±4.91	13.21±4.88	28.58±7.19	24.73±7.46	13.61±4.41	150.39±37.50
	Hayır (n=117)	26.4±6.24	27.97±7.11	17.97±4.70	13.35±4.88	28.63±6.80	25.21±6.93	13.9±4.34	153.44±36.03
	Test Değeri	t:-0.871	t:-1.513	t:-0.242	t:-0.247	t:-0.057	t:-0.567	t:-0.550	t:-0.699
	<i>P</i>	<sup>a</sup> 0.385	<sup>a</sup> 0.131	<sup>a</sup> 0.809	<sup>a</sup> 0.805	<sup>a</sup> 0.954	<sup>a</sup> 0.571	<sup>a</sup> 0.583	<sup>a</sup> 0.485
<b>KAH Tanı Konma Süresi</b>	<1 yıl (n=67)	30.03±4.74	32.19±5.21	20.55±3.95	16.57±4.13	33.37±4.22	30.78±5.01	16.7±4.10	180.19±26.11
	1-5 yıl (n=132)	27.01±6.0	28.51±7.08	18.4±4.81	13.96±4.76	29.36±6.78	25.91±6.50	13.57±4.38	156.71±34.79
	≥6 yıl (n=101)	22.01±5.62	22.13±5.39	15.46±4.22	10.16±3.51	24.46±6.50	19.73±5.81	11.95±3.44	125.89±28.05
	Test Değeri	F:44.881 <sup>f</sup>	F:77.323 <sup>f</sup>	F:32.692 <sup>f</sup>	F:60.130 <sup>f</sup>	F:58.167 <sup>f</sup>	F:72.330 <sup>f</sup>	F:30.490 <sup>f</sup>	F:83.711 <sup>f</sup>
<i>P</i>	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.001**	
<b>Ek Kronik Hastalıklar</b>	Var (n=266)	25.52±6.34	26.52±7.23	17.48±4.73	12.85±4.84	28.12±7.13	24.26±7.18	13.48±4.41	148.21±36.58
	Yok (n=34)	29.79±5.44	32.41±5.07	21.09±4.37	16.53±3.82	32.41±4.73	30.06±5.54	15.65±3.67	177.94±28.04
	Test Değeri	t:-3.759	t:-6.042	t:-4.223	t:-5.127	t:-4.661	t:-5.535	t:-2.751	t:-5.603
<i>p</i>	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.001**	<sup>a</sup> 0.006**	<sup>a</sup> 0.001**	
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	Evet (n=16)	24.31±6.38	26.31±5.15	17.56±3.01	12.06±3.15	28.38±7.38	24.44±6.38	12.63±4.62	145.69±31.07
	Hayır (n=233)	26.28±6.36	27.46±7.30	17.97±4.92	13.52±5.03	28.84±6.92	25.08±7.27	13.94±4.41	153.09±37.17
	Bıraktı (n=51)	25.24±6.48	26.2±7.64	17.63±4.86	12.47±4.47	27.61±7.47	24.33±7.51	13.06±4.12	146.53±37.37
	Test Değeri	F:1.155 <sup>f</sup>	F:0.754 <sup>f</sup>	F:0.144 <sup>f</sup>	F:1.488 <sup>f</sup>	F:0.647 <sup>f</sup>	F:0.256 <sup>f</sup>	F:1.392 <sup>f</sup>	F:0.876 <sup>f</sup>
<i>p</i>	<sup>d</sup> 0.317	<sup>d</sup> 0.471	<sup>d</sup> 0.866	<sup>d</sup> 0.227	<sup>d</sup> 0.524	<sup>d</sup> 0.774	<sup>d</sup> 0.250	<sup>d</sup> 0.418	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

<sup>c</sup>Student-t Test

<sup>d</sup>Oneway ANOVA

<sup>f</sup>Post-Hoc Bonferroni Test

<sup>g</sup>Games-Howell Test

\**p*<0,05

\*\**p*<0,01

**Tablo 4.15: Hastaların Kardiyak Risk Faktörlerine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300) (Devamı)**

		Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
		İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikeasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam Puan
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
Sigara Kullanma Durumu	Evet (n=128)	26.16±6.24	27.06±6.96	18.08±4.68	13.33±4.56	29.23±6.82	25.48±7.16	13.41±4.34	152.74±35.35
	Hayır (n=121)	26.73±6.37	28.83±7.28	18.42±4.93	14.15±5.10	29.16±6.81	25.9±7.05	14.6±4.50	157.78±37.14
<b>Braktı (n=51)</b>		<b>23.88±6.44</b>	<b>23.59±6.70</b>	<b>16.16±4.61</b>	<b>11±4.42</b>	<b>25.71±7.46</b>	<b>21.18±6.88</b>	<b>12.45±3.79</b>	<b>133.96±35.32</b>
Test Değeri		F:3.692 <sup>f</sup>	F:9.938 <sup>f</sup>	F:4.218 <sup>f</sup>	F:7.861 <sup>f</sup>	F:5.380 <sup>f</sup>	F:8.716 <sup>f</sup>	F:5.022 <sup>f</sup>	F:7.934 <sup>f</sup>
p		<sup>d</sup> 0.026*	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.016*	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.005**	<sup>d</sup> 0.001**	<sup>d</sup> 0.007**	<sup>d</sup> 0.001**
<sup>a</sup> Kruskal Wallis Test		<sup>c</sup> Student-t Test			<sup>d</sup> Oneway ANOVA		<sup>f</sup> Post-Hoc Bonferroni Test		
<sup>†</sup> Games-Howell Test		*p<0,05		**p<0,01					

BKİ düzeylerine göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Toplum İzlem” ve “Cilt Bakımı” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği toplamından ve “Toplum İzlem”, “Tedavi ve Komplikeasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,05). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; BKİ zayıf olan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar diğer hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (p=0,036; p=0,007; p<0,05).

Ailede kalp hastalığı öyküsü olma durumuna göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05).

KAH tanı konma süresine göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,001; p<0,01). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; KAH tanı konma süresi 1 yıldan az olan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, tanı konma süresi 1-5 yıl ve 6 yıl ve üzeri olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,001; p<0,01).

Ek kronik hastalığı olan hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, kronik hastalığı olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Alkol kullanımına göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanımına göre hastaların Hasta Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,026$ ;  $p<0,05$ ,  $p=0,007$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; sigara içmeyi bırakan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar diğer hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,022$ ;  $p=0,010$ ;  $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ).

**Tablo 4.16: Hastaların Hastalık/Tedavi Sürecine Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
		Duruma							Toplam Puan Ort±Ss
		Yaşam laçlar Ort±Ss	Yaşam Aktiviteleri Ort±Ss	Toplum ve İzlem Ort±Ss	İlişkin Duygular Ort±Ss	Tedavi ve Komplikasyonlar Ort±Ss	Yaşam Kalitesi Ort±Ss	Cilt Bakımı Ort±Ss	
KVC İşlem Geçirme Durumu	Evet (n=107)	23.49±6.17	24.01±6.66	16.28±4.58	10.92±4.11	25.78±6.84	21.5±6.85	12.47±4.05	134.44±33.79
	Hayır (n=193)	27.39±6.08	28.94±6.99	18.78±4.73	14.56±4.78	30.17±6.64	26.81±6.77	14.42±4.41	161.08±35.16
	Test Değeri P	t:-5.302 °0.001**	t:-5.957 °0.001**	t:-4.439 °0.001**	t:-6.939 °0.001**	t:-5.431 °0.001**	t:-6.473 °0.001**	t:-3.782 °0.001**	t:-6.375 °0.001**
KAH Nedeniyle Hastanede Yatma Durumu	Evet (n=168)	26.21±6.78	27.08±7.47	17.72±4.95	13.18±5.13	28.39±7.45	24.79±7.72	13.67±4.30	151.04±39.29
	Hayır (n=132)	25.73±5.87	27.31±7.01	18.11±4.66	13.37±4.53	28.87±6.47	25.08±6.62	13.8±4.49	152.27±33.75
	Test Değeri P	t:0.655 °0.513	t:-0.269 °0.788	t:-0.688 °0.492	t:-0.345 °0.731	t:-0.595 °0.553	t:-0.359 °0.720	t:-0.253 °0.801	t:-0.290 °0.772
İlaç Kullanma Durumu	Kullanıyor (n=267)	25.52±6.35	26.53±7.22	17.5±4.79	12.85±4.82	28.06±7.15	24.24±7.17	13.51±4.42	148.21±36.69
	Kullanmıyor (n=33)	29.91±5.32	32.45±5.11	21.03±3.84	16.64±3.94	33.03±3.75	30.39±5.41	15.42±3.61	178.88±25.89
	Test Değeri P	t:-3.811 °0.001**	t:-5.966 °0.001**	t:-4.069 °0.001**	t:-4.341 °0.001**	t:-6.335 °0.001**	t:-5.921 °0.001**	t:-2.385 °0.018*	t:-6.091 °0.001**
Düzenli İlaç Kullanma Durumu (n:267)	Her zaman (n=77)	30.17±4.53	31.14±6.55	19.97±4.09	16.23±4.26	32.94±4.97	29.04±5.87	16.27±4.63	175.77±29.22
	Bazen (n=143)	24.5±5.99	25.62±6.67	17.08±4.77	12.13±4.42	27.13±6.72	23.34±6.74	12.85±3.86	142.64±33.46
	Hiçbir zaman (n=47)	21±5.3	21.74±5.65	14.74±4.03	9.49±3.39	22.89±6.75	19.13±5.66	11±3.35	120±27.16
	Test Değeri P	F:57.565 <sup>†</sup> °0.001**	F:33.836 <sup>†</sup> °0.001**	F:21.444 <sup>†</sup> °0.001**	F:48.257 <sup>†</sup> °0.001**	F:48.659 <sup>†</sup> °0.001**	F:39.065 <sup>†</sup> °0.001**	F:27.455 <sup>†</sup> °0.001**	F:51.367 <sup>†</sup> °0.001**
Düzenli/ Sağlıklı Beslenme Durumu	Her zaman (n=63)	31.48±4.66	33.49±5.65	20.6±4.46	16.97±4.54	33.48±4.99	30.75±5.44	16.62±4.72	183.38±29.22
	Bazen (n=177)	25.08±5.89	26.19±6.52	17.35±4.54	12.7±4.42	27.67±6.57	23.98±6.83	13.19±3.86	146.16±33.04
	Hiçbir zaman (n=57)	22.65±5.95	23.04±6.72	16.28±4.87	10.74±4.31	25.74±7.72	21.05±6.53	12.14±4.21	131.63±34.61
	• Diyeti yok (n=3)	29±5.2	32±3.46	23.33±0.58	16.67±2.89	36±1.73	31±1.73	14.33±2.31	182.33±17.90
	Test Değeri P	F:41.748 <sup>†</sup> °0.001**	F:44.886 <sup>†</sup> °0.001**	F:15.710 <sup>†</sup> °0.001**	F:32.787 <sup>†</sup> °0.001**	F:33.438 <sup>†</sup> °0.001**	F:46.616 <sup>†</sup> °0.001**	F:17.155 <sup>†</sup> °0.001**	F:43.121 <sup>†</sup> °0.001**
Egzersiz Yapma Durumu	Düzenli (n=55)	30.84±4.76	32.47±5.85	20.42±4.83	16.24±4.72	32.98±5.44	29.76±5.50	16.33±4.30	179.04±30.75
	Düzensiz (n=117)	26.57±6.15	28.2±6.87	18.24±4.54	14.17±4.89	29.85±6.32	26.44±6.92	14.68±4.35	158.15±34.47
	Hayır (n=128)	23.4±5.88	23.98±6.55	16.48±4.59	11.16±3.94	25.58±6.94	21.45±6.53	11.73±3.49	133.78±32.15
	Test Değeri P	F:32.529 <sup>†</sup> °0.001**	F:34.501 <sup>†</sup> °0.001**	F:14.518 <sup>†</sup> °0.001**	F:30.106 <sup>†</sup> °0.001**	F:31.176 <sup>†</sup> °0.001**	F:36.583 <sup>†</sup> °0.001**	F:32.159 <sup>†</sup> °0.001**	F:40.382 <sup>†</sup> °0.001**

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test <sup>°</sup>Student-t Test <sup>d</sup>Oneway ANOVA <sup>†</sup>Post-Hoc Bonferroni Test <sup>‡</sup>Games-Howell Test \*p<0,05 \*\*p<0,01 •Kişi sayısı yetersiz olduğundan karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.

Herhangi bir KVC işlemlerini geçiren hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, KVC işlemlerini geçirmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hastalığı nedeniyle hastanede yatma durumuna göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ( $p>0,05$ ).

İlaç kullanan hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, ilaç kullanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ( $p=0,018$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,05$ ).

Düzenli ilaç kullanma durumuna göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; ilacını her zaman düzenli kullanan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, bazen düzenli kullanan ve hiçbir zaman düzenli kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ),

Düzenli/sağlıklı beslenme durumuna göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; her zaman düzenli beslenen hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, bazen düzenli beslenen ve hiçbir zaman düzenli beslenmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Egzersiz yapma durumuna göre hastaların Hasta Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Farklılığı belirlemek için yapılan ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; düzenli egzersiz yapan hastaların ölçek alt boyutlarından ve toplamından aldıkları puanlar, düzensiz egzersiz yapan ve egzersiz yapmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ,  $p<0,01$ ).

**Tablo 4.17: Hastaların Eğitim Alma Durumuna Göre Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n=300)**

		Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
		İlaçlar	Yaşam	Toplum	Duruma	Tedavi ve	Yaşam	Cilt	Toplam
		Ort±Ss	Aktivite	ve İzlem	İlişkin	Komplikasyonlar	Kalitesi	Bakımı	Puan
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Duygular	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss
KAH ile İlgili Eğitim Alma Durumu	Evet (n=128)	26.25±6.24	27.02±7.40	18.41±4.92	13.31±4.82	28.65±6.95	24.74±7.44	13.74±4.87	152.12±37.35
	Hayır (n=172)	25.81±6.51	27.31±7.17	17.51±4.72	13.23±4.92	28.57±7.10	25.05±7.12	13.71±3.99	151.18±36.67
	Test Değeri	t:0.584	t:-0.345	t:1.604	t:0.151	t:0.096	t:-0.359	t:0.062	t:0.217
	p	<sup>c</sup> 0.559	<sup>c</sup> 0.730	<sup>c</sup> 0.110	<sup>c</sup> 0.880	<sup>c</sup> 0.924	<sup>c</sup> 0.720	<sup>c</sup> 0.950	<sup>c</sup> 0.828
Eğitimi Veren Ekip Üyesi (n=128)	Hemşire (n=16)	27.44±6.02	27.63±6.09	19.13±3.28	14.06±4.60	29.25±5.97	25.13±7.14	13.81±5.28	156.44±32.69
	Hekim (n=67)	26.01±5.99	26.36±7.82	18.46±4.86	13.13±5	28.48±6.85	24.97±7.20	13.93±5.28	151.34±37.72
	Hemşire ve hekim (n=45)	26.18±6.75	27.78±7.23	18.07±5.52	13.31±4.71	28.69±7.54	24.27±8.02	13.44±4.12	151.73±39
	Test Değeri	F:0.337 <sup>f</sup>	F:0.553 <sup>f</sup>	F:0.279 <sup>f</sup>	F:0.236 <sup>f</sup>	F:0.080 <sup>f</sup>	F:0.143 <sup>f</sup>	F:0.131 <sup>f</sup>	F:0.122 <sup>f</sup>
	p	<sup>d</sup> 0.715	<sup>d</sup> 0.576	<sup>d</sup> 0.757	<sup>d</sup> 0.790	<sup>d</sup> 0.923	<sup>d</sup> 0.867	<sup>d</sup> 0.877	<sup>d</sup> 0.885
Eğitimi Yeterli Bulma Durumu (n=128)	Evet (n=27)	26.26±7.02	25.26±7.13	17.81±4.78	12.67±5.03	28.63±7.53	24.26±7.35	12±4.99	146.89±39.29
	Hayır (n=36)	25.81±6.02	26.78±7.10	18.58±5.41	13.06±4.86	27.53±7.0	23.81±7.46	14.5±5.07	150.06±37.39
	Kısmen (n=65)	26.49±6.10	27.88±7.64	18.55±4.75	13.72±4.75	29.28±6.71	25.46±7.51	14.05±4.6	155.43±36.76
	Test Değeri	F:0.138 <sup>f</sup>	F:1.224 <sup>f</sup>	F:0.245 <sup>f</sup>	F:0.525 <sup>f</sup>	F:0.730 <sup>f</sup>	F:0.642 <sup>f</sup>	F:2.340 <sup>f</sup>	F:0.571 <sup>f</sup>
	p	<sup>d</sup> 0.871	<sup>d</sup> 0.298	<sup>d</sup> 0.783	<sup>d</sup> 0.593	<sup>d</sup> 0.484	<sup>d</sup> 0.528	<sup>d</sup> 0.101	<sup>d</sup> 0.566

<sup>c</sup>Student-t Test <sup>d</sup>Oneway ANOVA <sup>f</sup>Post-Hoc Bonferroni Test <sup>g</sup>Games-Howell Test

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Koroner arter hastalığıyla ilgili eğitim alma durumuna göre, eğitimi veren ekip üyesine göre ve alınan eğitimi yeterli bulma durumuna göre hastaların Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği tüm alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (p>0,05).

#### 4.4. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 ve hasta öğrenim gereksinimleri arasındaki ilişki Tablo 4.18 ve Tablo 4.19'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.18: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği ile Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (n=300)**

HÖGÖ- KAH Eğitim Anketi-2		Tıbbi Durum	Risk Faktörleri	Egzersiz	Beslenme	Psikososyal Risk	Bilgi Düzeyi
İlaçlar	r	0.696	0.658	0.645	0.646	0.627	0.715
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
Yaşam Aktiviteleri	r	0.689	0.665	0.646	0.666	0.687	0.732
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
Toplum ve İzlem	r	0.638	0.662	0.577	0.577	0.563	0.662
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
Duruma İlişkin Duygular	r	0.684	0.692	0.676	0.669	0.682	0.742
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
Tedavi ve Komplikasyonlar	r	0.734	0.730	0.703	0.669	0.675	0.770
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
Yaşam Kalitesi	r	0.722	0.700	0.709	0.700	0.727	0.779
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
Cilt Bakımı	r	0.507	0.481	0.463	0.498	0.463	0.525
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>
HÖGÖ Toplam Puan	r	0.777	0.762	0.737	0.731	0.737	0.819
	p	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>	<b>0.001**</b>

*r=Spearman's Korelasyon Katsayısı*

*\*\*p<0,01*

Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Tıbbi Durum” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,696$ ), “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puanları arasında ( $r=0,689$ ), “Toplum İzlem” alt boyut puanları arasında ( $r=0,638$ ), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puanları arasında ( $r=0,684$ ), “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,734$ ), “Yaşam Kalitesi” alt boyut puanları arasında ( $r=0,722$ ), “Cilt Bakımı” alt boyut puanları arasında ( $r=0,507$ ) ve ölçek toplam puanı arasında ( $r=0,777$ ) pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Risk Faktörleri” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,658$ ), “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puanları arasında ( $r=0,665$ ), “Toplum İzlem” alt boyut puanları arasında ( $r=0,662$ ), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puanları arasında ( $r=0,692$ ), “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,730$ ), “Yaşam Kalitesi” alt boyut puanları arasında ( $r=0,700$ ), “Cilt Bakımı” alt boyut puanları arasında ( $r=0,481$ ) ve ölçek toplam puanı arasında ( $r=0,762$ ) pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

