



T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE
İZLENMESİNİN BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

ÖMER EMRE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019
GAZİANTEP

T.C.
SANKO ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN
HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE
İZLENMESİNİN BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ömer EMRE

DANIŞMAN
Prof. Dr. Arzu TUNA


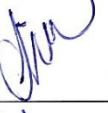

2019
GAZİANTEP

KABUL VE ONAY SAYFASI

Öğrencinin Adı Soyadı	Ömer EMRE	Tez Savunma Tarihi	21.06.2019
Tez Adı	KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE İZLENMESİNİN BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ		

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

SANKO Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği) Programı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıda adı geçen jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	Üniversitesi/Anabilim Dalı	İmzası
Tez Danışmanı Üye	Prof. Dr. Arzu TUNA	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Sibel POLAT	SANKO Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Psikiyatri Hemşireliği	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Serdar SARITAŞ	İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	

ONAY

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

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

Karar No :/...../.....

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu Kararıyla **Yüksek Lisans Tezi** olarak onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ayşen BAYRAM
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza

Ömer EMRE

--/--/20--

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmamda görüş ve önerilerini, bilimsel desteğini ve deneyimlerini sunan ve beni her konuda destekleyen Danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Arzu TUNA'ya,

Tez uygulamamı gerçekleştirdiğim SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kalp ve Damar Cerrahisi Servisi ekibine,

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara,

Son olarak ömrüm boyunca her daim yanımda olan aileme ve tezimin her aşamasında beni destekleyen hayat arkadaşım Nihal YILDIZ'a,

Teşekkür ederim.

Ömer EMRE

ÖZET

KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE İZLENMESİNİN BAKIM SONUÇLARINA ETKİSİ

Günümüzde toplumsal alışkanlıklar, yoğun sigara kullanımı ve stres gibi nedenlerle kalp hastalıkları, en sık yaşanan sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi yapılan en yaygın ve maliyetli tıbbi prosedürlerden biridir. KABG sonrası yaşamı veya yaşam kalitesini tehdit edecek önemli komplikasyonlar görülebilir. Bu komplikasyonları önlemek veya erken dönemde tanılamak iyi bir hemşirelik bakımıyla mümkündür. Planlı bir hemşirelik bakımı iyi bir taburculuk eğitimi de kapsar. Hastaların taburculuk sonrası evde gereksinimlerinin belirlenmesi telefon hemşireliği ile yapılabilir. Bu çalışma; koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına etkisini belirlemek, öğrenme gereksinimlerini belirlemek, komplikasyonları belirlemek ve önlemek amacıyla SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde yatan ve taburcu olan 60 hasta üzerinde yarı deneysel olarak yapıldı. Hastalara taburcu olmadan önce klinik rutinde verilen taburculuk eğitimi sırasında araştırmacı tarafından hazırlanan Hasta Tanılama Formu dolduruldu. Taburculuk sonrası hastalar telefonla aranarak yine araştırmacı tarafından hazırlanan Telefonla Hasta Gereksinimleri Saptanması Anketi dolduruldu. Çalışmaya katılan hastaların %11,7'si (7 hasta) 50 yaş ve altında, %73,3'ü (43 hasta) 51-70 yaş arasında, %15'i (10 hasta) ise 71 yaş ve üzerinde, %63,3'ü (38 hasta) erkek, %36,7'si (22 hasta) kadındı. Hastaların %96,7'sinin (58 hasta) taburculuk sonrası evde bakım verecek yakını bulunurken, %3,3'ünün (2 hasta) bulunmamaktaydı. Taburculuk sonrası hastaların telefonla izleminde 41,2±5,4 dk görüşme sağlandı. Görüşmeler sonucunda; hastaların %75'i yara yeriyle ilgili, %56,7'si ağrı ile ilgili, %41,7'si solunumla ilgili sorunları olduğunu bildirdi. Araştırmacı tarafından sorun bildiren hastalara telefonla danışmanlık yapıldı. Hastaların görüşmelerden memnun olduğu gözlemlendi. Sonuç olarak telefonla hasta gereksinimlerinin saptanmasının hasta bakım sonuçlarına olumlu etkileri olduğu gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Koroner Arter Bypass Greft, Hemşirelik, Telefonla Danışmanlık