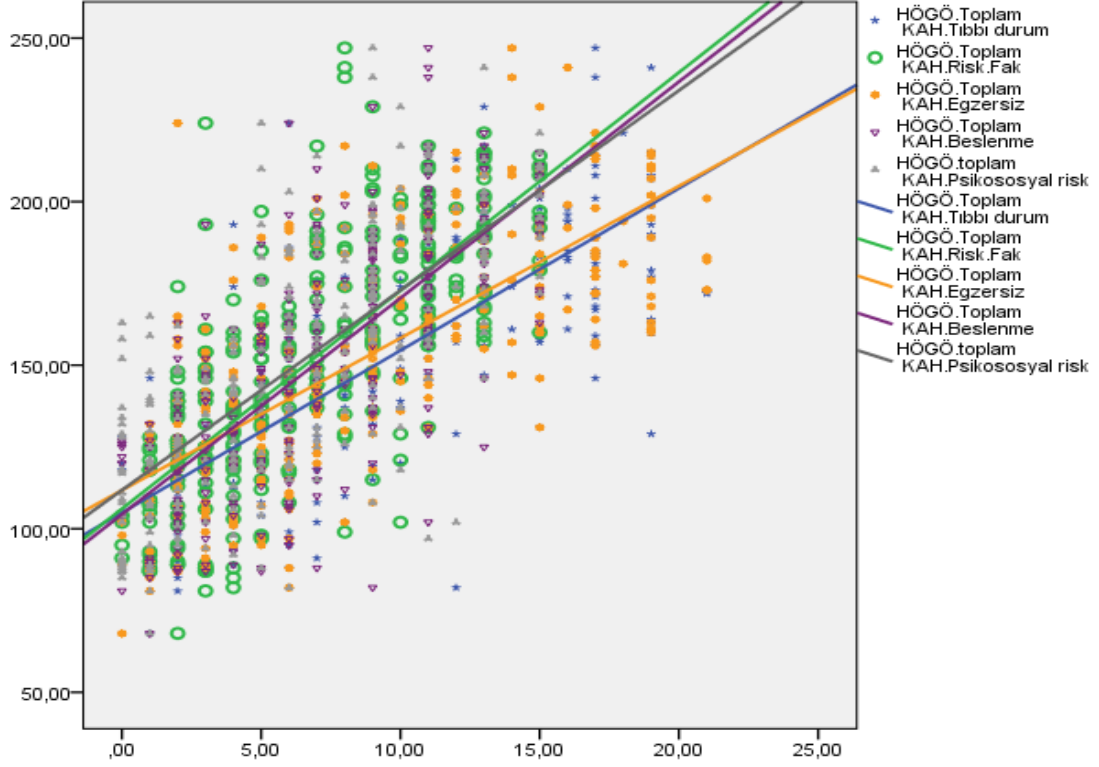
Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Egzersiz” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,645$ ), “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puanları arasında ( $r=0,646$ ), “Toplum İzlem” alt boyut puanları arasında ( $r=0,577$ ), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puanları arasında ( $r=0,676$ ), “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,703$ ), “Yaşam Kalitesi” alt boyut puanları arasında ( $r=0,709$ ), “Cilt Bakımı” alt boyut puanları arasında ( $r=0,463$ ) ve ölçek toplam puanı arasında ( $r=0,737$ ) pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Beslenme” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,646$ ), “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puanları arasında ( $r=0,666$ ), “Toplum İzlem” alt boyut puanları arasında ( $r=0,577$ ), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puanları arasında ( $r=0,669$ ), “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,669$ ), “Yaşam Kalitesi” alt boyut puanları arasında ( $r=0,700$ ), “Cilt Bakımı” alt boyut puanları arasında ( $r=0,498$ ) ve ölçek toplam puanı arasında ( $r=0,731$ ) pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

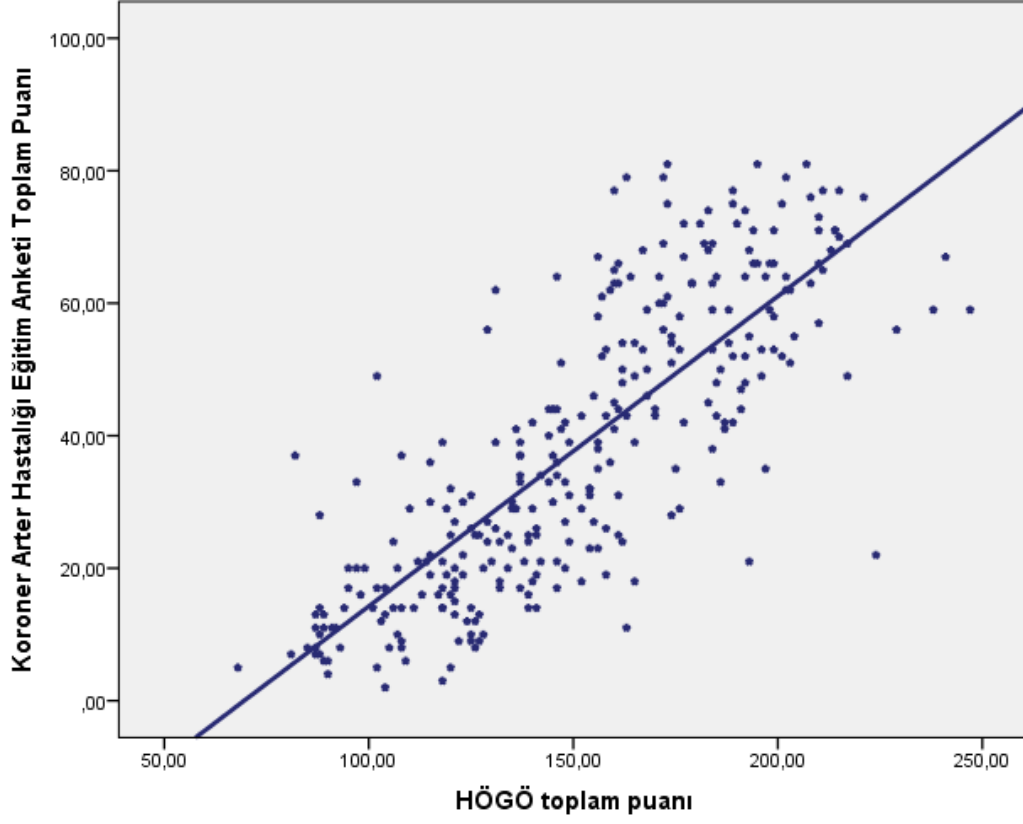
Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Psikososyal Risk” alt boyutundan aldıkları puanlar ile Hasta Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,627$ ), “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puanları arasında ( $r=0,687$ ), “Toplum İzlem” alt boyut puanları arasında ( $r=0,563$ ), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puanları arasında ( $r=0,682$ ), “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,675$ ), “Yaşam Kalitesi” alt boyut puanları arasında ( $r=0,727$ ), “Cilt Bakımı” alt boyut puanları arasında ( $r=0,463$ ) ve ölçek toplam puanı arasında ( $r=0,737$ ) pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).

Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 toplamından aldıkları puanlar ile Hasta Gereksinimleri Ölçeği “İlaçlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,715$ ), “Yaşam Aktiviteleri” alt boyut puanları arasında ( $r=0,732$ ), “Toplum İzlem” alt boyut puanları arasında ( $r=0,662$ ), “Duruma İlişkin Duygular” alt boyut puanları arasında ( $r=0,742$ ), “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyut puanları arasında ( $r=0,770$ ), “Yaşam Kalitesi” alt boyut puanları arasında ( $r=0,779$ ), “Cilt Bakımı” alt boyut puanları arasında

( $r=0,525$ ) ve ölçek toplam puanı arasında ( $r=0,819$ ) pozitif yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



**Şekil 4.1: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Alt Boyutları ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Toplamı Arasındaki İlişki**



**Şekil 4.2: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Toplam Puanı İle Hasta Öğrenim Gereksinimleri Toplam Puanı Arasındaki İlişki**

**Tablo 4.19: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Alt Boyutlarının Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Puanlarına Etkisinin Regresyon Analizi**

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar			<i>p</i>	%95 Güven Aralığı	
	B	SH	$\beta$		Min	Mak
Sabit	97,910	2,703		<b>0,001**</b>	92,589	103,230
KAH Tıbbi durum	1,773	0,475	0,270	<b>0,001**</b>	0,838	2,708
KAH Risk faktörleri	1,936	0,614	0,213	<b>0,002**</b>	0,726	3,145
KAH Beslenme	1,666	0,579	0,181	<b>0,004**</b>	0,526	2,807
KAH Psikososyal risk	1,833	0,528	0,218	<b>0,001**</b>	0,793	2,873
KAH Egzersiz	0,003	0,584	0,000	<b>0,995</b>	-0,944	0,950

*Bağımlı Değişken: HOGÖ Toplam Puanı R<sup>2</sup>:0,649; F=136,401; p =0,001; p<0,01\*p<0,01*

Yapılan regresyon analizi sonucunda Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 alt boyut puanlarının modele anlamlı etkisi olduğu görülmüştür. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği toplam puanı üzerine Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 “Tıbbi Durum” ( $\beta$ :0,270), “Risk Faktörleri” ( $\beta$ :0,213), “Beslenme” ( $\beta$ :0,181), “Psikososyal Risk” ( $\beta$ :0,218) alt boyutlarının etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. “Egzersiz” alt boyutunun anlamlı etkisi olmadığı görüldü. Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ile Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği arasında pozitif bir ilişki saptanmış olup bilgi düzeyi arttıkça öğrenim gereksinimlerinin arttığı belirlenmiştir.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu bölümde; koroner arter hastalarının bilgi düzeyi, eğitim ve öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmada hastaların yaş ortalaması;  $63,66 \pm 12,70$  yıl olarak bulunmuştur (Tablo 4.1). Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2020)'ın akut koroner sendrom geçiren hastalarda yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $54,82 \pm 9,36$ , Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada  $58,13 \pm 11,27$ , Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada  $61,54 \pm 11,55$ , Gökçen (2018)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada  $58,45 \pm 10,07$ , Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarıyla yaptığı çalışmada  $60,78 \pm 11,35$ , Boyraz (2014)'ın KABG ameliyatı olan hastalarda yaş ortalamaları  $68,00 \pm 25,00$ , Erdoğan (2012)'nin açık kalp ameliyatı olan hastalarda  $55,88 \pm 13,49$  olduğu belirlenmiştir. Chen ve diğerleri (2018)'nin koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $60,84 \pm 11,75$ , Marofi ve diğerleri (2020)'nin koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada  $53,6 \pm 14,36$  olduğu görülmüştür. Literatürle karşılaştırıldığında, kalp hastalığına sahip bireylerin yaş ortalamasının birbirine yakın olduğu ve hastaların ileri yaşta oldukları görülmektedir. Bu bulgu koroner arter hastalığına yakalanma oranının yaş ile arttığını destekler niteliktedir (Kasapoğlu ve Enç, 2017; Dülek, Vural ve Gönenc, 2019).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %54,7'sinin erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Erdoğan (2019)'un kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, %78,2'sinin erkek, Gökçen (2018)'in açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %67,6'sı erkek, Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarında yaptığı çalışmada %63,1'inin erkek, Boyraz (2014)'ın KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %56,1'i erkek, Erdoğan (2012)'nin açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %56,3'ü erkek olduğu bulunmuştur. Chen

ve diğeri (2018)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %68'inin erkek, Huriani (2019)'nin miyokard enfarktüsü hastalarında yaptığı çalışmada %76,2'sinin erkek ve Marofi ve diğeri (2020)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %57'sinin erkek hastalardan oluştuğu belirtilmiştir. Çalışmalardan farklı olarak Eray, Set ve Ateş'in yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskini değerlendirdiği çalışmada %79,4'ü kadın hastalardan oluşmuştur. Yapılan çalışmalar incelendiğinde kalp hastalığına sahip bireylerin daha çok erkek hastalardan oluştuğu görülmekte ve araştırma bulgumuzla paralellik göstermektedir. Kadınlarda östrojenin lipid profiline olumlu etki yaptığı, koruyucu etkisi olduğu bilinmektedir. Bu yüzden post menopozal dönemde kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranının kadınlarda daha çok arttığı çalışmalarla desteklenmektedir (Dülek, Vural ve Gönenç, 2018; Aryan vd. 2020).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %85,3'ünün evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada %86,2'sinin evli, Erdoğan (2019)'in kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, %84,6'sı evli, Gökçen (2018)'in açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %95,3'ü evli, Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarında yaptığı çalışmada %85,1'inin evli, Boyraz (2014)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %69'u evli, Erdoğan (2012)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarla yaptığı çalışmada %81,9'unun evli olduğu bulunmuştur. Chen ve diğeri (2018)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %94,9'u evlidir. Huriani (2019)'nin miyokard enfarktüsü hastalarında yaptığı çalışmada %88,1'i evli, Marofi ve diğeri (2020)'nin koroner arter hastalarında yaptığı %73,8'i evlidir. Çalışma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir. Schultz ve diğeri (2017)'nin kalp damar hastalığı olan hastalarda medeni durumun etkisini incelemek için yapılan çok merkezli bir çalışmada evli olmayan hastaların olumsuz kardiyovasküler sonuçlar açısından daha yüksek risk altında olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %52,3'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada %63,8'inin ilkokul mezunu olduğu, Erdoğan (2019)'in kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, %61,5'inin ilköğretim mezunu, Gökçen (2018)'in açık

kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %76,4'ünün, Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarında yaptığı çalışmada %46,1'inin, Erdoğan (2012)'in açık kalp ameliyatı olan hastaların %38,7'sinin ilkokul mezunu olduğu olduğu bulunmuştur. Çalışmadan farklı olarak uluslararası çalışmalarda Chen ve diğerleri (2018)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %29,7'si ortaokul mezunudur. Huriani (2019)'nin myokard enfarktüsü hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %52,4'ü lise mezunudur. Woodward ve diğerleri (2015) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında Avustralya ve Yeni Zelanda'da eğitim durumu ilköğretim olanlarda, yükseköğrenim görmüş bireylere kıyasla kardiyovasküler hastalık ve mortalitenin yüksek olduğu bildirilmiştir. Hu ve diğerleri (2012)'nin Çin'de geniş çaplı bir vaka kontrol çalışmasında düşük eğitim düzeyi akut miyokard enfarktüsü riski ile ilişkilendirilmiştir. Daha az eğitilmiş bireylerde sigara içme, alkol kullanımı, sağlıksız beslenme gibi risk faktörlerinin daha fazla oluşu, sağlık okuryazarlığının ve sağlık bilgisinin daha az oluşu gibi nedenler bu riske katkı sağlamış olabileceğini düşündürmektedir (Schultz vd., 2018)

Araştırma kapsamına alınan hastaların %57,3'ünün çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Erdoğan (2019)'in kalp ve damar cerrahisi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlediği çalışmada %74,4'ünün çalışmadığı, Can Demir (2019)'in acil servise başvuran AKS tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada %64,6'sının çalışmadığı, Gökçen (2018)'in açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %85,8'inin çalışmadığı, Boyraz (2014)'in KABG geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %49,1'inin çalışmadığı bulunmuştur. Çalışma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir. Dupre ve diğerleri (2012)'nin işsizliğin akut miyokard enfarktüsü riskleri üzerindeki etkisini incelediği çalışmada işsizliğin kardiyovasküler olaylar için risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Uzun süreli işsizliği deneyimleyen bireyler, psikolojik ve sosyal açıdan zarar gördüklerini, yaşamsal beklentilerinin düştüğünü bildirmiştir (Aslan H., Aslan M., 2017). Uzun süre işi olmayan insanların başta akıl sağlığı olmak üzere daha fazla hastalık yükü taşıdığı görülmüştür (Herbig vd., 2013).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %33,7'sinin emekli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Polikandrioti ve diğerleri (2015)'nin kalp yetmezliği hastalarında yaptığı çalışmada

%58,9'u emekli, Can Demir (2019)'in acil servise başvuran AKS tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada %39,1'inin ev hanımı olduğu görülmüştür. Yel ve Ünsar (2020)'in koroner anjiyografi uygulanacak hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %35,1'i ev hanımıdır. Duğan ve Bektaş (2020)'in koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %70,6'sının emekli olduğu görülmüştür. Yaş ortalamasının yüksek olması hastaların emekli ve çalışmıyor oluşunu açıklayabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %91,3'ünün sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, %98,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada %47,4'ünün, Can Demir (2019)'in acil servise başvuran AKS tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada %88,9'unun, Boyraz (2014)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %82,5'inin, Erdoğan (2012)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %97,9'unun sosyal güvencesi olduğu bulunmuştur. Ülkemizde tüm sigorta kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi ve sosyal güvencesi olmayanların güvence altına alınmasıyla çoğu hastanın sosyal güvencesinin bulunduğu görülmektedir (Doğan ve Kabayel, 2017).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %59,3'ünün gelir düzeyi orta olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %62,8'inin gelir durumunun düşük, Boyraz (2014)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %48,5'inin, Erdoğan (2012)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada %52,9'unun, Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %67,5'inin geliri giderine eşit olduğu bulunmuştur. Marofi ve diğerleri (2020)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %58,4'ü gelir düzeyini orta belirtmiştir. Çalışma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir. Kucharska-Newton ve diğerleri (2011)'nin Amerika Birleşik Devletleri ve Finlandiya'da yaptığı çalışmada düşük sosyoekonomik durumun artmış kardiyak olay riskiyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Onat ve diğerleri (2017)'nin TEKHARF çalışmasında düşük gelirin birey ve topluma risk yüklediğini bildirmiştir. Schultz ve diğerleri (2018)'nin yaptığı çalışmada düşük sosyoekonomik durumun kardiyovasküler sağlık üzerine önemli etkisi olduğunu belirtmiştir. Moledina ve Tank (2021)'in

Kanadada yaptığı bir çalışmada düşük sosyoekonomik durumun akut miyokard enfarktüsünü arttırdığını bildirmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşım farklılığı bu durumu farklı şekillerde açıklayabilir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %49'unun ilde yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, %64,1'i kentte, Gökçen (2018)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %62,2'si il merkezinde, Erdoğan (2012)'nin açık kalp cerrahisi geçiren hastalardaki çalışmasında %44,5'nin şehir merkezinde, Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %70'inin ilde yaşadığı bulunmuştur. Chen ve diğerleri (2018)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %66,2'si şehirde yaşamaktadır. Çalışma bulgusu literatürle benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Farklı bir çalışma olarak Eray, Set ve Ateş (2018)'in yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskini değerlendirdiği çalışmada yaşanılan yerin kardiyovasküler hastalıklara yakalanma riskini etkilemediğini bildirmiştir. İlde yaşayan insanlar çevre ve gürültü kirliliğine daha çok maruz kalmaktadır. Münzel ve diğerleri (2017)'nin yaptığı çalışmada hava kirliliği, ortam gürültüsü gibi çevresel stresörlerin aterosklerozun ilerlemesi ve kardiyovasküler olaylara yatkınlığı arttırdığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %44,7'sinin eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %87,2'sinin ailesi ile yaşadığı, Can Demir (2019)'in acil servise başvuran AKS tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada %42,8'nin eşiyle beraber, Alcan, Korkmaz ve Çakmakçı (2017)'nin KABG olan hastalarda yaptığı çalışmada %89,4'ü ailesi/eşiyle, Gökçen (2018)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %95,3'ünün eşi ve çocukları ile, Annaç (2018)'in koroner arter hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada %57,9'unun eş ve çocukları ile birlikte, Boyraz (2014)'ın KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %43,9'unun eşi ve çocuklarıyla yaşadığı bulunmuştur. Demirkıran (2011)'in KABG olan hastalarda yaptığı çalışmada %87,5'i çekirdek aile yapısına sahiptir. Çalışma bulgusu literatürle benzerlikler göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %40'ının fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2020)'in akut koroner sendrom geçiren hastalarda yaptığı çalışmada beden kitle indeksi ortalaması fazla kilolu bulunmuştur. Bayrak (2020)'in koroner kalp hastalarında yaptığı çalışmada çoğunluğunun fazla kilolu olduğu, Gür ve Sunal (2019)'in koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %46,9'unun, Annaç (2018)'in koroner arter hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada %55,0'inin, Boyraz (2014)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %57,3'ünün, Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %45'inin fazla kilolu grubunda olduğu bulunmuştur. Farklı olarak Dülek, Vural ve Gönenç (2019)'in kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirildiği çalışmada hastaların %43,8'i obez bulunmuştur. EUROASPIRE V (2016)'nin 24 Avrupa ülkesinde koroner hastalarda yaşam tarzı ve kardiyovasküler risk faktörü kontrolü üzerindeki etkisinin belirlendiği gözlemsel çalışmada hastaların %37,6'sının obez olduğu görülmüştür. Çalışma bulgumuz literatürle benzerlik göstermiş olup, hastaların vücut ağırlıkları fazladır. Beden kitle indeksinin 25kg/m<sup>2</sup> ve üzerinde olması KAH için risk faktörü olduğu bilinmektedir (TEKHARF, 2017).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %61'inin ailesinde kalp hastalığı öyküsü olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Akbulut (2018)'un koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %63,6'sının, Gür ve Sunal (2019)'in koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %49,8'inin koroner arter hastası olan birinci derece bir yakını bulunduğu görülmüştür. Bayrak (2020)'in koroner kalp hastalarıyla yaptığı çalışmada kontrol grubundaki hastaların %79,4'ünün, Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2020)'in akut koroner sendrom geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %69,2'sinin ailesinde koroner arter hastalık öyküsünün olduğu saptanmıştır. Çalışmadan farklı olarak Annaç (2018)'in koroner arter hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada %60,9'unun, Eray, Set ve Ateş (2018)'in yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskini değerlendirdiği çalışmada %75,5'inin ailesinde kalp hastalığı öyküsü olmadığı belirlenmiştir. Bireyin birinci derece akrabalarında erken yaşta kalp hastalığı öyküsünün bulunması, genetik temelli olduğundan dolayı kardiyovasküler hastalık riskini arttırır (Dağıstan ve Gözüm, 2016; Chacko vd., 2020).

Araştırma kapsamına alınan hastaların KAH tanı konma süresinin %44'ünün 1-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Dural ve Sarıtaş (2017)'in akut koroner sendromlu hastalarda yaptığı çalışmada %82'sinin tanı konma süresi 0-6 ay aralığında bulunmuştur. Chen ve diğerleri (2018)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %55,1'inin KAH tanı konma süresi 3 aydan azdır. Annaç (2018)'in koroner arter hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada %51'inin tanı süresinin 1-3 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Can Demir (2019)'in acil servise başvuran AKS tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada %43,8'inin tanı konma süresinin 1 yıldan az olduğu saptanmıştır. Sakman (2019)'in koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada %52,5'inin tanı süresi 0-3 yıl arasındadır. Duğan ve Bektaş (2020)'in koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %42,2'sinin tanı süresi 6-15 yıl aralığında bulunmuştur. Hastalığın ortaya çıkışında risk faktörlerinin bireyler arası değişkenlik göstermesi ve prognazda meydana gelen değişikliklerden dolayı tanı konma süresinde farklılıklar olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %87,7'sinin ek kronik hastalığa sahip olduğu, %72' sinde hipertansiyon olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2). Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %69,2'sinin, Gökçen (2018)'in açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %50'sinin, Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarında yaptığı çalışmada %63,1'inin ek hastalığı bulunduğu, bunların %26,2'sinde hipertansiyon olduğu, Erdoğan (2012)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %42'sinde hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %86,2'sinin ek hastalığa sahip olduğu, hastaların en fazla %34,9 ile diyabetinin olduğu bulunmuştur. Ghisi ve diğerleri (2013)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada %49'unda hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgusu literatürle benzerlikler göstermektedir. Hipertansiyon kronik hastalıklar içerisinde en sık görülen ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı morbidite ve mortalitelere yol açtığı bilinen bir risk faktörüdür (Abacı, 2011; Eray, Set ve Ateş, 2018).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %42,7'sinin sigara kullandığı, %77,7'sinin alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2020)'in akut

koroner sendrom geçiren hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %56,7'sinin sigara içtiği, %85,8'inin alkol kullanmadığı belirtilmiştir. Demir Doğan ve diğerleri (2019)'nin kronik hastalığı olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada %58,5'nin, Dülek, Vural ve Gönenç (2019)'in kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirildiği çalışmada %77,9'unun sigara kullanmadığı, Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada %74,5'nin sigara kullanmadığı, %89,3'ünün alkol kullanmadığı, Gökçen (2018)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %49,3'ünün sigara içmediği, %35,1'inin bıraktığı, Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %51,2'sinin sigara kullandığı bulunmuştur. Marofi ve diğerleri (2020)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %83,4'nün sigara içmediği saptanmıştır. Çalışma bulgusu literatürle benzerlik ve farklılıklar göstermektedir. Sigaranın endotel disfonksiyonuna neden olan katkıları KAH riskine sahip olma oranını artırmasının yanı sıra, sigara içmeye devam edildiğinde KAH mortalitesi yüksek seyretmektedir (Matsuzawa ve Lerman, 2014; Dülek, Vural ve Gönenç, 2019).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %35,7'sinin herhangi bir KVC işlemi geçirdiği gözlenirken, KVC işlem geçiren hastaların %54,2'sinin koroner anjiyoplasti-stent olduğu gözlenmiştir (Tablo 4.3). Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2020)'in akut koroner sendrom geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %42,5'ine stent takıldığı, Can Demir (2019)'in acil servise başvuran AKS tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada %42,4'üne stent takıldığı, Erdoğan (2012)'nin açık kalp ameliyatı olan hastaların %48,7'sine kalp kapaklarına yönelik cerrahi girişim gerçekleştirilmiş olduğu bulunmuştur. Ghisi ve diğerleri (2013)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %43'üne perkütan koroner girişim uygulandığı görülmüştür. Hastalığın sessiz ilerleyişi ve hastaların farkında olmayışı nedeniyle hastalık ciddi bir tabloya dönüştüğünde, hastaneye başvurmaları ve miyokardiyal revaskülarizasyonun birincil tedavi yöntemi olarak kabul edilmesi hastaların çoğunluğunun işlem geçirmiş olmasını açıklayabilir (Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar, 2020).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %56'sının hastalığı nedeniyle daha önce hastanede yattığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu sonuç diğer çalışma bulgularıyla benzerlik

göstermektedir. Tan, Özdelikara ve Polat (2013)'ın yapmış olduğu çalışmada hastaların %71,7'sinin, Erdoğan (2012)'nin açık kalp ameliyatı olan hastaların %55,5'inin daha önceden hastaneye yatma deneyiminin olduğu bulundu. Marofi ve diğerleri (2020)'nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %65,8'inde hastanede yatış öyküsü bulunmaktadır. Çalışmadan farklı olarak Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada %71,4'ünün daha önce hastanede yatmadığı görülmüştür.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %59'unun düzenli/sağlıklı beslenme durumuna bazen yanıtını verdiği %89'unun ilaç kullanmakta olduğu, %53,6 sının ise düzenli ilaç kullanma durumuna bazen yanıtını verdiği saptanmıştır (Tablo 4.3). Egzersiz yapma durumlarına bakıldığında, %42,7'sinin egzersiz yapmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2). Padilha ve diğerleri (2021)'nin koroner arter hastalığı olan hastalarda farmakolojik uyumun değerlendirildiği çalışmada hastaların çoğunun ilaç tedavisine uymadığı bulunmuştur. Batista Santos ve diğerleri (2020)'nin akut koroner sendromlu hastaların taburculuk sonrası antiplatelet ve statin tedavisine ilaç uyum düzeylerini değerlendirmek için yaptığı çalışmada %49,3'ünün tedaviye düşük uyum gösterdiğini bildirmiştir. Hastaların çoğunda başka kronik hastalıkların bulunması ilaç kullanımını sayı ve sıklığını arttırmaktadır. Hekim ve hemşirelerin hastalara ilaçlarının kullanımını, düzeni hakkında ve kullanmadıklarında oluşabilecek durumlar hakkında bilgi vermesinin önemli olduğu belirtilebilir. EUROASPIRE (2016)'nin 24 Avrupa ülkesinde koroner hastalarda yaşam tarzı ve kardiyovasküler risk faktörü kontrolü üzerindeki etkisinin belirlendiği gözlemsel çalışmada hastaların %59,9 oranında az fiziksel aktivite yaptığı veya hiç yapmadığı belirlenmiştir. Dural ve Sarıtaş (2017)'in akut koroner sendromlu hastalarda yaptığı çalışmada hastaların %48'inin ara sıra düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır. Kaynar Şimşek ve Ecevit Alpar (2020)'in akut koroner sendrom geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %82,5'inin fiziksel aktivite yapmadığı bulunmuştur. Gür ve Sunal (2019)'in koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada hastaların %48,2'sinin düzenli diyet programına zaman zaman uydukları yanıtını vermişlerdir. Dayapoğlu ve Yıldız (2017)'in kalp yetmezliği tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmada kalp yetmezliği hastalarının diyet uyumlarının yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenmenin uzun vadede obezite, düşük bağışıklık, diyabet, hipertansiyon gibi

getirilerinin yanı sıra damarlarda yaptığı hasar yüksek ateroskleroz riski ve kardiyovasküler riskle ilişkilidir (Lechner vd., 2020; Schloss vd., 2020; Cleven vd., 2020).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %57,3'ünün koroner arter hastalığı ile ilgili eğitim almadığı, eğitim verilen hastaların %52,3'nün hekim tarafından eğitim aldığı, eğitim alan hastaların %50,8'inin ise aldığı eğitimi "Kısmen" yeterli bulduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada %92,9'unun daha önce sağlık profesyonellerinden eğitim almadığı, Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada %97,4'ünün taburculuk ile ilişkili bilgi almadığı, bulunmuştur. Can Demir (2019)'in acil servise başvuran AKS tanısı almış bireylerde yaptığı çalışmada %86,5'inin hastalığıyla ilgili bilgi aldığı, %77,1'inin bu bilgiyi hekimden aldığı ve %60,9'unun eğitimi yeterli bulmadığı görülmüştür. Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarında yaptığı çalışmada %59,6'sının taburculuk eğitimi almadığını belirlemiştir. Boyraz (2014)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada %62,6'si kendisine taburculuk eğitimi verildiği ve %43,3'ü bu eğitimi doktordan aldığı belirtmiştir. Erdoğan (2012) açık kalp ameliyatı olan hastaların %86,1'inin taburculuk eğitimi aldığı ve bu hastaların %90'mının eğitimi hemşireler tarafından verildiğini bulmuştur. Tan, Özdelikara ve Polat (2013)'in hasta öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada %69,4'ünün daha önce hiçbir taburculuk eğitimi almadığı görülmüştür. Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmasında hastaların %41,2 oranında taburculuk eğitimi aldıkları; %66,7'sine hekim tarafından eğitim verildiği belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgu literatürle benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin hasta eğitiminde yeterince yer almadıkları görülmüş olup hemşirelerin zaman bulamaması, iş yükü fazlalığı, hastaların eğitim almak istemedikleri gibi düşünceler bu duruma neden olabilmektedir (Yıldırım, Çiftçi ve Kaşıkçı, 2017).

Çalışmada en düşük ortalama tıbbi durum alt boyutunun “Atorvastatin (Lipitor™), Rosuvastatin (Crestor™) veya Simvastatin (Zocor™) gibi “statin” türü ilaçlar vücutta yararlı etkilerini...” sorusunu içeren 3. madde; en yüksek ortalama ise beslenme alt boyutunun “Besinlerdeki en iyi Omega-3 kaynağı nedir?” sorusunu içeren 20. maddenin olduğu görülmüştür (Tablo 4.5).

Akbulut (2018) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2’den en düşük ortalama tıbbi durum alt boyutunun “Koroner arter hastalığı olan bir bireyde, hangisi anjinalın genel tanımıdır?” sorusunu içeren 3. madde sahiptir. En yüksek ortalama ise “Besinlerdeki en iyi Omega-3 kaynağı nedir?” sorusunu içeren 20. madde sahiptir. Ghisi ve diğerleri (2018)’nin koroner arter hastalığı eğitim anketinin kısa versiyonunun Brezilya-Portekiz versiyonunun doğrulandığı çalışmada; en düşük bilgiye sahip maddeler “Atorvastatin (Lipitor™), Rosuvastatin (Crestor™) veya Simvastatin (Zocor™) gibi “statin” türü ilaçlar vücutta yararlı etkilerini...” en yüksek puana sahip madde ise “Kan basıncını (tansiyonu) kontrol etmek için yapılacak uygulamalar nelerdir?” sorusudur. Santos ve diğerleri (2019)’nin koroner arter hastalığı eğitim anketi-2’nin Brezilya versiyonunun doğrulandığı çalışmada en düşük puanlar, “Kan basıncını (tansiyonu) kontrol etmek için yapılacak uygulamalar nelerdir?” “Atorvastatin (Lipitor™), Rosuvastatin (Crestor™) veya Simvastatin (Zocor™) gibi “statin” türü ilaçlar vücutta yararlı etkilerini...” sorusu iken en yüksek puan “Besinlerdeki en iyi Omega-3 kaynağı nedir?” maddesinden alınmıştır. Bu bulgular çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Hastaların statinle ilgili sorulan sorudan düşük bilgi alması özellikle son zamanlarda televizyon ve internet gibi medya aracılığıyla statin kullanımının yan etkilerinin sanılandan çok sık olduğu ve statinle kolesterol seviyelerinin düşürülmesinin kalp hastalıklardan korumadığını, damarlarda tıkanıklık yaratmadığını belirten tartışmalar hastaların tedaviye uyumunda problemler meydana getirmiş olabilir (Dincer vd., 2016).

Hastaların en yüksek ortalama sahip oldukları alt boyut “Tıbbi Durum” (9,41±5,62), sonrasında sırasıyla “Egzersiz” (8,56±5,61), “Beslenme” (7,13±4,00), “Risk Faktörleri” (6,81±4,07) ve “Psikososyal Risk” (6,51±4,38) olarak bulunmuştur. Bu durum çalışmaya katılan hastaların Tıbbi Durum, Egzersiz ve Beslenme olmak üzere ilk üç

alanda bilgi düzeylerinin en yüksek olduğunu, Psikososyal Risk alanında ise bilgi düzeylerinin en düşük olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Tablo 4.6).

Yapılan literatür incelemesinde çalışmamız ile benzer bulgular görülmüştür;

Ghisi ve diğerleri (2013)'nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarının kardiyak rehabilitasyon bilgisini değerlendirdiği çalışmasında en yüksek puanın “Egzersiz” alanından alındığı bulunmuştur. Ghisi ve diğerlerinin (2015) tarafından koroner arter hastalığı eğitim anketinin ikinci versiyonunu geliştirdikleri çalışmada “Egzersiz” ve “Tıbbi Durum” alt boyut bilgilerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ghisi, Sandison ve Oh (2016) tarafından koroner arter hastalığı eğitim anketinin kısa bir versiyonunun geliştirildiği çalışmada “Egzersiz” ve “Beslenme” alt boyutu bilgi düzeyinin daha yüksek, “Tıbbi Durum” bilgisinin diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Ghisi ve diğerlerinin (2018) tarafından koroner arter hastalığı eğitim anketi kısa versiyonunun Portekizce doğrulandığı çalışma sonucunda en yüksek bilgi düzeyinin “Risk faktörleri” alt boyutunda, en düşük “Psikososyal Risk” alt boyutunda olduğu bulunmuştur. Chen ve diğerlerinin (2018) tarafından koroner arter hastalığı eğitim anketinin Çince versiyonunun doğrulandığı çalışmada koroner arter hastalığı bulunan hastaların “Tıbbi Durum” ve “Egzersiz” alt boyutunda bilgi düzeyi daha iyi, “Risk Faktörleri” alt boyutunda daha zayıf bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Akbulut (2018) tarafından koroner arter hastalığı eğitim anketi-2'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında en yüksek puan ortalamasına sahip olan maddenin “Egzersiz” alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Santos ve diğerleri (2019)'nin koroner arter hastalığı eğitim anketi-2' nin Brezilya versiyonunu doğruladığı çalışmada en yüksek puanın “Egzersiz”, en düşük puanın “Psikososyal Risk” alt boyutundan alındığı saptanmıştır. Ghisi ve Oh (2021)'un koroner arter hastalığı eğitim anketinin kısa versiyonunun Fransız-Kanada kültürüne uyarladıkları çalışmada en yüksek puan “Risk Faktörleri”, en düşük puan “Psikososyal Risk” alt boyutundan alınmıştır.

Çalışmada Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2'den alınan toplam puana göre bilgi düzeyi sınıflandırması “Yetersiz” olarak belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Yapılan araştırmalara göre bu çalışmadan farklı olarak;

Ghis ve diğlerleri (2013)'nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarının kardiyak rehabilitasyon bilgisini değerlendirdiği çalışmada bilgi düzeyi ‘‘ok İyi’’ olarak sınıflandırılmıştır. Ghisi ve diğlerleri (2015) tarafından geliştirilen koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 çalışmasından alınan toplam puana göre bilgi düzeyi sınıflandırması ‘‘İyi’’ olarak saptanmıştır. Akbulut (2018) tarafından Türkçe verisyonunun doğrulandığı çalışmada da bilgi düzeyi sınıflaması ‘‘İyi’’ olarak belirlenmiştir. Chen ve diğlerleri (2018)'nin koroner arter hastalığı eğitim anketinin ince versiyonunu doğruladığı çalışmada bilgi düzeyi ‘‘Kabul Edilebilir’’ bulunmuştur.

Koroner arter hastalığı eğitim anketi kullanılmadan yapılan diğler özgün araştırmalar incelendiğinde sonuçlar bu çalışma ile benzerlik göstermektedir;

Kale (2011)'nin KABG operasyonu olan hastaların postoperatif dönemde öğrenim gereksinimlerinin ve aile destek düzeylerinin saptanması amacı ile yaptığı çalışmada hastaların hastalıkları ile ilgili olarak çoğunluğunu bilgiye sahip olmadığını belirlenmiştir. Akbaba (2018)'nin yaşlı hastaların akut koroner sendrom semptomlarına yönelik bilgi ve tutumlarını incelediği araştırmada yaşlı bireylerin hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyleri orta düzeyde bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak ise ksz (2018)'n miyokart enfarktüsü geçiren hastalarda risk faktörleri bilgi düzeylerinin ve hastalık algısının değerlendirilmesi çalışmasında kalp krizi geçiren hastaların risk faktörleri bilgi düzeyi ortalamasının çok yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hastaların en yüksek ve en düşük puan aldıkları alt boyutlarının ve bilgi düzeyi sınıflamasının farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Buna neden olarak hastaların sosyal, kültürel ve ekonomik değişikliklerinden kaynaklandığı belirtilebilir.

Tüm bireylerin bilgi düzeyi ve eğitim gereksinimleri birbirinden farklılık göstermektedir. Bu yüzden sağlık ekibinin hastaların sosyodemografik özelliklerini göz önüne alarak, eğitim gereksinimlerine yönelik farklılıkları dikkate alarak eğitimi planlaması yapmaları önemlidir. (Yalçın vd., 2015; Güçlü ve Kurşun 2017).

Çalışmada yaşı 76 yaş ve üzeri olan hastaların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puan ortalamalarının en düşük olduğu yaş arttığıca puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur (Tablo 4.8). Benzer şekilde Ghisi ve diğlerleri (2013)'nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarının bilgi düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmada geen

katılımcıların (<65 yaş) bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçla hastalarda yaşın ilerlemesiyle birlikte genellikle öğrenmenin zor hale gelmesi, öğrenmeye açık olmama hali, unutkanlık, okuduğunu anlayamama ve isteksizlik gibi durumların olması bilgilerinin az olma nedenini açıklayabilir.

Çalışmada hastaların KAH Eğitim Anketi-2 alt boyutlarından aldıkları puanların cinsiyete göre karşılaştırılmasında, erkek hastaların “Egzersiz” alt boyutu puan ortalaması kadın hastaların puan ortalamasından anlamlı şekilde daha yüksektir. Erkek hastaların bilgi düzeylerinin kadın hastalardan yüksek fakat istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8). Benzer şekilde Ghisi ve diğerleri (2013)’nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarının bilgi düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmada erkek katılımcıların daha yüksek bilgi puanlarına sahip olduğu görülmüştür.

Çalışmada medeni durumu farklı olan gruplar arasında KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.8). Kırağ ve Çalışkan (2020)’in aile sağlığı merkezine başvuran hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyi ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada medeni durumun bilgi düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Çalışmada eğitim durumu okuryazar olan hastaların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Lisans ve lisansüstü mezunu olanların bilgi düzeyleri çok yüksek iken eğitim seviyesi azaldıkça ortalama da azalmaktadır (Tablo 4.8). Benzer şekilde Yang ve diğerleri (2021)’nin koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada, Santos ve diğerleri (2019)’nin Brezilya’lı koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada ve Ghisi ve diğerleri (2013)’nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarının bilgi düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmada yüksek eğitim düzeyinin yüksek bilgi puanlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Hasta bireylerin okuryazarlığı ve eğitim seviyesi arttıkça sağlığını sürdürmek ve geliştirmek adına daha çok bilgi edinip araştırdıkları, mevcut iyilik halinin korunmasında daha duyarlı ve bilinçli davrandıkları, sağlıklarına daha fazla özen gösterdikleri düşünülmektedir.

Çalışmada çalışan kesimin çalışmayan kesime göre KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek belirlenmiştir (Tablo 4.8). Deniz Akan ve diğerleri (2020)’nin hipertansiyon tanısı alan hastaların bilgi düzeyi ve ilaç

tedavisine uyumlarının değerlendirildiği çalışmada çalışan hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin çalışan bireylerin sosyal çevreleri nedeniyle bilgiye daha kolay ulaşabilmeleri, karşılıklı etkileşimde bulunabilmeleri bilgilerini arttırdıkları şeklinde yorumlanabilir. Çalışmayan kesimde gelir düzeyine bağlı olarak gelecek kaygısı, maddi koşullar, kendini geliştirememe, destek kaynaklara ulaşamama, çeşitli sorunlar yaşama, kendi eğitimine ve geleceğine imkan sağlayamama açısından bireylerin bilgi düzeylerinin az olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada emekli olan hastaların KAH Eğitim Anketi-2 toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Kıraağ ve alışkan (2020)'in aile sağlığı merkezine başvuran hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyiyle ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada mesleğin bilgi düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Emeklilik ileri yaşta kazanılır. Bu çalışmada hastaların yaşının ilerlemesiyle bilgi düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Emekli olan hastaların bilgi düzeyinin düşük olmasıda yaşından etkilenmiş olabileceği belirtilebilir.