ABSTRACT

THE EFFECT OF TELE NURSING TO CARE RESULTS AFTER DISCHARGED TO PATIENT WITH CORONARY ARTER BYPASS GRAFT

Nowadays, heart disease is one of the most common health problems due to social habits, intense smoking and stress. Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery is one of the most common and costly medical procedures. After CABG, important complications can be seen which may threaten life or quality of life. Prevention of these complications or early diagnosis is possible with good nursing care. A planned nursing care includes a good discharge training. The patient's requirements can be determined by tele-nursing at home after being discharged. The aim of this study was to determine the effect of monitoring of the patients who had undergone coronary artery bypass graft surgery on the results of care after discharge, to determine the learning needs, to determine and prevent the complications. This study was done quasi-experimentally on 60 patients who were hospitalized and discharged at the Cardiovascular Surgery Department of SANKO University Sani Konukoğlu Hospital Health Application and Research Center. The patient diagnosis form was completed before patient discharge. After discharge, the patients were contacted by telephone, and the Patient Requirements Determination Questionnaire which was prepared by the researcher, completed. 11,7% (7 patients) of the patients who participated in the study were 50 years and under, 73,3% (43 patients) were between 51-70 years, 15% (10 patients) were 71 years or older, 63,3% (38 patients) were male and 36,7% (22 patients) were female. While 96,7% of the patients (58 patients) were found to have relatives to care after discharge, 3,3% (2 patients) were absent. An average of $41,2 \pm 5,4$ minutes of conversation was achieved during the telephone follow-up of the patients. As a result of the interviews; 75% of the patients reported related about wound problems, 56,7% related pain problems and 41,7% had respiratory problems. Telephone counseling was provided to patients who reported problems by the researcher. The patients were satisfied with the interviews. In conclusion, it was observed that the determination of patient requirements by telephone had positive effects on patient care results.

Key Words: Coronary Arter By-pass Graft, Nursing, Tele-nursing

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kalbin Yapı ve Fonksiyonu	4
2.2. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi	6
2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı	7
2.3.1. Koroner arter bypass greft cerrahisinde ameliyat öncesi hemşirelik bakımı	8
2.3.2. Koroner arter bypass greft cerrahisinde ameliyat sonrası hemşirelik bakımı	10
2.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk	12
2.5. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Hasta Gereksinimleri ve Evde Bakım	17
2.6. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Evde Bakımda Telefonla Hemşire Danışmanlığı	19
2.7. Araştırmanın Amacı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	21
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	21
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.4.1. Veri toplama araçları	22
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	22
-Bağımlı değişken	22

-Bağımsız değişken.....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	23
3.8. Araştırmada Etik Kurallar.....	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
7. KAYNAKLAR.....	37
8. EKLER.....	41
EK-1 Hasta Onam Formu	
EK-2 Hasta Tanılama Formu	
EK-3 Telefonla Hasta Gereksinimleri Saptanması Anketi	
EK-4 Etik Kurul Karar Formu	
EK-5 Tez İntihal Raporu	
EK-6 Özgeçmiş	

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ALT	: Alanin Aminotransferaz
AST	: Aspartat Aminotransferaz
CRNNS	: College of Registered Nurses of Nova Scotia (Yeni İskoçya Lisanslı Hemşireler Koleji)
CVP	: Santral Venöz Basınç
CX	: Sircumfleks Arter
DIC	: Yaygın İnvasküler Koagülasyon
DVT	: Derin Ven Trombozu
EKG	: Ekokardiyografi
INR	: International Normalized Ratio (Uluslararası Standartize Oran)
KABG	: Koroner Arter By-pass Greft
LAD	: Sol Ön İnen Arter
LAP	: Sol Atrial Basınç
OM	: Obtus Magrin
PAWP	: Pulmoner Arter Wedge Basıncı
PDA	: Arka İnen Arter
PTZ	: Protrombin Zamanı
SvO₂	: Oksijen Saturasyonu
VTE	: Venöz Tromboemboli

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Hasta tanılama durumu.....	24
Tablo 4.1. Hasta tanılama durumu (devam)	25
Tablo 4.1. Hasta tanılama durumu (devam)	26
Tablo 4.2. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi	28
Tablo 4.2. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi (devam).....	29
Tablo 4.2. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi (devam).....	30



Şekil 2.1. Kalbin anatomisi..... 4

Şekil 2.2. Kalbi besleyen damarlar 5



1. GİRİŞ

Günümüzde toplumsal alışkanlıklar, yoğun sigara kullanımı ve toplumsal yaşantılardan dolayı yaşanan stres gibi nedenlerle kalp hastalıkları, en sık yaşanan sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi yapılan en yaygın ve maliyetli tıbbi prosedürlerden biridir. Gelişmiş ülkelerde, açık kalp ameliyatı geçiren hastaların yaş çoğunlukla 65 yaş ve üzeri iken ülkemizde açık kalp ameliyatı olan bireyler daha genç yaşta (Evered ve diğerleri, 2016). Türkiye’de yaklaşık 50 merkezde yılda yaklaşık 34000 açık kalp ameliyatı yapılmaktadır. Dünyada kalp ve damar cerrahisinin önde gelen merkezlerinde açık kalp cerrahisi ameliyatlarının mortalitesi, hastanın taşıdığı riske göre %1 ile %4 arasında değişmektedir. Açık kalp ameliyatları, uzun süren operasyonlardır ve bu ameliyat sonucu hastada geniş sternotomi yarası, ameliyat sonrası yaklaşık 12-24 saat süren ventilatör desteği, 5-6 gün hastanede kalma ve 6-8 hafta süren iyileşme dönemi mevcuttur. Bu nedenle KABG sonrası erken dönemde; asidoz, kalp tamponadı, hemoraji, hipovolemiye bağlı kalp debisinin düşmesi, pulmoner emboli, yaygın intravasküler koagülasyon (DIC) geç dönemde ise; yara yeri enfeksiyonu, emboli, endokardit ve greft oklüzyonu gibi komplikasyonlar görülebilir (Hulzebos ve diğerleri, 2006; Glance ve diğerleri, 2015).