Çalışmada sosyal güvence durumuna göre hastaların KAH Eğitim Anketi-2 anket toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.8). Zengin (2019)'in bireylerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyi ve KVH riskini incelediği çalışmadada sosyal güvencenin bilgi düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Çalışmada gelir düzeyi iyi olanların KAH Eğitim Anketi-2 toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Benzer şekilde Ghisi ve diğerleri (2013)'nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarının bilgi düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmada yüksek gelir düzeyinin yüksek bilgi puanlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır. Santos ve diğerleri (2019)'nin KAH Eğitim Anketi-2 kullanarak yaptığı çalışmada aile geliri daha yüksek olan hastalar hastalık hakkında daha yüksek bilgi düzeyi göstermiştir. Buna göre gelir durumu iyi olan hastaların daha fazla olanaklara sahip olması, sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanması, nitelikli sağlık bakımı almak istemeleri, kendilerini geliştirdikleri ve kültürel anlamda yüksek seviyede oldukları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada ilde yaşayanların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puan ortalamaları en yüksek iken belde, köyde yaşayanların ortalaması en düşük görülmüştür (Tablo 4.8). Benzer şekilde Yang ve diğerleri (2021)'nin Çinli koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada kentte yaşayanların kırsal kesimdekilere göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun sebebi olarak ilde yaşayan hastaların eğitim ve çalışma şartlarının daha iyi olması, okur-yazarlık seviyesinin, kendini geliştirme imkanının köyde yaşayanlara göre daha fazla oluşundan kaynaklı olabilir.

Çalışmada eş ve çocuklarıyla beraber yaşayan kişilerin KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.8). Uçar ve Arslan (2017)'in yetişkin bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyini belirlediği çalışmada aile tipinin bilgi düzeylerini etkilemediği görülmüştür. Aile ortamında yaşayan bireyler birbiriyle sürekli iletişim halinde oldukları için devamlı bir etkileşim halindedirler ve bir bilgi alışverişi olur. Bu yüzden eş ve çocuklarıyla beraber yaşayan hastaların bilgi düzeylerinin yüksek bulunmuş olabileceği belirtilebilir.

Çalışmada zayıf kiloda olanların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9). Farklı şekilde Uçar ve Arslan (2017)'in yetişkin bireylerin KVH risk faktörleri bilgi düzeyini belirlediği çalışmada obez hastaların bilgi düzeyinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Normal kilodaki insanların beslenme ve egzersiz bilgisinin yüksek olması yaşamlarında bu faktörlere önem verdiğini ve sağlık yaşam alışkanlıklarına dikkat ederek risk faktörlerini elimine etmek istediklerini gösterebilir.

Çalışmada ailede kalp hastalığı öyküsü olma durumuna göre hastaların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.9). Farklı bir çalışma örneği olarak Tan ve diğerleri (2013)'nin bir çalışmasında ailesinde kalp hastalığı öyküsü bulunan kadınların KVH risk faktörleri bilgi düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmada hastalık süresi 1 yıldan az olanların KAH Eğitim Anketi-2 toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanların yüksek olduğu görülmüştür. (Tablo 4.9). Benzer şekilde Deniz Akan ve diğerleri (2020)'nin hipertansiyon tanısı alan hastaların bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumlarının değerlendirildiği çalışmada tanı süresi 6 ay-1 yıl

olan hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireyin tanı aldığı ilk dönemlerde hastalık hakkındaki bilgi düzeyi düşüktür. Ancak hastalığın belirsizliğinin daha fazla hissedildiği dönemlerde daha çok araştırdıkları için bilgileri daha çok ve daha yeni olabilir. Bu yüzden yeni tanı konmuş bireylerde bilgi düzeyinin daha yüksek olacağı beklenebilir.

Çalışmada kronik hastalığı olmayanların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Benzer şekilde Deniz Akan ve diğerleri (2020)'nin hipertansiyon tanısı alan hastaların bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumlarının değerlendirildiği çalışmada başka ek hastalığı olmayan hastaların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bilgi düzeyinin kronik hastalığı olmayanlarda daha yüksek bulunması hastaların başka bir hastalığı olmadığından sadece mevcut koroner arter hastalığını okuyup araştırdıklarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada alkol kullanımına göre hastaların KAH Eğitim Anketi-2 toplamından ve alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Sigara kullanımına göre sigarayı bırakan hastaların bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. (Tablo 4.9). Çalışmadan farklı olarak Yang ve diğerleri (2021)'nin Çinli koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada sigara içmeyenlerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kırağ ve Çalışkan (2020)'in aile sağlığı merkezine başvuran hastaların kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve depresyon düzeyiyle ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada sigara ve alkol kullanımının bilgi düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Sigara kullanan hastalar hastalığın ilerlemesine ve prognozunun kötüleşmesine neden olabileceğini düşündüklerinden başka şekillerde hastalık yönetimini gerçekleştirmek adına hastalığı öğrendiklerinden veya hastalığı daha iyi bildikleri halde bağımlı oldukları için bırakamadıklarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada KVC işlem geçirmemiş hastaların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.10). Farklı olarak Ghisi ve diğerleri (2015)'nin koroner arter hastalarıyla yaptığı çalışmada perkütan koroner girişim öyküsü olan hastalar böyle bir öyküsü olmayan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bilgi puanları görülmüştür. Hastaların hastalıkla ilgili deneyimlerinin az olması onları daha çok öğrenmeye teşvik edip bilgi düzeylerinin artmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmada hastalığı nedeniyle daha önce hastanede yatan ve yatmayan gruplar arasında KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.10). Çalışmadan farklı olarak Ghisi ve diğerleri (2013)'nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarında yaptığı çalışmada daha önce MI geçirip hastanede yatmış hastaların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada beslenme, ilaç kullanımı her zaman düzenli olanların ve düzenli egzersiz yapanların KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Benzer bir çalışma örneği olarak Tör (2019)'ün hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusunda bilgi düzeyleri çalışmasında bireylerin düzenli egzersiz aktiviteleri ve yüksek tansiyona dair diyet yapma uygulamaları düşük saptanmıştır. Düzenli aktivite/egzersiz yapanların bilgi düzeyinde istatistiksel farklılık bulunmamıştır. Hipertansiyona yönelik diyet uygulamayan hastaların bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Hastaların ilaç tedavisine olan uyumu arttıkça hipertansiyona yönelik bilgilerinin de arttığı belirlenmiştir. Arıkan (2019)'ın hipertansiyon hastalarının bilgi düzeylerini belirlediği çalışmada ilaçlarını düzenli kullanan grubun daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Sağlıklı yaşama önem veren insanların düzenli egzersiz yapması, sağlıklı ve dengeli beslenmesi ve hastalık durumunda ilaç tedavisine iyi uyum göstermesi beklenir. Daha kaliteli bir yaşantı için daha çok araştırmalar, daha çok okurlar bu şekilde bilgi düzeylerinin daha yüksek olabileceği beklenir.

Çalışmada eğitim alan ve almayan gruplar arasında KAH Eğitim Anketi-2 toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Ayrıca farklı kişilerden eğitim alan gruplar arasında ve yeterli bulma durumu ile KAH Eğitim Anketi-2 alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 4.11). Farklı olarak Ghisi ve diğerleri (2013)'nin Brezilya ve Kanadalı koroner arter hastalarının bilgi düzeyini belirlemek için yaptığı çalışmada kardiyak rehabilitasyona katılmış eğitim almış kişilerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada hastalara verilen eğitim yeterli olmadığı için hastaların bilgilerinde bir fark yaratmadığı sonucuna varılabilir.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği bulguları değerlendirildiğinde bu çalışmada ortalaması en yüksek olan ifadeler “İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?”, “Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?” olurken ortalaması en düşük olan ifadeler ise; “Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?”, “Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?” maddeleri bulunmuştur (Tablo 4.12).

Literatür taraması yapıldığında benzer sonuçlarla karşılaşıldığı gibi farklılıklar olduğuda görülmüştür;

İlk (2010)’in iç hastalıkları kliniğinde yatan kronik hastalığa sahip hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada en çok öğrenmek istedikleri “Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?” sorusu en az öğrenmek istedikleri “Klinikten eve nasıl gideceğim” maddesidir. Gökçen (2018)’in açık kalp cerrahisi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği araştırmada “Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?”, “Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?”, “İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok) karına gibi almalıyım?” soruları en çok bilgi gereksinimi duyulan sorular olarak bulunmuştur.

Araştırmaya dahil olan hastaların öğrenim gereksinimleri toplam ölçek puan ortalaması  $151,58 \pm 36,90$  olarak bulunmuştur (Tablo 4.13).

Çatal (2007)’in HÖGÖ’ne ilişkin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında HÖGÖ’den alınan puanların toplam ortalaması  $190,81 \pm 17,05$ ; Erdoğan (2012)’in açık kalp cerrahisi olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği araştırmada  $222 \pm 26,36$  olarak belirlenmiştir. Demirkıran (2011)’in KABG operasyonu geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada  $183,48 \pm 23,36$ ; Tan, Özdelikara ve Polat. (2013)’in dahiliye kliniklerinde yatan hastalarla yapmış olduğu  $204,26 \pm 23,85$ ; Polat ve diğerleri (2014)’nin bir üniversite hastanesinde yatan hastalarda yaptığı çalışmada  $165,95 \pm 45,44$ ; Çetinkaya ve Aşiret (2017)’in dahiliye ve cerrahi servislerinde yatan hastalarda yapmış olduğu araştırmada  $186,67 \pm 29,22$ , Gökçen (2018)’ açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada  $170,29 \pm 34,58$ , Sivrikaya ve Erdem (2018)’in koroner yoğun bakım ünitesinde yatanlarda yaptığı çalışmada  $193,6 \pm 19,8$ , Demir Doğan ve diğerleri (2019)’nin kronik hastalığı olan bireylerde yaptıkları çalışmada puan ortalamalarının  $193,21 \pm 40,68$  olduğu

belirlendi. Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada  $183.48 \pm 23.36$ ; Göksel (2019)'ın koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği çalışmada toplam ölçek puan ortalaması  $198,46 \pm 34,31$  olarak belirlenmiştir.

Çalışma sonuçlarının farklı olma nedeninin, çalışılan hasta grubunun profili ve kurumların hasta eğitimi yaklaşımlarının farklı oluşundan meydana geldiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların HÖGÖ alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları en yüksek “Tedavi ve Komplikasyonlar” ( $28,60 \pm 7,03$ ) alt boyutunda, en düşük “Duruma İlişkin Duygular” ( $13,26 \pm 4,87$ ) alt boyutunda bulundu. Ölçeğin alt boyutları önemlilik düzeyine bakıldığında, en yüksek önemlilik düzeyi puanının (3,25) ile “İlaçlar” alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Bunu sırasıyla “Tedavi ve Komplikasyonlar” (3,18), “Yaşam Kalitesi” (3,11) “Yaşam Aktiviteleri” (3,02), “Toplum ve İzlem” (2,98), “Cilt Bakımı” (2,74) ve “Duruma İlişkin Duygular” (2,65) alt boyutları izlemiştir. Yapılan çalışmalarda bakılan önemlilik düzeyi, her alt boyutun puan ortalamasının madde sayısına bölünmesiyle ortaya çıkan sonucu ifade etmektedir (Tablo 4.13).

Çatal (2007)'ın HÖGÖ ile ilişkin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutun “İlaçlar” alt boyutu (3,99) en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutun ise “Duruma İlişkin Duygular” (3,46) alt boyutunda olduğu belirlenmiştir. Çetinkaya ve Aşiret (2017)'in dâhili ve cerrahi kliniklerdeki hastalar ile yaptığı çalışmada en yüksek önemlilik düzeyi puanının “İlaçlar” (3,97), en düşük önemlilik düzeyi puanının “Duruma İlişkin Duygular” (3,32) alt boyutundan alındığı görülmüştür. Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakımlarda yatan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmasında en yüksek puan ortalaması “İlaçlar” (4,38), en düşük ise “Duruma İlişkin Duygular” (3,02) alt boyutunda bulunmuştur. Demir Doğan ve diğerleri (2019)'nin kronik hastalığı olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada en yüksek önemlilik düzeyinin “İlaçlar” (4,20), en düşük “Duruma İlişkin Duygular” (3,49) alt boyutunda alındığı belirlenmiştir.

Çalışmadan farklı olarak bazı çalışmalardada;

Erdoğan (2012)'ın açık kalp cerrahisi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlediği araştırmada en yüksek puanlar “Tedavi ve Komplikasyonlar” (4,52), “Yaşam Kalitesi” (4,52); en düşük puanlar “Duruma İlişkin Duygular” (4,25) alt boyutundan alındığı bulunmuştur. Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada en yüksek puanının “Tedavi ve Komplikasyonlar” (4,14) en az puanının “Duruma İlişkin Duygular” (3,71) alt boyutunda olduğu görülmüştür. Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada en çok puanın “Yaşam Aktiviteleri” (4,57) en az puanın “Duruma İlişkin Duygular” (3,31) alt boyutunda olduğu bulunmuştur. Tan, Özdelikara ve Polat (2013)'ın dahiliye kliniklerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmada en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutun “İlaçlar” (4,12) ve “Yaşam Kalitesi” (4,12) alt boyutları olduğu, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun ise “Cilt Bakımı” (3,80) alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Yapılan diğer özgün uluslararası araştırmalar incelendiğinde de sonuçlar benzerlik göstermektedir;

Yu ve diğerleri (2012)'nin kalp yetmezliği olan hastaların eğitim gereksinimlerinin tespiti için yaptıkları çalışmada risk faktörleri, ilaçlar, hastalık hakkında bilgi gereksinim duydukları en önemli eğitim konuları olarak saptanmıştır. Ghisi ve diğerleri (2013) tarafından kardiyak rehabilitasyon hastalarına verilen hasta eğitiminde hastaların eğitim gereksinimlerini değerlendirmek için yapılan çalışmada, en yüksek puan ortalamasına sahip olan maddenin risk faktörleri olduğu bulunmuştur. Ghisi ve diğerleri (2014) tarafından kardiyak rehabilitasyon hastalarının eğitim gereksinimlerini belirlemek için yapılan başka bir çalışmada en yüksek bilgi ihtiyaçlarının hastalığın tanı ve tedavisi, risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Blair, Volpe ve Aggarwal (2014)'ın kardiyovasküler hastalığı olan bireylerin ve bakım vericilerinin eğitim gereksinimlerinin araştırıldığı çalışmada en önemli eğitim gereksinimlerinin diyet ve ilaçlar konusunda olduğu bulunmuştur. Huriani (2019)'nin miyokard enfarktüsü hastalarının öğrenme gereksinimlerini belirlediği çalışmada ilaçlar konusu en öncelikli öğrenme gereksinimi olarak belirlenmiştir Nuraeni ve diğerleri (2018)'nin koroner kalp hastalarının öğrenme

ihtiyaçlarını belirlediği çalışmada kalbin çalışması ve ilaç bilgisi en önemli öğrenme gereksinimi bulunmuştur.

Çalışmada hastaların öğrenim gereksinimlerinin olduğu ve tüm bireylerin gereksinimlerinin birbirlerinden farklılık gösterdiği görülmüştür. Bunun nedeni olarak hastaların hastalığı ile ilgili özelliklerin, geçirilen cerrahi girişimlerin ve tedavi görülen kliniklerin farklılığından kaynaklanabileceği görülmektedir. Taburculuk eğitimleri planlanırken, hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik olabilecek farklılıkların dikkate alınması önemli olmaktadır (Güçlü ve Kurşun 2017).

Çalışmada öğrenim gereksinimlerinin ve sırasıyla ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutlarının yüksek olması hastaların bilgiye gereksinimi olduğunu veya daha çok tıbbi bilgileri önemsedikleri; duruma ilişkin duygular alt boyutundaki öğrenme gereksinimlerinin daha düşük bulunması, bireylerin hastalığın tedavi sürecine uyumunu zorlaştıran bir neden olabileceğini akla getirmektedir. Sağlık çalışanlarından ilaçlar konusunda doğru bilgi almak istedikleri öncelikli olsada hastaların duygulara yönelik ihtiyaçlarını açığa çıkarmaları içinde hemşirelerin güven ortamı sağlamaları gerekmektedir (Soyer vd., 2018). Literatür taramasına göre hastalara taburculuk eğitimi planlanırken, ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt boyutlarına öncelik verilip detaylı ve anlaşılır biçimde hastaya anlatılmasının önemli olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Sağlık hizmeti verirken taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanması konusunda sağlık ekibi üyelerine birden fazla sorumluluk düşmekte ve bunları yerine getirmeleri beklenmektedir. Tüm bireylerin gereksinimleri birbirinden farklılık göstermektedir. Bu yüzden sağlık ekibinin hastaların sosyodemografik özelliklerine yönelik farklılıkları dikkate alarak taburculuk eğitimi planlaması yapmaları önemlidir. (Yalçın vd., 2015; Güçlü ve Kurşun 2017).

Hastaların tanıtıcı özellikleri hasta öğrenim gereksinimlerini etkilemiştir:

Çalışmada yaşı 76 yaş ve üzeri olan hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamalarının en düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.14). Çalışmaya benzer şekilde Erdoğan (2012)'ın açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada istatistiksel

olarak anlamlı fark bulunmasada yaşın artması ile birlikte öğrenim gereksiniminin azaldığı görölmüştür. Boyraz (2014)'ın KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada genç yaş grubunun öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım hastalarıyla yaptığı çalışmada 60 yaş ve altı aralığındaki hastaların “Yaşam Kalitesi” alt boyutundan aldıkları puanların daha fazla olduğunu saptanmıştır. Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada yaş ortalaması düştükçe HÖGÖ puanının arttığı gözlenmiştir. Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmada 60 yaş ve daha küçük yaşta olan hastaların HÖGÖ'nün tüm boyutlarına ilişkin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucuyla hastaların yaşının öğrenme ihtiyaçlarını etkilediği, genç hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için daha çok çaba sarfetmesi, kalp gibi hayati öneme sahip bir organda gelişebilecek hastalıklara karşı özel önem vermesi, toplumsal ve sosyal alanda aktif bir role sahip olmaları ve sağlık durumundaki olumsuz değişiklikleri ve yetersizlik durumunu daha çok hissedebileceklerinden dolayı olduğu belirtilebilir.

Bazı çalışmalardada yaş ile öğrenim gereksinimleri arasında farklılık olmadığı görölmüştür; Çetinkaya ve Aşiret (2017)'in dahili ve cerrahi kliniklerinde yatan hastalarla yaptığı çalışmada ve Gökçen (2018)'in açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada yaşın öğrenim gereksinimleri üzerinde istatikselsel olarak fark yaratmadığı görölmüştür.

Çalışmada kadın hastaların HÖGÖ alt boyutlarından “Yaşam Aktiviteleri”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” puan ortalaması ve toplam ölçek puan ortalaması erkeklerden yüksek ve istatikselsel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 4.14).

Yapılan çalışmalar bu çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir; Gökçen (2018)'in açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada tüm alt boyutlarda kadın hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada kadın hastaların “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutu puan ortalamasının erkek hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçirmiş

hastalarda yaptığı çalışmada kadın hastaların “Toplum İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Cilt Bakımı” ve ölçek toplam puan ortalamasının erkek hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığın bilinmezliği, kadınların kendine ve sağlık konularına daha fazla önem vermesinin bu konuda etkili olduğu düşünülmüştür. Ayrıca kadınların doğası gereği duygusal yapıda olmaları, özenli ve titiz davranışları, bulunduğu duruma hakim olma iç güdüsü ile olabildiğince öğrenmeye ihtiyaç duymalarından kaynaklanabilir. Bu nedenle taburculuk eğitimi planlanırken cinsiyet faktörünün dikkate alınması önerilebilir.