KABG ameliyatı sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek veya erken dönemde tanılamak iyi bir hemşirelik bakımıyla mümkündür. Ameliyat sonrası ilk haftada gelişebilecek fiziksel komplikasyonları tanılamak mümkündür. KABG ameliyatı sonrası hastanın sternumunda geniş bir yara mevcuttur ve hasta 12-24 saat arası mekanik ventilatöre bağlı olarak izlenir. 5-6 gün klinikte yatarak takip edilen hastada iyileşme süresi 6-8 hafta arasında değişebilir ve bu süreçte de komplikasyonlar görülebilir (Glance ve diğerleri, 2015; Lewis ve diğerleri, 2016). KABG sırasında greft, internal mammarian arterden alındıysa hasta ameliyat sonrası kolunda hissizlik yaşayabilir. Bu hissizlik durumu akut olabildiği gibi kalıcı da olabilir. Gastroepiploik arterden alındıysa da ileus gelişmesine neden olabilir. Hemşire gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmalı ve izlemine yapmalıdır. Açık kalp ameliyatı sonrası ortaya çıkan bu komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir (Biancari ve diğerleri, 2015; Glance ve diğerleri, 2015; Hulzebos ve diğerleri, 2006; Lewis ve diğerleri, 2001). Oysa açık kalp ameliyatı geçiren birey herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise ortalama altıncı günde hastaneden taburcu edilmektedir (Halm, 2016). İngiltere’de kalp merkezlerinde altın kural, açık kalp ameliyatı sonrası 6-7. günde hastayı taburcu etmektir (Kempny ve diğerleri, 2017). Bilindiği gibi hastanın taburcu edildiği bugünde yara henüz tam iyileşmemiştir. Dolayısıyla birey ve aile evde pek çok sorun yaşayabilmektedir. Hemşirelik bakımı ve hasta gereksinimlerinin karşılanması evde de

devam etmektedir. Hastaların ameliyat sonrası evde bakımında fiziksel, psikolojik, sosyal gereksinimlerinin karşılanması adına hastalara verilen eğitimler dışında evde telefonla izlemlerinin yapılması ve gereksinim duydukları bilgilerin tekrarlanması hem yaşam kalitesini artıracak hem de hastaların hastane kontrollerinin sürdürülmesine destek olacaktır. Bu nedenle hastaların ameliyat sonrası evde bakımında fiziksel, psikolojik, sosyal gereksinimlerinin karşılanması adına hastalara verilen eğitimler dışında evde telefonla izlemlerinin yapılması ve gereksinim duydukları bilgilerin tekrarlanması hem yaşam kalitesini artıracak hem de hastaların hastane kontrollerinin sürdürülmesine destek olacaktır (Chen ve diğerleri, 2017).

Hastaların KABG ameliyatından sonra taburculuk döneminde karşılaşılabilecek problemlere yönelik verilecek danışmanlık ve eğitim konuları; koroner arter hastalığı ve KABG ameliyatının amacı, ameliyattan önce hazırlık ve ameliyat sonrası yara iyileşmesini hızlandırmak için ne yapılması gerektiği, hastaların evde yapması gereken beslenme, aktivite, egzersizler ve eve döndükten sonra kaçınılması gerekenler, hekimi ne zaman arayacakları ve hangi ilaçları kullanacakları, takip edecekleri laboratuvar değerleri, ameliyattan sonra duygusal olarak daha iyi hissetmek için yapmaları gerekenler, cinsel hayatlarına veya araba sürmeye ne zaman devam edecekleri, vücut ısısı, nabız ve arter kan basınçlarını ölçmeleri ve kayıt etmeleri, sağlıklı bir kalp için tavsiye edilen ve tavsiye edilmeyen yiyecek listeleri, tedavi ve takip çizelgelerini içermelidir (Cebeci, Çelik, 2011; Halm, 2016).