Çalışmadan farklı olarak; Yaman (2008)’in kalp kapağı replasmanı yapılan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastaların cinsiyetleri arasında öğrenim gereksinimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Erdoğan (2012)’in açık kalp cerrahisi geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlediği çalışmada ve Boyraz (2014)’in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışmada medeni durumu farklı olan gruplar arasında HÖGÖ toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 4.14). Benzer şekilde; Erdoğan (2019)’in kalp ve damar cerrahisi geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmada evli ve bekar hastaların puan ortalamalarındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmadan farklı olarak bekar hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek bulunduğu çalışmalara rastlanmıştır. Tan, Özdelikara ve Polat (2013) çalışmasında bekar hastaların “İlaçlar”, “Yaşam Kalitesi”, “Toplum ve İzlem” alt boyutlarının puan ortalaması daha fazla tespit edilmiştir. Boyraz (2014)’in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada bekarların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Polikandrioti ve diğerleri (2015)’nin kalp yetmezliği hastalarında yaptığı çalışmada bekar hastaların tıbbi personel tarafından bilgilendirilme ihtiyacı evli hastalardan yüksek saptanmıştır. Demir Doğan ve diğerleri (2019)’nin çalışmasında bekar hastaların “Duruma İlişkin Duygular”, “Cilt Bakımı” alt boyutlarını daha önemli gördükleri bulunmuştur. Göksel (2019)’in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı

çalışmada bekâr hastaların HÖGÖ toplam puanı ile “İlaçlar” alt boyut puanlarının evli hastalara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Farklı olarak evli hastaların öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek bulunduğu çalışmalara da rastlanmıştır. Çetinkaya ve Aşiret (2017)’in dahiliye ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda yaptığı çalışmada evlilerin öğrenim gereksinimi puanının bekârlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sivrikaya ve Erdem (2018)’in koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yaptığı çalışmada evlilerin puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Gökçen (2018)’in açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada evlilerin tüm alt boyutlarda bekarlara kıyasla öğrenim gereksiniminin daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmada eğitim durumu okuryazar olan hastaların HÖGÖ toplamı ve tüm alt boyutlarda öğrenim gereksinimleri puanının diğer gruplara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.14). Çalışmayla benzer şekilde Erdoğan (2012)’in açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça HÖGÖ madde toplam puan ortalamalarında bir artış olduğu görülmüştür. Tan, Özdelikara ve Polat (2013)’in hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi çalışmasında eğitim seviyesi ilerde olan hastaların “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri”, “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutlarında öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Çetinkaya ve Aşiret (2017)’in dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastalarda yaptığı araştırmada, Sivrikaya ve Erdem (2018)’in koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yaptığı araştırmada lise ve üzeri eğitimi olan bireylerin öğrenim gereksinimleri yüksek olduğu saptanmıştır. Gökçen (2018)’in açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı araştırmada HÖGÖ toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarından “Toplum ve İzlem”, “Yaşam Kalitesi”, “Cilt Bakımı” konularında eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin öğrenim gereksinimlerini daha yüksek belirlenmiştir. Erdoğan (2019)’in kalp ve damar cerrahisi geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi arttıkça HÖGÖ puan ortalamalarının da arttığı görülmüştür. Eğitim seviyesi yüksek hastaların durumlarını daha çok sorguladıkları, araştırma yaparken bilgiye daha kolay ulaştıkları için öğrenme gereksinimlerinin arttığı belirtilebilir.

Çalışmadan farklı olarak eğitim seviyesi düştükçe öğrenim gereksinimlerinin arttığını ifade eden çalışmalarda vardır; Yalçın ve diğerleri (2015)'nin araştırmasında ve Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi düştükçe öğrenim gereksinimlerinin arttığı belirlenmiştir.

Çalışmada çalışanların çalışmayanlara göre HÖGÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.14). Benzer şekilde Erdoğan (2012)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada mesleği işçi olan çalışan bireylerin öğrenim gereksinimleri daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erdoğan (2019)'in kalp damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada çalışanların “Yaşam Aktiviteleri” ve “Yaşam Kalitesi” alt boyutunda puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışan hastaların iyileşmesini hızlandırarak iş yaşamına hemen dönmek istemelerinden dolayı öğrenim gereksinimlerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmadan farklı olarak; Demirkıran (2011)'in koroner arter bypass grefti ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada ev hanımlarının öğrenim gereksiniminin daha fazla olduğu bulunmuştur. Gökçen (2018)'in açık kap ameliyatında yaptığı çalışmada ev hanımlarının tüm alt boyutlarının “İlaçlar” alt boyutu hariç yüksek olduğu belirlenmiştir. Demir Doğan ve diğerleri (2019)'nin kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada çalışmayan hastaların çalışanlara göre “İlaçlar” alt boyutunda puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada mesleklerine göre emekli olan hastaların HÖGÖ toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanların düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.14). Emeklilik ileri yaşta kazanılır ve yaş ilerledikçe öğrenim gereksinimlerinin azaldığı çalışmada bulunmuştur. Çalışmadan farklı olarak Özer (2020)'in yaptığı çalışmada meslek gruplarının öğrenim gereksinimlerini etkilemediği görülmüştür.

Çalışmada sosyal güvencesi olmayan hastaların HÖGÖ alt boyutlarından “Duruma İlişkin Duygular” ve “Cilt Bakımı” konularında öğrenim gereksinimlerinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu ancak ölçek toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Tablo 4.14). Sosyal güvencenin öğrenim gereksinimlere etkisinin belirlendiği çalışmalarda; Göksel (2019)'in

koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların “Toplum ve İzlem” ile “Duruma İlişkin Duygular” alt boyutundaki puan ortalamaları diğer sosyal güvencesi olanlara göre daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Boyraz (2014)’ın KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada sosyal güvencesi olan hastaların alt ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları düşük olmasına karşın, aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark görülmemiştir. İlk (2010)’in iç hastalıkları kliniğinde yatan kronik hastalığa sahip hastalarda yaptığı çalışmasında sosyal güvencenin HÖGÖ üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir. Bu çalışmada sosyal güvencesi olmayan insanların yaşadıkları durumla ilgili endişesi, genel yaşam imkanlarıyla ilgili tutumları ve duygu karmaşıklığı duruma ilişkin duygular alt boyutundaki gereksinimlerinin artmasına yol açmış olabilir.

Çalışmada gelir düzeyi iyi olanların HÖGÖ toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.14). Gelir düzeyi iyi olan bireyler imkanlarının ve beklentilerinin daha çok olmasından dolayı öğrenmeye daha çok açık olabileceklerinden gereksinimlerinde bundan etkilendiği düşünülebilir.

Literatür taraması sonucu gelir düzeyiyle ilgili yapılan diğer çalışmalarda; Erdoğan (2012)’in açık kalp cerrahisi geçiren hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, geliri giderinden az olanların “Yaşam Aktiviteleri”, “Duruma İlişkin Duygular” ve “Cilt Bakımı” alt boyutlarında puan ortalamalarını daha yüksek bulmuştur. Erdoğan (2019)’ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı araştırmada orta gelire sahip bireylerin öğrenim gereksiniminin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada ilde yaşayanların HÖGÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları en büyük iken belde, köyde yaşayanların ortalaması en küçük bulunmuştur (Tablo 4.14). Farklı olarak Demirkıran (2011)’ın KABG olan hastalarda, Erdoğan (2012)’in açık kalp ameliyatı olan hastalarla yapmış olduğu araştırmada, Boyraz (2014)’ın KABG olan hastalarda yaptığı çalışmada ve Erdoğan (2019)’ın kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada yaşanılan yere göre öğrenim gereksinimlerinde farklılık olmadığı belirlenmiştir. Göksel (2019)’ın koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada köy-kasabada yaşayan hastaların HÖGÖ puan ortalamaları yüksek ancak istatistiksel fark bulunmamıştır. İlde yaşayanlar daha ileri ve gelişmiş olanaklara, yaşam şartlarına

sahip olduklarından eğitim ve kültür seviyelerinde ilerde olduğu düşünülür. Bu yüzden öğrenmeye olan gereksinimleri belde köyde yaşayanlara göre daha fazla olduğu belirtilebilir.

Çalışmada eş ve çocukları ile birlikte yaşayan kişilerin HÖGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.14). Yapılan diğer çalışmalarda; Demirkıran (2011)'in KABG geçiren hastalarda yaptığı çalışmada aile yapısının öğrenim gereksinimlerini etkilemediği sonucuna varmıştır. Boyraz (2014)'in KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada eşyle yaşayan ve eşi tarafından bakım verilecek hastaların daha çok öğrenim gereksinimi olduğu bulunmuştur. Erdoğan (2019)'in kalp ve damar cerrahisi geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmasında eş ve çocukları ile yaşayan hastaların HÖGÖ'nün alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu ancak hastaların yaşadığı kişilere göre ortalama puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Hastanın birlikte yaşadığı kişiler ve aldıkları sosyal destek hastanın iyileşmesini olumlu yönde etkileyebilir. Hastayı destekleyen bir gücün varlığı hem motivasyonu artırırken bir yandanda hastalığın tedavisi, bakımı gibi konuların daha kaliteli ve doğru gerçekleşmesini sağlar.

Çalışmada zayıf kiloda olanların HÖGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının düşük olduğu tespit edildi. Zayıf olanların HÖGÖ toplam ve tüm alt boyutlarından “Toplum ve İzlem”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Yaşam Kalitesi” puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15). Benzer şekilde Demirkıran (2011)'in çalışmasında hastaların BKİ değerleri arttıkça öğrenim gereksinimlerinde arttığı görülmüştür. Fazla kilolu olan bireyler daha iyi bir yaşam tarzına ihtiyaç duyabileceklerinden yaşam kalitesi öğrenim gereksiniminin daha yüksek oluşunu açıklayabilmektedir.

Çalışmada ailede kalp hastalığı öyküsü olma durumuna göre hastaların HÖGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 4.15).

Çalışmada hastalık süresi 1 yıldan az olanların HÖGÖ toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanların yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.15). Benzer şekilde İlk (2010)'in kronik hastalığı olan bireylerin öğrenim gereksinimlerini incelediği

araştırmada; hastalık süresi 11 yıl ve üstü olan hastaların “İlaçlar”, “Tedavi ve Komplikasyonlar”, “Toplum ve İzlem” gereksinimleri, hastalık süresi daha az olan hastalara göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastalığın yeni ortaya çıkmasından, nelere yol açacağı bilinmediğinden ve belirsizliğinden dolayı hastaların öğrenme gereksinimlerinin daha fazla olduğu düşünölebilir.

Çalışmada kronik hastalığı olmayanların HÖGÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15). Benzer şekilde; Erdoğan (2019)’ın kalp ve damar cerrahisi geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmada kronik hastalığı olmayanların öğrenim gereksiniminin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yapılan diğerk çalışmalarda Göksel (2019)’in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada kronik hastalığı olmayanların HÖGÖ puanları yüksek olsada istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Sivrikaya ve Erdem (2018)’in koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yaptığı çalışmada ek hastalığı olmayan hastaların “Yaşam Kalitesi” alt boyutuna ait puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Gökçen (2018)’in açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı çalışmada kronik hastalığı bulunanların toplam ölçek ve tüm alt boyutlarda daha fazla öğrenim gereksinimlerinin olduğu bulunmuştur. Çetinkaya ve Aşiret (2017)’in yaptığı araştırmada kronik hastalığı bulunan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha fazla ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Çelebi (2015)’nin KABG ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı araştırmada kronik hastalık bulunan kişilerde “Toplum ve İzlem”, “Duruma İlişkin Duygular” “Tedavi ve Komplikasyonlar” konularında öğrenim gereksiniminin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Erdoğan (2012) çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu fakat istatistiksel anlamlılık bulunmadığını ifade etmiştir. Demirkıran (2011)’in KABG olan hastalarda yaptığı çalışmada ek hastalık bulunma durumu öğrenim gereksinimlerini etkilememiştir. Bu çalışmada kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin hastalık yönetimi ve tedavi sürecine bağı deneyimlerinin bulunmadığı için gereksinimlerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir. Kronik hastalıkla mücadele eden hastaların hastalık yönetimine uyum sağlama, çeşitli yaşam tarzı değışikliklerine hazır olma gibi durumlara diğerk hastalara nazaran daha alışık olduğu belirtilebilir.

Çalışmada alkol kullanımına göre hastaların HÖGÖ toplamından ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Sigara kullanımına göre sigarayı bırakan hastaların öğrenim gereksinimleri daha düşük bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı olmasada sigara kullanmayanların öğrenim gereksinimleri ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.15). Farklı olarak; Demirkıran (2011)'in KABG ameliyatı olan hastalarda ve Demir Doğan ve diğerleri (2019)'nin kronik hastalığı olan bireylerde yapmış olduğu çalışmada sigara kullanımının öğrenim gereksinimlerine etkisi olmadığı bulunmuştur. Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlediği çalışmada sigara kullanan hastaların HÖGÖ puanı yüksek belirlenmiş fakat istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Bu çalışmada sigaranın insan sağlığını kötü yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürmesinden dolayı içmeyen hastaların sağlıklarını koruma ve sürdürme konusunda daha bilinçli oldukları ve bu yüzden öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmada KVC işlem geçirmemiş hastaların HÖGÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.16). Farklı olarak; Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada geçmişte ameliyat olma durumuna göre öğrenim gereksinimlerinde fark bulunmamıştır. Erdoğan (2019)'in kalp ve damar cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada, istatistiksel olarak anlamlı olmasada, ameliyat deneyimi bulunan bireylerin HÖGÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erdoğan (2012)'in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada kapak ameliyatı gerçekleştirilen bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların hastalık sürecine ve tedavi uygulamalarına yönelik bir deneyimlerinin olmamasından dolayı öğrenme gereksinimlerinin fazla olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hastalığı nedeniyle daha önce hastanede yatan ve yatmayan gruplar arasında HÖGÖ toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.16). Benzer şekilde Göksel (2019)'in koroner anjiyografi olan bireylerin öğrenim gereksinimleri incelemek amacıyla yaptığı araştırmada hastaneye yatış deneyiminin bireylerin öğrenim gereksinimlerini etkilemediğini bildirmiştir. Farklı olarak; Sivrikaya ve Erdem (2018)'in araştırmasında hastane deneyimi olmayanların

“Yaşam Aktiviteleri”, “Tedavi ve Komplikasyonlar” konusunda bilgi gereksinimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Tan, Özdelikara ve Polat (2013)’in hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi çalışmasında hastane deneyimi olmayanların “Tedavi ve Komplikasyonlar” alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Erdoğan (2012)’in açık kalp cerrahisi geçiren hastalarda yaptığı çalışmada hastanede yatma deneyimi olmayan bireylerin öğrenim gereksinimlerinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada beslenme, ilaç kullanımı her zaman düzenli olanların ve düzenli egzersiz yapanların HÖGÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.16). Farklı olarak; Göksel (2019)’in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada egzersiz yapma durumunun öğrenim gereksinimlerini etkilemediği saptanmıştır. Kalp hastalarının öğrenim gereksinimlerinin belirlendiği çalışmalarda ilaç, beslenme ve egzersiz düzeni ile ilgili yeterli çalışma bulunamamıştır. Sağlıklı yaşama önem veren insanların düzenli egzersiz yapması, sağlıklı ve dengeli beslenmesi ve hastalık durumunda ilaç tedavisine iyi uyum göstermesi beklenir. Daha kaliteli bir yaşantı için daha çok araştırırlar, daha çok okurlar bu şekilde hem bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu hemde öğrenmeye olan isteklerinden dolayı daha fazla öğrenme ihtiyaçları olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada eğitim alan ve almayan gruplar arasında HÖGÖ toplam ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Ayrıca farklı kişilerden eğitim alan gruplar arasında ve yeterli bulma durumu ile HÖGÖ alt boyut ve toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yalnızca bilgilendirmeyi yetersiz bulanların HÖGÖ alt boyutundan “Toplum ve İzlem” gereksinimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.17). Elde edilen veriler bilgi alan hastaların da hala öğrenim gereksinimi ortalamalarının yüksek olduğunu gösterdi. Bu da hasta eğitimlerinin istenilen düzeyde etkili gerçekleşmediğini düşündürdü. Sonuç olarak hasta eğitimlerine daha çok önem verilmesi gerektiği ve etkin şekilde planlama yapılması gerektiği belirtilebilir.

Yapılan diğer çalışmalarda; Göksel (2019)’in koroner anjiyografi olan hastalarda yaptığı çalışmada eğitim almamış hastaların, eğitim alan hastalara göre HÖGÖ puanları yüksek

olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Erdoğan (2019)'ın kalp ve damar cerrahisi geçirmiş hastalarda yaptığı çalışmasında taburculuk ile ilişkili bilgi alan hastaların “İlaçlar” dışında HÖGÖ tüm boyutları ile ilişkili puan ortalamalarının anlamlı fark olmasada daha düşük olduğu görülmüştür. Sivrikaya ve Erdem (2018)'in koroner yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yaptıkları araştırmada taburculuk eğitimi alanlarda “Duruma İlişkin Duygular”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutlarında öğrenim gereksinimleri daha fazla belirlenmiştir. Tan, Özdelikara ve Polat (2013)'ın hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi çalışmasında taburculuk eğitimi alanların “Cilt Bakımı” alt boyutundan aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur. Erdoğan (2012)'ın açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaptığı araştırmada taburculuk eğitimi almış olan bireylerin öğretim gereksinimlerinin daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Demirkıran (2011)'ın KABG olan hastalarda yaptığı çalışmada taburculuk eğitimi almayan hastaların öğrenim gereksinimi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sadece hekim ya da sadece hemşireden eğitimi alan hastaların “İlaçlar”, “Yaşam Aktiviteleri” ve “Cilt Bakımı” puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Çalışmada Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinin tüm boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Hastaların Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeğinden aldıkları puan toplamları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.18). Hastaların bilgi düzeyi yükseldikçe öğrenim gereksinimlerinde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.19). Bu durum hastaların bilgi düzeyi arttıkça öğrenmeye daha çok istek duymaları, bilgiyi araştırdıkları veya öğrenecekleri daha çok şey olabileceğini düşündüklerinden kaynaklanabilir. Literatürde hastaların eğitim seviyesinin yüksek olması, eğitim almış olması gibi faktörlerin öğrenim gereksinimlerini arttırdığını destekleyen çalışmalar vardır ve örnekleri verilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların eğitim düzeyi düşük olan bireylere göre farkındalıklarının ve beklentilerinin daha fazla olmasına bağlı olabileceği söylenebilir. Bu durumu açıklar niteliktedir (Çetinkaya ve Aşiret, 2017; Sivrikaya ve Erdem, 2018; Santos vd., 2019; Yang vd., 2021).

## ALTINCI BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Koroner arter hastalarının bilgi düzeyi, öğrenim ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırma sonucunda;

- Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunluğunun 66-75 yaş aralığında, erkek, evli ve ilkokul mezunu, yarıdan fazlasının çalışmayıp emekli olduğu, çalışan grubun çoğunluğunun işçi olduğu görülmüştür.
- Hastaların gelir düzeyini orta ifade ettiği, genelinde, eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı görülmüştür.
- Hastaların çoğunluğunun fazla kilolu olduğu, ailesinde kalp hastalığı öyküsü bulunduğu, daha önce hastaneye yatmış olduğu ve KVC işlem geçirmiş olanların daha çok koroner anjiyografi-stent işlemi olduğu görülmüştür.
- Hastaların yarıdan fazlasının koroner arter hastalığı ile ilgili eğitim almadığı, eğitim alanların eğitimi kısmen yeterli bulunduğu görülmüştür.
- Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 anketine göre hastaların en yüksek ortalamaya sahip oldukları alt boyut “Tıbbi Durum”, sonrasında sırasıyla “Egzersiz”, “Beslenme”, “Risk Faktörleri” ve “Psikososyal Risk” görülmüştür.
- Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2’den alınan toplam puana göre hastaların bilgi düzeyi sınıflamasının “Yetersiz” olduğu görülmüştür.
- Bilgi düzeyi ortalaması yüksek olan hastaların öğrenim gereksinimlerinde yüksek olduğu görülmüştür.
- Hastaların HÖGÖ alt boyutlarından aldıkları önemlilik düzeylerine bakıldığında, en yüksek önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun “İlaçlar”, en düşük önemlilik düzeyine sahip alt boyutunun ise “Duruma İlişkin Duygular” olduğu görülmüştür.
- Yaşı 45 yaş ve altı, eğitimi lisans ve lisansüstü, çalışan, gelir düzeyi iyi, ilde eş ve çocuklarıyla yaşayan, hastalık süresi 1 yıldan az, kronik hastalığı bulunmayan, beslenmesi, ilaç kullanımını her zaman düzenli olan ve düzenli egzersiz yapan, KVC işlem

geçirmeyen hastaların KAH Eğitim Anketi-2 ve HÖGÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Erkek hastaların KAH Eğitim Anketi-2 puan ortalamalarının kadın hastalardan yüksek olduğu ve “Egzersiz” boyutunda puan ortalamaları kadınlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.

- Kadın hastaların HÖGÖ toplam ve “Yaşam Aktiviteleri”, “Duruma İlişkin Duygular”, “Yaşam Kalitesi” ve “Cilt Bakımı” alt boyutunda puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu görülmüştür.

- Sosyal güvencesi olmayan hastaların HÖGÖ alt boyutlarından “Duruma İlişkin Duygular” ve “Cilt Bakımı” konularında öğrenim gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmüştür.

- Zayıf olan hastaların, sigarayı bırakanların ve emekli olan hastaların bilgi düzeyi ortalamasının ve öğrenim gereksinimlerinin düşük olduğu görülmüştür.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda öneriler sunulmuştur:

- Hemşirelerin koroner arter hastalarının öncelikli buldukları öğrenim gereksinimlerini belirleyerek bireysel taburculuk eğitimi planlamaları ve bu uygulamaları kişisel/sosyodemografik özellikleri ve gereksinimleri göz önünde bulundurarak sürekli hale getirmeleri,

- Psikososyal risk, risk faktörleri ve beslenme ile ilgili konularda hasta eğitimlerinin yaygınlaştırılması,

- İlaçlar, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ile ilgili konularda taburculuk eğitiminin planlanması,

- Hemşirelerin eğitici rollerinin pekiştirilerek hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,

- Koroner arter hastalarının hastalık ile ilgili bilgilerini ve öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışmaların daha geniş bir örneklem grubunda yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu. Turk Kardiyoloji Derneği Arşivi. 2014; 42(4): 73-134 DOI: [10.1093/eurheartj/eh296](https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh296)
- Abacı, A. (2009). Kronik Koroner Arter Hastalığı. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya
- Abacı, A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 39(4), 1-5.
- Acar, R. D., Aktoz, M., Atamaner, O., Aytakin, S., Bozçalı Polat, E., Çelik, H.G., Gülmez, Ö. (2018). Kadınlarda kalp damar hastalıklarına yaklaşım. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 46(Supp.1):1-44 doi: 10.5543/tkda.2018.37913
- Akbaba, A. (2018). *Yaşlı bireylerin akut koroner sendrom semptomlarına ilişkin bilgi ve tutumları*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akbulut, E. (2018). *Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2: Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Ankara.
- Akbulut, E., Tülüce, D., Kahraman, B. B. (2016). Kardiyak rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), 140-146.
- Akdeniz, M. ve Kavukçu, E. (2017). Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2).
- Alan, B., Hattapoglu, S., Dusak, A., Aktan, A. (2015). Karotis intima-media kalınlığının koroner arter hastalık siddetini belirleyen Gensini skoru ile ilişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(4), 501.
- Al-Nozha, M.M., Ismail, H.M., Al Nozha, O.M. (2016). Coronary artery disease and diabetes mellitus. *J Taibah Univ Med Sc*, 11(4):330-338.

- Alcan, A.O., Korkmaz, F.D., Çakmakçı, H. (2017). Koroner arter baypas greft cerrahisi sonrası sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(1), 45-51.
- Annaç, S. (2018). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Arıkan, A. (2019). *Hipertansiyon hastalarının hastalıkları hakkında bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörler*. Tıpta Uzmanlık. Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Aronson, D. ve Edelman, E.R. (2014). Coronary artery disease and diabetes mellitus. *Cardiology clinics*, 32(3), 439–455.
- Arslan, H., Arkar, H., Danaoğlu, Z. (2011). Miyokard infarktüsü geçiren kişilerde mizaç ve karakter boyutları ve öfke, anksiyete ve depresyon düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 14(3), 143-149.
- Aryan, L., Younessi, D., Zargari, M., Banerjee, S., Agopian, J., Rahman, S., Borna, R., Ruffenach, G., Umar, S., Eghbali, M. (2020). The Role of Estrogen Receptors in Cardiovascular Disease. *International journal of molecular sciences*, 21(12), 4314.
- Aslan, H., ve Aslan, M. (2017). Uzun Süreli İşsizlik ve Etkileri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(4), 103-132.
- Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Görev Grubu. (2013). Q 2013 ESC Kararlı Koroner Arter Hastalığı Yönetimi Kılavuzu.
- Aygül, S. ve Ulupınar, S. (2012). Hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik hastaların görüşleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 1-9.
- Baran, M. (2018). *Lomber disk hernisi ameliyatı olan hastalarda öğrenim gereksinimlerinin saptanması*. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.

- Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: hemşirelik süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.
- Batista Santos, V., Lima Silva, L., Guizilini, S., Begot Valente, I., Bublitz Barbosa, C., Batistalto Carneiro, T.A., Lopes Moreira, R.S. (2020). Adherence to antiplatelet and statin therapy by patients with acute coronary syndrome following discharge. Adherencia a la terapia antiplaquetaria y a las estatinas por pacientes con síndrome coronario agudo tras el alta. *Enfermeria clinica (English Edition)*, S1130-8621(20)30237-0. Advance online publication.
- Bayat, M. (2005). Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (Ek sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 66-72.
- Bayrak, B. (2020). *Koroner kalp hastalarına verilen eğitimin öz bakıma etkisi*. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı. İstanbul.
- Blair, J., Volpe, M., Aggarwal, B. (2014). Challenges, needs, and experiences of recently hospitalized cardiac patients and their informal caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 29(1), 29-37.
- Boyraz A. (2014). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri*. Yüksek Lisans Bitirme Projesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.
- Bruning, R.S., Sturek, M. (2015). Benefits of exercise training on coronary blood flow in coronary artery disease patients. *Progress in cardiovascular diseases*, 57(5), 443–453.
- Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbin, A., Nagle, L., Pringle, D., Ross, E., Shamian, J. (1990). The Patient Learning Needs Scale: reliability and validity. *Journal of advanced nursing*, 15(10), 1181–1187.
- Buğan, B. ve Çelik, T. (2014). Koroner arter hastalığı risk faktörleri. *J Clin Anal Med*, 5(2):159-63.
- Can Demir, N. (2019). *Acil servis ünitesine başvuran akut koroner sendrom tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi*. Yüksek Lisans

Tezi. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir.

- Ceylan, Y., Kaya, Y., Tuncer, M. (2011). Akut koroner sendrom kliniği ile başvuran hastalarda koroner arter hastalığı risk faktörleri. *Van Tıp Dergisi*18(3):147-154.
- Chacko, M., Sarma, P.S., Harikrishnan, S., Zachariah, G., Jeemon, P. (2020). Family history of cardiovascular disease and risk of premature coronary heart disease: A matched case-control study. *Wellcome open research*, 5, 70.
- Chen, Z., Geng, J., Wang, M., Hu, L., de Melo Ghisi, G.L., Yu, H. (2018). The Chinese version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire-II (CADEQ-II): translation and validation. *Patient preference and adherence*, 12, 1587–1596.
- Clark, A.P., McDougall, G., Riegel, B., Joiner-Rogers, G., Innerarity, S., Meraviglia, M., Delville C. and Davila, A. (2015). Health status and self-care outcomes following an education- support intervention for people with chronic heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 30 (1), 3-13.
- Cleven, L., Krell-Roesch, J., Nigg, C.R., Woll, A. (2020). The association between physical activity with incident obesity, coronary heart disease, diabetes and hypertension in adults: a systematic review of longitudinal studies published after 2012. *BMC public health*, 20(1), 726.
- Csige, I., Ujvárosy, D., Szabó, Z., Lőrincz, I., Paragh, G., Harangi, M., Somodi, S. (2018). The Impact of Obesity on the Cardiovascular System. *Journal of diabetes research*, 2018, 3407306. <https://doi.org/10.1155/2018/3407306>
- Çamcı, G. (2018). *Kronik kalp yetersizliğinde palyatif bakım eğitiminin semptom yönetimi, yeniden yatışlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Çatal, E. (2007). *Hasta öğrenim gereksinimleri ölçeği'nin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, İzmir.

- Çatal, E., Dicle, A. (2008). Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1 (1), 19-32
- Çelebi, C. (2015). *Günübirlik cerrahi hastalarının taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Çelik, S. ve Usta Yeşilbakan, Ö. (2020). *Dahili ve Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 3.Basım. Nobel Akademik Yayıncılık
- Çetinkaya, F., ve Aşiret, G.D. (2017). Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 93-99.
- Çiftçi, B. (2018). *Kronik kalp yetmezliğine yönelik klinik rutine konulan hasta eğitiminin değerlendirilmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum.
- Dağ H, Dönmez S, Güleç D, Öztürk R, Eminov A, Saruhan A. (2014). Jinekolojik operasyon geçiren kadınların taburculuk öncesi öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30(1): 49-59.
- Dağıstan, A. ve Gözüm, S. (2016). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6), 575-582.
- Davignon, J., Ganz, P. (2004). Role of endothelial dysfunction in atherosclerosis. *Circulation*,109(23Suppl1), 27–32.
- Dayapoğlu, N., ve Yıldız, E. (2017). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların İlaça Uyum, Diyete Uyum ve Bireysel İzlem Hakkındaki İnançlarının İncelenmesi. *MN Kardiyoloji*, 24(2), 78-83.
- Demir Doğan, M., Çadırılı Ş., Paçaçı M., Arslan Y. (2019). Kronik hastalığı olan bireylerin bakıma ilişkin değerlendirmeleri ve öğrenim gereksinimleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, DOI:10.5222/SHYD.2019.39200.

- Demircan, S. (2013). Ateroskleroz: Primer ve Sekonder Korunma. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29 (3s), 141-146. DOI: 10.5835/jecm.omu.29.s3.008
- Demirkıran, G. (2011). *Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Malatya.
- Deniz Akan D, Dedeli aydam Ö, ınar Pakyüz S. (2020). Hipertansiyon tanısı alan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumun değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2):241-249. DOI: 10.17049/ataunihem.527473
- Dincer, G., Dincer, Z.S., Alsancak, A.D., Alsancak, Y., Gümüş, E., Tekin, O. (2016). Statin tedavisinde hasta uyumu: Medya ne kadar etkili?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20(1), 23-28.
- Doğan, A. ve Kabayel, M. (2017). Sosyal Güvenlik ve Sosyal Güvenlik Harcamaları Üzerine Değerlendirmeler. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(2),217-240. Doi:10.18026/cbayarsos.324036
- Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nilsson, P.M., Nyberg, P., Kjellgren, K.I. (2012). Consultation training of nurses for cardiovascular prevention a randomized study of 2 years duration. *Blood pressure*, 21(5), 293–299.
- Duğan, Ö. ve Bektaş, H. (2020). Koroner Arter Hastalarında Kalp Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama alışması. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 11(25), 71-81.
- Duman Kırmacı, N. (2020). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin inhaler ilaç kullanımına yönelik öğrenim gereksinimleri ve bakım bağımlılığı düzeyinin belirlenmesi*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun.

- Dupre, M.E., George, L.K., Liu, G., Peterson, E.D. (2012). The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Archives of internal medicine*, 172(22), 1731–1737.
- Dural, G. ve Sarıtaş, S.Ç. (2017). Akut Koroner Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 131-141.
- Dursun, H. Ve Yılmaz, E. (2015). Batın cerrahisi yapılan hastaların öğrenim gereksinimleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2 (3), 65-70.
- Durusoy, E., Yıldırım, T., Altun, A. (2010). Koroner arter hastalığı poliklinik takibi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 13-18.
- Dülek H., Vural Z., Gönenç I. (2018) Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *Jour Turk Fam Phy*. 09 (2): 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253
- Dülek, H., Vural, Z., Gönenç, İ. (2019). Kardiyovasküler hastalıklara etki eden faktörlerin değerlendirilmesi ve kardiyovasküler risk skorlamalarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(3), 449-459. DOI: 10.5798/dicletip.620443
- Eckman, M.H., Wise, R., Leonard, A.C., Dixon, E., Burrows, C., Khan, F. and Warm, E. (2012). Impact of health literacy on outcomes and effectiveness of an educational intervention in patients with chronic diseases. *Patient Education and Counseling*, 87(2), 143-151
- Enç, N., Öz Alkan, H. (2012). Nursing Care of Patients Chronic Heart Failure in The Hospital. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4), 85-100.
- Enç, N. ve Uysal, H. (2014). Akut Koroner Sendromlar. Enç, N. içinde *İç Hastalıkları Hemşireliği*. (s.95-118). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Eray, A., Set, T., Ateş, E. (2018). Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye aile hekimliği dergisi*, 22(1), 12-19.

- Erdoğan M. (2012). *Açık kalp ameliyatı olan hastaların bilgilendirme gereksinimlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Erdoğan S. (2019). *Kalp ve damar cerrahisi geçiren hastaların taburculuk öğrenim gereksinimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas.
- Eshah, N.F., Bond, A.E. and Froelicher, E.S. (2010). The effects of cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 9(4), 244-253.
- Fioranelli, M., Bottaccioli, A.G., Bottaccioli, F., Bianchi, M., Rovesti, M., Rocchia, M.G. (2018). Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology-Based. *Frontiers in immunology*, 9, 2031. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02031>
- Ghisi, G. L., Durieux, A., Manfroi, W. C., Herdy, A. H., Carvalho, T. D., Andrade, A., Benetti, M. (2010). Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94(6), 813-822.
- Ghisi, G. L., Oh, P., Thomas, S., Benetti, M. (2013). Development and validation of an English version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q). *European journal of preventive cardiology*, 20(2), 291–300.
- Ghisi, G. L., Grace, S. L., Thomas, S., Evans, M. F., Oh, P. (2013). Development and psychometric validation of a scale to assess information needs in cardiac rehabilitation: the INCR Tool. *Patient education and counseling*, 91(3), 337–343.

- Ghisi, G.L., Oh, P., Thomas, S., Benetti, M. (2013). Assessment of patient knowledge of cardiac rehabilitation: Brazil vs Canada. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 101(3), 255–262.
- Ghisi, G.L., Grace, S.L., Thomas, S., Evans, M.F., Sawula, H., Oh, P. (2014). Healthcare providers' awareness of the information needs of their cardiac rehabilitation patients throughout the program continuum. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 143-50.
- Ghisi, G. L., Grace, S.L., Thomas, S., Evans, M.F., Oh, P. (2015). Development and psychometric validation of the second version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II). *Patient education and counseling*, 98(3), 378–383.
- Ghisi, G.L., Sandison, N., Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-QSV. *Patient education and counseling*, 99(3), 443-447
- Ghisi, G.L., Chaves, G., Loures, J.B., Bonfim, G.M., Britto, R. (2018). Validation of the Brazilian-Portuguese Version of a Short Questionnaire to Assess Knowledge in Cardiovascular Disease Patients (CADE-Q SV). *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 111(6), 841–849.
- Ghisi, G.L., Oh, P. (2021). Validation of the French-Canadian Version of a Short Questionnaire to Assess Knowledge in Cardiac Patients (CADE-Q SV). *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, 844562120986001. Advance online publication.
- Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, WHO, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1) (Erişim tarihi 18 Nisan 2020)
- Gögen, S. (2011). Avrupa Birliği ve Türkiye'nin kalp sağlığı politikaları. *Türk Kardiyoloji Dernegi arşivi*, 39(3), 248-253.

- Gökçen, M. (2018). *Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Göksel, T.Ö. (2019). *Koroner anjiyografi olan hastaların öğrenim gereksinimleri*. Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Güçlü, A., Kurşun, Ş. (2017). Genel cerrahi hastalarının taburculuk eğitim gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20:2:107-113.
- Günel, O. (2013). Kardiyovasküler risk faktörleri. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 29 (3s), 107-116. DOI: 10.5835/jecm.omu.29.s3.003
- Güngüneş, A., Çelik, K., Şahin, M., Özbek, M., Çakal, E., Çakır, E., Delibaşı, T. (2016). Kardiyovasküler risk faktörü olarak fibrinojen, yüksek duyarlılıklı C-reaktif protein ve lipid parametrelerinin subklinik hipotiroidili hastalardaki düzeyi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 7(3), 65-71.
- Günel, T., Celik, H.G., Küçükkaya, R., Alkaç, İ.M., Aydınli, K. (2020). İnsan hastalıklarında endotel fonksiyon ve disfonksiyonunun moleküler mekanizmaları. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 12(3), 201-216.
- Gür G. ve Sunal, N. (2017). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.
- Hajar, R. (2017). Risk Factors for Coronary Artery Disease: Historical Perspectives. *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 18(3), 109–114.
- Harbalıoğlu, H., Koca, H., Baykan, A.O. (2018). Oral kontraseptif kullanan hastada miyokard enfarktüsü gelişimi ve trombofili tanısı. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(1), 73-76.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19 Nisan 2011) Yayınlandığı Resmi Gazete tarih ve no: 19.04.2011: 27910.

- Herbig, B., Dragano, N., Angerer, P. (2013). Health in the long-term unemployed. *Deutsches Arzteblatt international*, 110(23-24), 413–419.
- Huriani E. (2019). Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *International journal of nursing sciences*, 6(3), 294–299.
- Hu, B., Li, W., Wang, X., Liu, L., Teo, K., Yusuf, S. INTER-HEART Investigators (2012). Marital status, education, and risk of acute myocardial infarction in Mainland China: the INTER-HEART study. *Journal of epidemiology*, 22(2), 123–129.
- Işıklar, C. ve Özçakar, N. (2011). Oral Kontraseptif Kullanımında Uzun Dönem Sağlık Sorunları. *The Journal of Turkish Family Physician* 2011;2(2):16-22
- İlk A. (2010) *İç hastalıkları kliniğinde yatan kronik hastalığa sahip hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- İnançgil, D. ve Şendir, M. (2014). Koroner arter hastalarının sağlık davranışlarının geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 96-101
- Kale, A. (2011). *Koroner Arter Bypass Greft geçiren hastaların ameliyat sonrası bilgi gereksinimlerinin ve aile destek düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kalyoncuoğlu, M., Öztürk, S., Durmuş, G., Keskin, B., Can, M.M. (2017). Güncel Tedavi Kılavuzları Işığında Kronik İskemik Kalp Hastalığı Tedavisine Yaklaşım. *Med Bull Haseki*; 55:85-100.
- Kaplan, Ş. (2014). Kardiyak Rehabilitasyon. *Spor Hekimliği Dergisi*, 49(2), 053-061.
- Karadakovan, A. (Editor), Eti Aslan, F. (Editor), (2019). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi

- Kasapoğlu, E.S. ve Enç N. (2017). Koroner arter hastaları için bir rehber. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8:1–7.
- Kavradım, S.T. ve zer, Z. (2018). Koroner Kalp Hastalıklarının Yönetiminde Uyum ve z Yeterlik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 334-345.
- Kayıkçioğlu, M. (2020). 2019 Avrupa Kardiyoloji Derneği Dislipidemi Kılavuzu'nda ikincil korunma hastasına yaklaşım. *Updates Cardiol*;3(1):7-9 doi: 10.5543/ucard.2019.98608
- Kaynar Şimşek, A. ve Ecevit Alpar, Ş. (2020). Determination of Risk Factors In Patients With Acute Coronary Syndrome. *Turk J Cardiovasc Nurs*;11(25):82–89.
- Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C., Gyberg, V., Amouyel, P., Bruthans, J., Castro Conde, A., Cífková, R., Deckers, J.W., De Sutter, J., Dilic, M., Dolzhenko, M., Erglis, A., Fras, Z., Gaita, D., Gotcheva, N., Goudevenos, J., ... EUROASPIRE Investigators (2016). EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European journal of preventive cardiology*, 23(6), 636–648.
- Keser, N, Pazarbaşı, A, zpak, L. (2014). Metilentetrahidrofolat Redüktaz Aktivitesi ve Folat Metabolizması. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 23 (2), 237-256. DOI: 10.17827/aktd.52722
- Khera, A.V., Emdin, C.A., Drake, I., Natarajan, P., Bick, A.G., Cook, N.R., Chasman, D.I., Baber, U., Mehran, R., Rader, D.J., Fuster, V., Boerwinkle, E., Melander, O., Orho-Melander, M., Ridker, P.M., Kathiresan, S. (2016). Genetic Risk, Adherence to a Healthy Lifestyle, and Coronary Disease. *The New England journal of medicine*, 375(24), 2349–2358.
- Kırağ, N. ve alışkan, G. (2020). Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Yapan Hastaların Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi ve Depresyon Düzeyi İle İlişkili Faktörler. *Medical Sciences*,1(1), 1-11 .

- Kim, J. H., Lim, S., Park, K. S., Jang, H. C., Choi, S. H. (2017). Total and differential WBC counts are related with coronary artery atherosclerosis and increase the risk for cardiovascular disease in Koreans. *PloS one*, 12(7), e0180332.
- Koplay, M. ve Erol, C. (2013). Koroner Arter Hastalığı, *Türk Radyoloji Seminerleri*. 1:57-69.
- Koroner Arter Hastalık Tedavisi Rehberi 2000-2009 <https://my.clevelandclinic.org/heart>
- Kurçer, M. A., Özbay, A. (2011). Koroner arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 11(2).
- Kucharska-Newton, A.M., Harald, K., Rosamond, W.D., Rose, K.M., Rea, T.D., Salomaa, V. (2011). Socioeconomic indicators and the risk of acute coronary heart disease events: comparison of population-based data from the United States and Finland. *Annals of epidemiology*, 21(8), 572–579.
- Kurt, Y., Özkan, Ç.G., Demirbağ, B.C. (2016). Bir Olgu: Akut Miyokard İnfartüsünde Nanda Tanıları ve NIC Girişimleri İle Hemşirelik Bakımı. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 138-146.
- Kültürsay, H. (2011). Kardiyovasküler hastalık riski hesaplama yöntemleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 39, 6-13.
- Lechner, K., von Schacky, C., McKenzie, A. L., Worm, N., Nixdorff, U., Lechner, B., Kränkel, N., Halle, M., Krauss, R.M., Scherr, J. (2020). Lifestyle factors and high-risk atherosclerosis: Pathways and mechanisms beyond traditional risk factors. *European journal of preventive cardiology*, 27(4), 394–406.
- Lubrano, V. ve Balzan, S. (2015). Consolidated and emerging inflammatory markers in coronary artery disease. *World journal of experimental medicine*, 5(1), 21–32.
- Maas, A.H. ve Appelman, Y.E. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands heart journal: monthly journal of the Netherlands Society of Cardiology and the Netherlands Heart Foundation*, 18(12), 598–602.

- Matsuzawa, Y. ve Lerman, A. (2014). Endothelial dysfunction and coronary artery disease: assessment, prognosis, and treatment. *Coronary artery disease*, 25(8), 713–724.
- Marofi, Z., Bandari, R., Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N., Montazeri, A. (2020). Cultural adoption, and validation of the Persian version of the coronary artery disease education questionnaire (CADE-Q): a second-order confirmatory factor analysis. *BMC cardiovascular disorders*, 20(1), 345.
- Moledina, A., Tang, K.L. (2021). Socioeconomic Status, Mortality, and Access to Cardiac Services After Acute Myocardial Infarction in Canada: A Systematic Review and Meta-analysis. *CJC open*, 3(7), 950–964.
- Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, Budaj A et al. Q (2014). 2013 ESC kararlı koroner arter hastalığı yönetimi kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*, Suppl.4.
- Müller-Nordhorn, J., Willich, S.N. (2016). Coronary Heart Disease. In *International Encyclopedia of Public Health* (pp. 159–167). Elsevier Inc.
- Münzel, T., Sørensen, M., Gori, T., Schmidt, F. P., Rao, X., Brook, F.R., Chen, L.C., Brook, R.D., Rajagopalan, S. (2017). Environmental stressors and cardio-metabolic disease: part II-mechanistic insights. *European heart journal*, 38(8), 557–564.
- Min, D., Park, J.S., Choi, E.Y., Ahn, J.A. (2020). Comparison of learning needs priorities between healthcare providers and patients with heart failure. *PloS one*, 15(9), e0239656.
- Nuraeni, A., Mirwanti, R., Anna, A. (2018). Coronary Heart Disease Patients Learning Needs. *Belitung Nursing Journal*, 4(3), 287-294.
- Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna N, Kaya A, et al. TEKHARF (2017). *Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. (electronic resource). Edited by Altan ONAT. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. p. 180. <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>

- Ong, S.F., Foong, P.P., Seah, J.S., Elangovan, L., ve Wang, W. (2018). Learning Needs of Hospitalized Patients With Heart Failure in Singapore: A Descriptive Correlational Study. *The journal of nursing research : JNR*, 26(4), 250–259.
- Öksüz, E. (2018). *Kalp krizi geçiren hastalarda risk faktörleri bilgi düzeylerinin ve hastalık algısının değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ören, B. ve Zengin, N. (2020). Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları. Yürügen, B., Nural N. (Ed.). *Hastalıklar Bilgisi* (s.117-142). Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Öz Alkan, H. (2016). Hasta eğitimi ve davranış değişikliği gelişimi. *Türk Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 7 (Ek: 2), 41-47.
- Özer, D.G. (2020). *Kolorektal cerrahi geçiren hastalarda taburculuk sonrası hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Öztürk Çopur, E., Kuru, N. ve Canbolat Seyman, Ç. (2015). Hemşirelikte Kanıta Dayalı Uygulamalara Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2 (1), 51-55.
- Öztürk, E. ve Sivrioğlu, A. K. (2013). Normal Koroner Anatomi ve Varyasyonlar. *Türk radyoloji seminerleri*, 1: 36-56. doi:10.5152/trs.2013.006
- Öztürk, H., Çilingir, D. ve Hintistan, S. (2011). Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (4), 153-158
- Padilha, J. C., Santos, V.B., Lopes, C.T., Lopes, J.L. (2021). Prevalence of pharmacological adherence in patients with coronary artery disease and associated factors. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3464.
- Pathak, L.A., Shirodkar, S., Ruparelia, R., Rajebahadur, J. (2017). Coronary artery disease in women. *Indian heart journal*, 69(4), 532–538.
- Polat, S., Celik, S., Erkan, H.A., Kasali, K. (2014). Identification of learning needs of patients hospitalized at a University Hospital. *Pak J Med Sci*; 30(6):1253-1258.

- Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L.K., Koutelekos, I.G., Georgiadi, E., Karakostas, C., Elisaf, M. (2015). Association Between Characteristics of Hospitalized Heart Failure Patients With Their Needs. *Global journal of health science*, 8(6), 95–108.
- Sakman, Z. (2019). *Koroner arter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Gaziantep.
- Salata, B. M. ve Singh, P. (2017). Role of Cardiac PET in Clinical Practice. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 19(12), 93. <https://doi.org/10.1007/s11936-017-0591-x>
- Sanchis-Gomar, F., Perez-Quilis, C., Leischik, R., Lucia, A. (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. *Annals of translational medicine*, 4(13), 256.
- Santos, R., Ghisi, G., Bonin, C., Chaves, G., Haase, C.M., Britto, R.R., Benetti, M. (2019). Validation of the Brazilian Version of CADE-Q II to Assess Knowledge of Coronary Artery Disease Patients. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 112(1), 78–84.
- Sayols-Baixeras, S., Lluís-Ganella, C., Lucas, G., Elosua, R. (2014). Pathogenesis of coronary artery disease: focus on genetic risk factors and identification of genetic variants. *The application of clinical genetics*, 7,15–32.
- Sevinç, S. (2016). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. N. Ovayolu, Ö. Ovayolu içinde, *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar* (s. 184-243). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Shah, T., Casas, J.P., Cooper, J.A., Tzoulaki, I., Sofat, R., McCormack, V., Smeeth, L., Deanfield, J.E., Lowe, G.D., Rumley, A., Fowkes, F.G., Humphries, S.E., Hingorani, A.D. (2009). Critical appraisal of CRP measurement for the prediction of coronary heart disease events: new data and systematic review of 31 prospective cohorts. *International journal of epidemiology*, 38(1), 217–231.

- Schultz, W.M., Hayek, S. S., Samman Tahhan, A., Ko, Y.A., Sandesara, P., Awad, M., Mohammed, K.H., Patel, K., Yuan, M., Zheng, S., Topel, M.L., Hartsfield, J., Bhimani, R., Varghese, T., Kim, J.H., Shaw, L., Wilson, P., Vaccarino, V., Quyyumi, A.A. (2017). Marital Status and Outcomes in Patients With Cardiovascular Disease. *Journal of the American Heart Association*, 6(12), e005890.
- Schultz, W.M., Kelli, H.M., Lisko, J.C., Varghese, T., Shen, J., Sandesara, P., Quyyumi, A.A., Taylor, H.A., Gulati, M., Harold, J.G., Mieres, J.H., Ferdinand, K.C., Mensah, G.A., Sperling, L.S. (2018). Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Circulation*, 137(20), 2166–2178.
- Schloss, M. J., Swirski, F.K., Nahrendorf, M. (2020). Modifiable Cardiovascular Risk, Hematopoiesis, and Innate Immunity. *Circulation research*, 126(9), 1242–1259.
- Simon, A., Megnien, J. L., Chironi, G. (2010). The value of carotid intima-media thickness for predicting cardiovascular risk. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 30(2), 182–185.
- Sivrikaya, S.K. ve Erdem, G. (2018). Koroner yoğun bakım hastalarının hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(3), 186-192.
- Soyer Ö., Dönmez Y.C., Van Giersbergen M.Y. (2018). Ameliyat olan hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 200-208.
- Sönmez, G. (2020). *Akut koroner sendrom hastalarında serum kalsiyum düzeyinin mortalite ve morbidite üzerine etkisinin değerlendirilmesi*. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Denizli.
- Sun, C., Kontaridis, M.I. (2018). Physiology of Cardiac Development: From Genetics to Signaling to Therapeutic Strategies. *Current opinion in physiology*, 1, 123–139.
- Sultana, R., Petpichetchian, W., Kritpracha, C. (2015). Patients' Discharge Information Needs Regarding Myocardial Infarction in Bangladesh. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(3): 1–14.

- Şenyuva, E. ve Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitimi süreci. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 15(59):100-106.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017 (STEPS). Editörler: Üner, S., Balcılar, M., Ergüder, T. (2018). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı:(2015-2020). Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci basamakta çalışan hekimler için koroner arter hastalığına yönelik eğitici eğitimi rehberi. (2019).Ankara
- Tan, M., Özdelikara, A. ve Polat, H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 1(21): 1-8
- Tan, M. , Dayapoğlu, N. , Şahin, Z. A. , Cürcani, M., Polat, H. (2013). Kırsal Kesimde Yaşayan Kadınlarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2 (3) , 331-341. Retrieved from
- Taylan, S., Alan, S., Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74. Retrieved from
- Tawalbeh, L.I. and Ahmad, M.M. (2014). The effect of cardiac education on knowledge and adherence to healthy lifestyle. *Clinical Nursing Research*, 23(3), 245- 258.
- Tekin, G. ve Tekin, A. (2015). Kararlı Koroner Arter Hastalığında Güncel İlaç Tedavisi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 592-613.
- Tetik, Ş. ve Tanrıverdi, B. (2016). Aterosklerozun patofizyolojisi ve risk faktörleri. *Marmara Eczacılık Dergisi*, 21, 1-9. DOI: 10.12991/marupj.259875
- Thygesen, K., Alpert, J. S., White, H. D., Jaffe, A. S., Katus, H. A., Apple, F. S., Lindahl, B., Morrow, D. A., Chaitman, B. A., Clemmensen, P. M., Johanson, P., Hod, H., Underwood, R., ... ESC Committee for Practice Guidelines (CPG)

- (2012). Third universal definition of myocardial infarction. *European heart journal*, 33(20), 2551–2567.
- Tok Özen, A., Şenol Çelik, S. (2010) Koroner anjiyoplasti ve intra koroner stent uygulanan hastaların bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:260-67.
- Tok Yıldız F. ve Kaşıkçı, M. (2018). Koroner Arter Hastalığı Tanısı Olan Bireyin Orem’ İn Öz Bakım Yetersizlik Kuramı’na Göre Bakımı (Olgu Sunumu). *Balikesir Saglik Bil Derg Cilt:7 Sayı:3*
- Tokgözoğlu, L. (2009). Ateroskleroz ve enflamasyonun rolü. Türk Kardiyol Dern Arş - Arch Turk Soc Cardiol 2009;37 Suppl 4:1-6 1
- Townsend, N., Wilson, L., Bhatnagar, P., Wickramasinghe, K., Rayner, M., Nichols, M. (2016). Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *European heart journal*, 37(42), 3232–3245.
- Tör, V. (2019). *Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeyinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2015. (Erişim Tarihi: 18 Nisan 2020) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>
- TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017. (Erişim Tarihi: 18 Nisan 2020) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>
- TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018. (Erişim Tarihi: 18 Nisan 2020) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>
- TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019. (Erişim tarihi: 24 Aralık 2020) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Türen, S., Efil, S. (2014). Akut koroner sendromlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 18(2), 43-51.

- Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği, Sağlıklı Yaşam, Koroner Arter Hastalıkları. [http://www.tkdcd.org/public/uploads/files/pdf/saglikli\\_yasam/koroner\\_arter\\_hastalıkları.pdf](http://www.tkdcd.org/public/uploads/files/pdf/saglikli_yasam/koroner_arter_hastalıkları.pdf) (Erişim tarihi: 10 Mart 2020)
- Türker, E. (2020). *Kalp yetmezliği olan hastalara bakım veren aile üyelerine uygulanan eğitimin hastaların semptom yönetimi ve yaşam kalitesine etkisi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü /Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Türkmen, E., Badır, A., Ergün, A. (2012). Koroner arter hastalıkları risk faktörleri: primer ve sekonder korunmada hemşirelerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4)
- Uçar, A. ve Arslan, S. (2017). Bir Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(17), 121-130.
- Uysal, H. (2012). Kardiyak Rehabilitasyon ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 3(3), 49-59
- Uysal, H. (2015). Günümüzde hemşire liderliğinde kardiyovasküler hastalık yönetim programları. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(9), 1-14.
- Uzuner, A. (2011). Kalp Yetersizliği: Birincil ve İkincil Korunmada Birinci Basamak Hekiminin Önemi. *Klinik Gelişim*; 24: 76-79  
[http://www.klinikgelisim.org.tr/kg\\_24\\_2/14.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_24_2/14.pdf)
- Wang, X., Wang, F., Feng, Z., Cai, J., Liu, J. (2021). The association between levels of serum homocysteine and chronic heart failure: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(5), e24117.
- Winzer, E.B., Woitek, F., Linke, A. (2018). Physical Activity in the Prevention and Treatment of Coronary Artery Disease. *Journal of the American Heart Association*, 7(4), e007725.
- Woodward, M., Peters, S.A., Batty, G.D., Ueshima, H., Woo, J., Giles, G.G., Barzi, F., Ho, S.C., Huxley, R.R., Arima, H., Fang, X., Dobson, A., Lam, T.H., Vathesatogkit, P., Asia Pacific Cohort Studies Collaboration (2015).

- Socioeconomic status in relation to cardiovascular disease and cause-specific mortality: a comparison of Asian and Australasian populations in a pooled analysis. *BMJ open*, 5(3), e006408.
- Wolf, D. ve Ley, K. (2019). Immunity and Inflammation in Atherosclerosis. *Circulation research*, 124(2), 315–327.
- World Health Organization. (2004). The atlas of heart disease and stroke / Judith Mackay and George Mensah; with Shanthi Mendis and Kurt Greenland. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43007>
- World Health Organization. (2017). Cardiovascular Diseases. (Erişim tarihi: 15 Nisan 2020) [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization. (2018). The top 10 causes of death worldwide. (Erişim tarihi: 15 Nisan 2020). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- World Health Organization. (2015). Obesity and overweight Fact sheet. (Erişim tarihi: 20 Ekim 2019). <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Yalçın, S., Arpa, Y., Cengiz, A., Doğan, S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine ynelik gorusleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine ynelik goruslerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209.
- Yaman Y. (2008). *Kalp kapağı replasmanı yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Yang, L., Luo, S., Yang, S., de Melo Ghisi, G.L., Yan, X., Tian, M., Wu, Y. (2021). Validation of the Chinese Version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire - Short Version: A Tool to Evaluate Knowledge of Cardiac Rehabilitation Components. *Global heart*, 16(1), 17.


- Yavuz, R., Yavuz, D., Tontuş, H.Ö. (2013). Artan mortalite ve morbidite nedeni olarak kardiyovasküler risk faktörlerine sistematik yaklaşım. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 30(1), 47-53
- Yavuzgil, O. (2016). Kararlı koroner arter hastalığı: Epidemiyoloji ve güncel tedavi kılavuzlarının yaklaşımı. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 44(3), 1-7.
- Yaylalı, Y. ve Küçükaslan, M. (2011). Endotel disfonksiyonu. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (3), 152-157 Retrieved from
- Yel, P. ve Ünsar, S. (2020). Koroner Anjiyografi Uygulanacak Hastaların Yaşam Kalitesi ve Kaygı Düzeyleri. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 7-15.
- Yıldırım, N., Çiftçi, B., Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, (14), 217-231.
- Yıldırım, A. (2010). Postmenopozal hormon replasman (yerine koyma) tedavisi ve kardiyovasküler sistem. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38, 32-40.
- Yıldız, C., Yıldız, A., Tekiner, F. (2015). Premenopozal ve postmenopozal kadınlarda lipit profili ve plazma aterojenik indeksinin karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 42 (1), 36-40. DOI: 10.5798/diclemedj.0921.2015.01.0526
- Young, P. M., Gerber, T. C., Williamson, E. E., Julsrud, P. R., Herfkens, R. J. (2011). Cardiac imaging: Part 2, normal, variant, and anomalous configurations of the coronary vasculature. *AJR. American journal of roentgenology*, 197(4), 816–826.
- Yu, M., Chair, S.Y., Chan, C.W., Li, X., Choi, K.C. (2012). Perceived learning needs of patients with heart failure in China: A cross-sectional questionnaire survey. *Contemporary Nurse*, 41(1), 70-77.
- Zengin, F. (2019). *Bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ile kardiyovasküler hastalık riski arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Burdur.


## EKLER

### EK-1: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Kullanım İzni

← ölçek kullanım izni 3

**EÇ** **Emine Çatal** <  
12.07.2019 Cum 09:33  
Kime: Siz

 **emine\_HÖGÖ.makale.pdf** 138 KB

 **HÖGÖ ile ilgili bilgiler-E[...]** 202 KB

3 ekin (451 KB) tümünü göster Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

Sayın Serçin Nakip  
Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız Hasta  
Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'ni çalışmanızda  
kullanabilirsiniz. Yüksek lisans tezinizde başarılar dilerim.  
Saygılarımla  
Dr.Öğr.Ü. **Emine Çatal**  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim  
Üyesi

Windows'u Etkinle


## EK-2: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 Kullanım İzni


← Koroner arter hastalığı eğitim anketi-2 kullanım izni 4

ⓘ Bu iletiyi 12.02.2020 Çar 07:16 tarihinde ilettiniz

**EA** Esra AKBULUT < 15.07.2019 Pzt 15:24 ↶ ↷ → ...

Kime: Siz

 KORONER ARTER HASTA...  
37 KB

 SKOR TABLOSU.docx  
29 KB

2 ek (65 KB) [Tümünü indir](#) [Tümünü OneDrive'a kaydet](#)

Sayın Kardelen NAKİP,

Mailinizi ancak gördüm öncelikle mesajınıza gecikmeli cevap veriyorum. Kusura bakmayın.  
Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2 ölçeğini çalışmanızda tabii ki kullanabilirsiniz. Bundan memnuniyet duyarım.  
Çalışmalarınızda başarılar dilerim.  
Sizden ricam çalışmanız yayımlandığında benimle de paylaşabilirseniz sevinirim.  
İyi çalışmalar dilerim.

Uzm. Hem. ESRAAKBULUT

Windows'u Etkinle  
Windows'u etkinleştirme

## EK-3: Etik Kurul İzin Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/08/2019-E.3216

 **İstanbul Zaim Üniversitesi**  
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

**Sayı** : 20292139-050.01.04  
**Konu** : Etik Kurul Kararları

**Sayın Kardelen Serçin NAKİP**  
Fen Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Kurulumuz 31.07.2019 tarihinde toplanarak, "Koroner Arter Hastalarının Bilgi Düzeyi ve Eğitim Gereksinimleri" başlıklı araştırmanızda kullanmak üzere kurula sunmuş olduğunuz Etik Kurul Başvuru Formunuzu onaylayarak imza altına almıştır. Araştırmanızın Etik Kurul Onay Formu ekte yer almaktadır. Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof. Dr. Nasuh USLU  
Kurul Başkanı

**Ek:** Etik Kurul Onay Formu (4 sayfa)

05/08/2019 Yönetici Asistanı

: Zeynep Funda TEZ

### Mevcut Elektronik İmzalar

**Evrakın Değerlendirilmesi İçin:** <https://eys.izsu.edu.tr/en/Verim/Değerlendir/MSE34>  
NASUH USLU (Etik Kurulu Başkanı) - Kurul Başkanı / 06/08/2019 09:17

Adres : Halkalı Caddesi No: 2 Küçükçekircece-İstanbul  
Telefon No : 444 97 98 Faks No: +90 (212) 693 82 29  
E-Posta : bilgi@izsu.edu.tr İnternet Adresi: www.izsu.edu.tr  
Kep : izsu@01.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi : Zeynep Funda TEZ  
Uyruan : Yönetici Asistanı  
Tel : 2126929606



## EK-4: İl Sağlık Çalışma İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 15916306-604.01.01  
Konu : Kardelen SERÇİN NAKİP'in  
Tez İzni Hk.

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Fen Bilimleri Enstitüsü)  
(Halkalı Cad. No:2 Küçükçekmece / İstanbul)

İlgi : a) 07/10/2019 tarihli ve 71211201-4443 sayılı yazı.  
b) 13/11/2019 tarihli ve 10678112-799-13038 sayılı yazı.

İlgi (a) sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Kardelen SERÇİN NAKİP**, Dr. Öğr. Üyesi Dilek YILDIRIM'ın danışmanlığında devam eden "**Koroner Arter Hastalarının Bilgi Düzeyi ve Eğitim Gereksinimleri**" başlıklı tez araştırmasını, Müdürlüğümüze bağlı üniversiteniz tarafından talep edilen hastanede yapma talebi, Hastanenin ilgi (b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır.

**Kardelen SERÇİN NAKİP'in** çalışmasının bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Müdür a.  
Başkan

## EK-5: Hastane İzin Belgesi



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. Sağlık Bakanlığı Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar  
Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi - T.C. Sağlık Bakanlığı  
Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi  
13:11:2019 07:58 - 10678112 - 799 - E.11018  
001060724

Sayı : 10678112-799  
Konu : Kardelen SERÇİN NAKİP'in  
Tez İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
(Sağlık Hizmetleri Başkanlığı)  
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 22/10/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-3266 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Kardelen SERÇİN NAKİP**, Dr. Öğr. Üyesi Dilek YILDIRIM'ın danışmanlığında devam eden "**Koroner Arter Hastalarının Bilgi Düzeyi ve Eğitim Gereksinimleri**" başlıklı tez araştırmasını, Hastanemizde yapma talebi tarafımıza iletilmiştir. Yapılan değerlendirme sonucunda söz konusu çalışmanın Hastanemizde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Doç.Dr. Mehmet ERTÜRK  
Başhekim

## EK-6: Bilgilendirilmiş Onam Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Bay/Bayan,

Bu araştırma

“**Koroner Arter Hastalarının Bilgi Düzeyi ve Eğitim Gereksinimleri**”ni incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde, “Hasta Bilgi Formu” “Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği”, “Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi-2”ni doldurmanız istenecektir. Yapılan çalışma sürecinde size hiçbir girişim yapılmayacaktır. Size verilen formlarda ki soruları kimsenin baskısı altında kalmadan yanıtlayabilirsiniz. Çalışmada size ait veriler tamamen araştırma amacıyla kullanılacaktır ve herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak, veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında rahatsızlık duyduğunuz takdirde araştırmacıların bilgisi dahilinde araştırmadan ayrılma hakkına sahiptir. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacılar tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir sizden ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışmadan çıkmanız halinde hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama olmayacaktır. Aynı şekilde verdiğiniz yanıtlar hastalığınızla ilgili tedavi ve bakımınızda bir aksama neden olmayacaktır. Lütfen formu dikkatlice okuyunuz ve imzalayınız. Bilmediğiniz terimleri ve anlamadığınız noktaları lütfen araştırmacıya sorunuz. Anketlerin tamamlanması yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

#### **Gönüllünün;**

Adı:

Tarih:

Soyadı:

İmza:

Adresi:

Telefon Numarası:

#### **Açıklamaları Yapan Araştırmacının;**

Adı- Soyadı: Kardelen Serçin NAKİP

Tarih:

Telefon Numarası: 0312 222 22 22

İmza:

**EK-7: Hasta Bilgi Formu**

Protokol No:	Görüşme Tarihi:
Yaş:	Boy/ Kilo/ BKİ
Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın
Medeni Durum:	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekar
Eğitim Durumu:	<input type="checkbox"/> Okur-yazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans ve üstü
Çalışma durumu:	<input type="checkbox"/> Çalışıyor (iş:.....) <input type="checkbox"/> Çalışmıyor
Gelir düzeyi:	<input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Düşük
Sosyal güvence:	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer..
Yaşadığı Yer:	<input type="checkbox"/> İl <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> Belde/Köy
Birlikte yaşadığınız kişiler: (birden fazla işaretleyebilirsiniz)	<input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Eş ve çocuklar <input type="checkbox"/> Anne-baba <input type="checkbox"/> Akraba/yakın <input type="checkbox"/> Yalnız yaşıyorum

Tanı/ Geliş sebebi:	Hastalığın başlangıç tarihi:
Koroner arter hastalığından başka tanısı konmuş kronik hastalığınız var mı?	( ) Var:..... *Diyabet *Hipertansiyon*Dislipidemi ( ) Yok
Alişkanlıklarınız var mı? Alkol Sigara Egzersiz	( ) Evet.....yıl ( ) Hayır ( ) Bıraktım ( ) Evet.....yıl ( ) Hayır ( ) Bıraktım ( ) Evet, düzenli ( ) Evet, düzensiz ( ) Hayır
Ailede kalp hastalığı öyküsü var mı?	( ) Evet ( ) Hayır
Kullandığınız ilaç var mı?	( ) Evet:..... ( ) Hayır
İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?	( ) Evet ( ) Hayır
Beslenme diyetinize uyuyor musunuz?	( ) Evet ( ) Hayır
Herhangi bir kalp-damar cerrahi girişimi geçirdiniz mi?	( ) Evet..... ( ) Hayır
Hastalığınız nedeniyle hastanede daha önce yattınız mı?	( ) Evet ( ) Hayır
Koroner arter hastalığı ile ilgili bilgilendirme- eğitim aldınız mı?	( ) Evet ( ) Hayır
Koroner arter hastalığı ile ilgili bilgilendirme ya da eğitim aldıysanız eğitimi kim verdi?	( ) Hemşire ( ) Hekim ( ) Hemşire ve Hekim ( ) Diğer

## **EK-8: Koroner Arter Hastalığı Eğitim Anketi**

### **KORONER ARTER HASTALIĞI EĞİTİM ANKETİ-2**

Sağlık durumunuz, tedaviler ve risk faktörleri hakkındaki bilginiz, hastalığınızın yönetiminde önemli bir parçadır. Kalp sorununuzu ya da risk faktörünüzü tedavi ederken bu zamana kadar edindiğiniz bilgiyi öğrenmek istiyoruz.

#### **ANKET HAKKINDA:**

Bu anketin amacı:

- Hastaların kalp hastalığı ve ilgili faktörler hakkındaki genel bilgisini değerlendirmek ve özel bilgi alanlarını değerlendirmektir. (tıbbi durum, risk faktörleri, egzersiz, beslenme ve psikososyal risk).

Sorular aşağıdaki gibi yapılandırılmıştır:

- Çoktan seçmeli
- Her sorunun 4 muhtemel cevabı/alternatifi vardır.
- Her yanıt bir bilgi düzeyine karşılık gelmektedir:

- “Tam bilgiyi” gösteren bir ifade
- “Eksik bilgiyi” gösteren bir ifade
- “Yanlış bilgiyi” gösteren bir ifade
- “Bilgi eksikliğini” gösteren bir ifade

- Her bir cevabın bir puanı vardır ve son puanların toplamı edinilen bilgi üzerine bizi bir sınıflandırmaya götürür.

#### **ANKETİ DOLDURMA TALİMATLARI:**

- Sorular bilgi alanlarına göre gruplandırılmaktadır.
- Lütfen yanıtlayabildiğiniz kadar fazla soruyu yanıtlayınız.
- En doğru cevap olarak düşündüğünüz alternatifi kontrol ediniz.
- Eğer cevabı bilmiyorsanız, “Bilmiyorum” ifadesini işaretleyiniz (soruyu boş bırakmayınız).
- Anketi doldurduktan sonra lütfen araştırmacıya geri dönünüz.

Bu anket gizlidir ve katılım tamamen isteğe bağlıdır.

## **KORONER ARTER HASTALIĞI EĞİTİM ANKETİ-2**

*Alan: Tıbbi Durum*

### **1. “Koroner Arter Hastalığı”**

- A) Yalnızca ileri yaşta oluşan, arterlerde (atardamarlarda) kalsiyum birikiminin neden olduğu kalp arterlerinin (atardamarlarının) hastalığıdır.
- B) İleri yaşta kolesterol düzeyi yüksek ya da sigara içen kişilerde oluşan kalp arterlerinin (atardamarlarının) hastalığıdır.
- C) Kötü yaşam alışkanlıkları ve genetik faktörlerden etkilenen, arterlerde (atardamarlarda) hasar oluşumunu içeren, genç yaşta sessizce başlayan kalp arterlerinin (atardamarlarının) hastalığıdır.
- D) Bilmiyorum.

### **2. “Anjina” (rahatsız edici göğüs ağrısı)**

- A) Kalp kası çok çalıştığında oluşur.
- B) Kalp kası çalışmak için yeterince kan ve oksijen almadığında oluşur.
- C) Beyin yeterince oksijen almadığında oluşur.
- D) Bilmiyorum.

### **3. Koroner arter hastalığı olan bir bireyde, aşağıdakilerden hangisi anjinanın genel tanımıdır?**

- A) Yemekten sonra baş ağrısı
- B) Dinlenme veya fiziksel aktivite sırasında ortaya çıkan kolda ve/veya sırtta ve/veya boyunda hissedilebilen göğüs ağrısı ya da rahatsızlık
- C) Fiziksel aktivite sırasında ortaya çıkan göğüs ağrısı ya da rahatsızlık
- D) Bilmiyorum.

### **4. “Kalp krizi”**

- A) Kalpte bir arter (atardamar) tıklandığında oluşur.
- B) Kalp hızı strese yanıt olarak aniden hızlandığında oluşur.
- C) Kalp kasına oksijenden zengin kan akımının aniden kesilmesiyle oluşur. Kan akımı hızlıca geri gelmezse, kalp kasının bu alanı ölmeye başlar.
- D) Bilmiyorum.

### **5. Bireyin ilaç tedavisini anlamasına yardım etmeyi sağlayacak en iyi kaynaklar:**

- A) Doktor (kardiyoloji uzmanı), kardiyak rehabilitasyon ekibi (hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, klinik psikolog ya da psikiyatrist, sosyal hizmetler uzmanı vs.), eczacı ve internette tavsiye edilen kaynaklardır.
- B) İnternette okunan kaynaklardır.
- C) Doktor ve kardiyak rehabilitasyon ekibidir.
- D) Bilmiyorum.

**6. Aspirin (ASA) ve Klopidojel (Plavix™) gibi ilaçlar önemlidir, çünkü:**

- A) Kan basıncını düşürürler.
- B) Kanı “sulandırır”
- C) Kandaki pıhtılaşmayı sağlayan trombositlerin “yapışkanlığını” azaltarak koroner arterlerde ve eski koroner stentlerde kan akımını kolaylaştırır.
- D) Bilmiyorum.

**7. Atorvastatin (Lipitor™), Rosuvastatin (Crestor™) veya Simvastatin (Zocor™) gibi “statin” türü ilaçlar vücutta yararlı etkilerini,**

- A) Kan akımında LDL (kötü kolesterol) kolesterolü düşürerek gösterir.
- B) Karaciğerde LDL (kötü kolesterol) kolesterolün yapımını engelleyerek, kan akımından LDL (kötü kolesterol) kolesterolü düşürerek ve arterlerden plakların atılması için kolesterolü destekleyerek gösterir.
- C) Yiyeceklerden kolesterol emilimini azaltarak gösterir.
- D) Bilmiyorum.

***Alan: Risk Faktörleri***

**1. Kalp hastalığının değiştirilebilir risk faktörleri nelerdir?**

- A) Kan basıncı (tansiyon); [sistolik (büyük tansiyon) ve diyastolik (küçük tansiyon)], LDL (kötü kolesterol) ve HDL (iyi kolesterol), sigara, pasif içicilik, bel çevresi ve stres
- B) Yaş, ailede kalp hastalığı öyküsü, ırk ve cinsiyet
- C) Kan basıncı (tansiyon), kolesterol ve sigara
- D) Bilmiyorum.

**2. Kolesterol düzeyini kontrol etmek için yapılacak uygulamalar:**

- A) Total kolesterol düzeyini bilmek, vejeteryan olmak (et ya da et ürünlerini yememek) ve yumurta yememek
- B) LDL (kötü kolesterol) ve HDL (iyi kolesterol) düzeyini bilmek, kolesterol ilaçlarını reçete edildiği gibi almak, beslenme düzeninde lif tüketimini artırmak ve doymuş yağ (katı yağ) oranını azaltmak ve haftada 5 kez aerobik egzersize katılmak [yürüme, koşma (jogging), bisiklet sürme, yüzme, kürek çekme vb.]
- C) Kolesterol düzeyini bilmek ve kolesterol ilaçlarını reçete edildiği gibi almak
- D) Bilmiyorum.

**3. Kan basıncını (tansiyonu) kontrol etmek için yapılacak uygulamalar nelerdir?**

- A) Beslenme düzeninde kalsiyum miktarını artırmak
- B) Beslenme düzeninde tuz miktarını azaltmak ve tansiyon ilacı kullanmak
- C) Günlük tuz alımını 2 gr’ ın altında olacak şekilde azaltmak, egzersiz yapmak, tansiyon ilacını düzenli kullanmak ve gevşeme tekniklerini öğrenmek
- D) Bilmiyorum.

**4. Bir kardiyovasküler risk faktörünü (tansiyon veya kolesterol gibi) kontrol etmeye yönelik ilk adım nedir?**

- A) Risk faktörüne sahip olup olmadığını bilmek
- B) Risk faktörünün düzeyini bilmek
- C) Risk faktörünü kontrol etmek için bir hedef belirlemek veya eylem planı yapmak
- D) Bilmiyorum.

**5. Diyabet (şeker hastalığı) gelişimini önleyecek uygulamalar nelerdir?**

- A) Kalp sağlığını koruyucu diyet uygulamak, haftalık 150 dakika aerobik egzersiz [yürüme, koşma (jogging), yüzme, bisiklet sürme, kürek çekme vb.] ve iki haftada bir ağırlık ve elastik bantlarla direnç egzersizi yapmak
- B) Beslenme düzeninde yağ ve karbonhidrat miktarını azaltmak
- C) Aile öyküsünde diyabet olan bireylerde mutlaka diyabet gelişir çünkü diyabet önlenemez bir hastalık değildir.
- D) Bilmiyorum.

**Alan: Egzersiz**

**1. Egzersiz önerisinin önemli bileşenleri nelerdir?**

- A) Hafif bir egzersiz sırasında kaybedilen kalori ve tuzu yerine koymak
- B) Egzersizin zorluk derecesi, süresi, sıklığı ve egzersiz tipi
- C) Egzersizin zorluk derecesi ve süresi
- D) Bilmiyorum.

**2. Kalp hastalığı olan bir birey için, egzersiz öncesi kardiyovasküler ısınma (5-10 dk germe ve eklem açıklık egzersizleri) yapmak önemlidir, çünkü:**

- A) Kardiyovasküler ısınma kalp atım hızını yavaşça yükseltir, kas ağrısını ve anjina gelişme riskini azaltır.
- B) Toplam egzersiz süresini artırır.
- C) Kardiyovasküler ısınma vücudu egzersize hazırlar.
- D) Bilmiyorum.

**3. Nabız:**

- A) El bileğinde başparmak hizasının altında alınır.
- B) El bileğinde serçe parmak hizasının altında ya da boyunda âdem elmasının üzerinden alınır.
- C) El bileğinde başparmak hizasının altında (radyal arterden) ya da boyunda şah damarından (karotid arterden) alınır.
- D) Bilmiyorum.

**4. Kış ayında dışarıda güvenli bir şekilde egzersiz yapmak için yapılabilecek üç şey:**

- A) Hava sıcaklığını ve rüzgâr şiddetini kontrol et, kalın giyin
- B) Hava sıcaklığını, rüzgâr şiddetini kontrol et ve havanın  $-10^{\circ}\text{C}$ ' nin altında olmadığından emin ol, 3-4 kat giyin, yürüme hızını hedef kalp atım hızına göre ayarla
- C) Hava sıcaklığını ve rüzgâr şiddetini kontrol et, havanın  $-15^{\circ}\text{C}$ ' nin altında olmadığından emin ol, kalın bir kaban giy ve hava çok soğuk olduğunda koşar adım yürü
- D) Bilmiyorum.

**5. Direnç egzersizi (ağırlık kaldırma veya elastik bandaj) yapmanın yararları:**

- A) Güç kazandırır ve kas geliştirilmesini sağlar.
- B) Dinlenme anındaki kalp hızını yavaşlatır.
- C) Gücü artırır, günlük aktivitelerin yürütülme yeteneğini geliştirir, kan şekerini düzenler ve kasları geliştirir.
- D) Bilmiyorum.

**6. Eğer birey yürüme egzersizi sırasında göğüste rahatsızlık hissederse:**

- A) Yürüme hızını artırıp rahatsızlığın geçip geçmediğini kontrol etmelidir.
- B) Yavaşlamalı ve egzersizi bitirmelidir.
- C) Yürüme hızını yavaşlatmalı, göğsündeki rahatsızlık 1 dakika içerisinde geçmezse egzersizi bitirmelidir. Eğer sonraki 1 dakika içinde de geçmemişse nitro-gliserini reçete edildiği şekilde almalıdır. Eğer ağrı devam ederse yardım istemelidir.
- D) Bilmiyorum.

**7. Bir kişi doğru seviyede egzersiz yaptığını nasıl anlar?**

- A) Birey egzersiz yapabilir ve konuşabilir. Efor düzeyi "biraz zor" dan fazla değildir. Kalp atım hızı hedef değerdedir.
- B) Kalp atım hızı hedef değerdedir.
- C) Birey terler ve zor nefes alır. Kalp atım hızı yüksektir.
- D) Bilmiyorum.

**Alan: Beslenme**

**1. Besinlerdeki en iyi Omega-3 kaynağı nedir?**

- A)Keten tohumu
- B) Makarna
- C) Yağlı balıklar (alabalık, somon gibi)
- D) Bilmiyorum.

**2. Trans yağlar (hazır gıda besinlerinde, işlenmiş yiyeceklerde bulunan yağlar):**

- A) Fındık, ceviz ve tohumlar
- B) Kısmen hidrojenle doyurulmuş bitkisel yağlar
- C) Margarin
- D) Bilmiyorum.

**3. Beslenme düzenine lif eklemenin en iyi yolu nedir?**

- A) Salataya fındık, ceviz ve tohum eklemek
- B) Meyve suyu içmek
- C) Bitkisel proteinler (baklagiller, fasulye, mercimek) yemek
- D) Bilmiyorum.

**4. Aşağıdakilerden hangisinde en fazla tuz vardır?**

- A) Ekmek
- B) Dondurulmuş yiyecekler
- C) Meyveler ve sebzeler
- D) Bilmiyorum.

**5. Aşağıdaki besin bileşenlerinden hangisi tansiyonu düşürmeye yardımcı olur?**

- A) Kırmızı et, beyaz et (kümes hayvanı eti), balık
- B) Sebze ve meyve
- C) Sebze ve meyve, tam tahıllar, az yağlı süt ürünleri, fındık ve ceviz
- D) Bilmiyorum.

***Alan: Psikososyal Risk***

**1. Aşağıdakilerden hangisi etkili stres yönetim tekniğidir?**

- A) Derin nefes alma
- B) İletişimden kaçınma
- C) Meditasyon yapma (zihni boşaltma, rahatlatma), sosyal ilişkiler kurma, progresif kas gevşeme ve germe egzersizi yapma, derin nefes alma
- D) Bilmiyorum.

**2. Hangi stres tipleri artmış kalp krizi riski ile ilgilidir?**

- A) Kronik stres, önemli yaşam olayları, uyku düzensizliği ve sıkıntı hissi
- B) Evde veya işte kronik stres ve depresif hissetme
- C) Kontrol edemediğinizi hissettiğiniz stresler
- D) Bilmiyorum.

**3. Aşağıdakilerden hangisi depresyona bağlı kalp hastalığı riskinizi azaltmadaki en iyi seçeneği tanımlar?**

- A) Antidepresan (depresyon tedavisinde kullanılan ilaç) almak ve egzersiz programını uygulamak depresyon riskinizi azaltır.
- B) Egzersiz yapmak, kendine iyi bakmak ve gerekli ise ilaç kullanmak depresyon riskinizi azaltır.
- C) Depresyona bağlı kalp krizi riski azaltılamaz.
- D) Bilmiyorum.

**4. “Uyku apnesi” nin (uykuda solunum durması) fark edilmesi önemlidir, çünkü:**

- A) Uzun dönem akciğer hastalığına neden olur.
- B) Yüksek tansiyon, anormal kalp ritmi (aritmiler) ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra kalp krizi riskini artırır.
- C) Daha fazla kalp sorunlarına neden olur.
- D) Bilmiyorum.

**5. Aşağıdakilerden hangisi “Kronik stres” i en iyi tanımlar?**

- A) Yaşamın bir alanında sürekli devam eden stresli olaylardır.
- B) Evde ya da iş yaşamında huzursuz, endişeli veya uykusuz hissetmenize neden olan olaylardır.
- C) Kişinin kontrolü dışındaki streslerdir.
- D) Bilmiyorum.

## EK-9: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

### HASTA ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ-TÜRKÇE FORMU

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

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

## ÖZGEÇMİŞ

Kardelen Serçin BAYINDIR

### A. EĞİTİM

**Yüksek Lisans:** İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, 2021

**Lisans:** Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bölümü, 2017, Okul Birinciliği

**Lise:** Büyükçekmece Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Bölümü, 2013, Okul İkinciliği

### B. MESLEKİ DENEYİM

2021- Ankara Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Covid Yoğun Bakım Hemşireliği

2017- İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri KVC Yoğun Bakım Hemşireliği

2017- Özel Atakent Acıbadem Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği

2016- Özel Medical Park Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği

2013- Özel Dr. Sadi Konuk Hastanesi Karma Servis Hemşireliği

### C. SERTİFİKA

2019- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikasyon Programı

2017- Temel Yaşam Desteği Eğitimi Sertifikası

### D. KONGRE VE SEMPOZYUMLAR

5. Ulusal ve 1. Uluslararası Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi 6-8 Aralık 2019  
Poster Bildiri

Siyami Ersek Hastanesi Sempozyumları V; Ecmo ile Yaşam Desteği Tedavileri  
Sempozyumu 4 Mayıs 2018

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi “Sağlık Hukukunda Hemşirelik” Paneli 9 Mayıs 2018

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi “Kalp Damar Cerrahisinde Ameliyathane” Konulu 5. Hemşirelik Sempozyumu 21 Eylül 2018

İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi “Sağlıklı Minik Kalpler İçin El Ele Konulu” 4. Hemşirelik Sempozyumu 26 Ekim 2017

İstanbul Aydın Üniversitesi “Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar” Konulu Sempozyum 1 Aralık 2015