Planlı taburculuk eğitimi ve danışmanlık ile hastalık nedeniyle karşılaşılabilecek sorunların ve hastaların kendi kendilerine bakım davranışları ile ilgili karşılaşılabileceği sorunların önüne geçilebilir. KABG ameliyatı, hastaların ve ailelerinin hayatlarına bir yük getiren önemli bir olaydır. Bu nedenle hastaların ve yakınlarının yardıma ihtiyaçları vardır. Ameliyat sonrası hastalar iyileşme süreçlerinin büyük bir kısmını aile üyeleriyle ve evde geçirirler. Bu nedenle, hastalara gerekli bakım bilgilerinin ve becerilerinin aktarılması ve taburcu olmadan önce bu bilgilerin danışmanlık aracılığıyla öğretilmesi gerekir. Danışmanlık hizmeti hastaların bilgi ve becerileri düzeylerini artırarak kendi kendine bakım davranışları geliştirmelerine yardımcı olur. Hastalar sağlık sorunlarıyla ilgili gerekli sorumlulukları üstlenir ve karşılaşılabilecek sorunlarla daha kolay başa çıkabilirler (Cebeci, Çelik, 2011).

Hastanın eve nasıl taburcu edileceğini planlamak taburculuk planlamasının ilk aşamasıdır. Bu planlama yapılırken hasta ve hasta yakınları da planlamaya dahil edilmelidir. Hastaya eve ulaştıktan sonra ilk aşamada ziyaretçi kabul edilmemesi ve mümkünse uyuyarak bir süre dinlenmesi tavsiye edilir. Hasta taburcu olmadan hemen önce yapılacak analjezik

uygulamalar eve transfer sürecini kolaylaştırabilir. Bu süreçte seçilen kıyafetler rahat ve konforlu olmalı, kullanılacak araç da bu doğrultuda hastaya uygun olmalıdır. Hasta ilk aşamada kendisini yorgun hissedebilir, bu durumun normal olduğu hastaya açıklanmalıdır. Verilecek taburculuk eğitiminin belirli konu başlıklarını içermesi ve hastaya yazılı olarak da verilmesi gerekir (Akbari, Çelik, 2018).

Hastalar taburcu edildikten sonra evde bakımları gerekir. Hastane ortamı hem stresli hem de enfeksiyonlara açık bir ortamdır. Bu nedenle günümüzde cerrahi işlemler sonrası hastaların erken taburcu edilmeleri söz konusudur. Evde bakım ile birlikte, hem maliyetler azaltılmış hem de hastanedeki mevcut risklerin önüne geçmek amaçlanmıştır. (Bardakçı ve diğerleri, 2007). Evde bakım hizmetleri hastane yatış süresini %35-50, hastaneye gelen hasta sayısını ise %65 oranında azaltmıştır (Yılmaz, Çiftçi, 2009). İşlevsel bir evde bakım hizmeti ile hastalar alışkın oldukları ev ortamlarına daha hızlı dönmenin konforunu yaşayabilirler. (Elbaş, 2002). Evde bakım hizmeti bakım, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını birlikte içeren bir hizmettir. Bu nedenle hemşireler için de yeni bir çalışma ortamı sağlamıştır. (Çiftçi, 2006). Evde bakım hizmetleri ile; iyileşme süresi kısalır, stres azalır, komplikasyonlar (örn; hastane enfeksiyonları) azalır, sağlık giderleri ve maliyet azalır, hızlı taburculuk ile hastanede daha fazla bireye sağlık hizmetlerinin ulaştırılması sağlanır, hastaların bağımsızlık düzeyleri ve yaşam kaliteleri artar, ailede bütünlük korunmuş olur ve tedavi ve bakım uygulamaları daha konforlu bir ortamda sağlanır (Aştı, 2003; Elbaş, 2002). Hastaların taburculuk sonrası evde gereksinimlerinin belirlenmesi telefon hemşireliği ile yapılabilir (Hindistan, Çilingir, 2012). Hemşireler telefon görüşmesi yaparak hastaların sağlık durumları hakkında bilgi alabilir, önerilerde bulunabilir ve değerlendirmelerini kayıt edebilirler. Böylece telefon aracılığı ile takip edilebilecek bulgular ve kayıtlar, hastaneye tekrarlı başvuruları azaltarak maliyetlerin sınırlandırılmasına yardımcı olur. Hastaneden uzak mesafede ikamet eden hastaların takibi de telefon aracılığı ile daha kolay yapılabilir. (Barlow ve diğerleri, 2007). Telefon aracılığıyla ya da video görüntülü danışmanlık hizmetleri sayesinde hastaların endişeleri ve stres düzeyleri azaltılabilir. Özbakım becerileri geliştirilerek cesaretlendirilmeleri sağlanabilir. Hastaların sağlık personeline ulaşmaları daha kolay olur ve danışmanlık hizmetini de daha kısa sürede alabilirler (Hagan ve diğerleri, 2000).

H₀: Koroner arter by-pass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına olumlu etkisi yoktur.

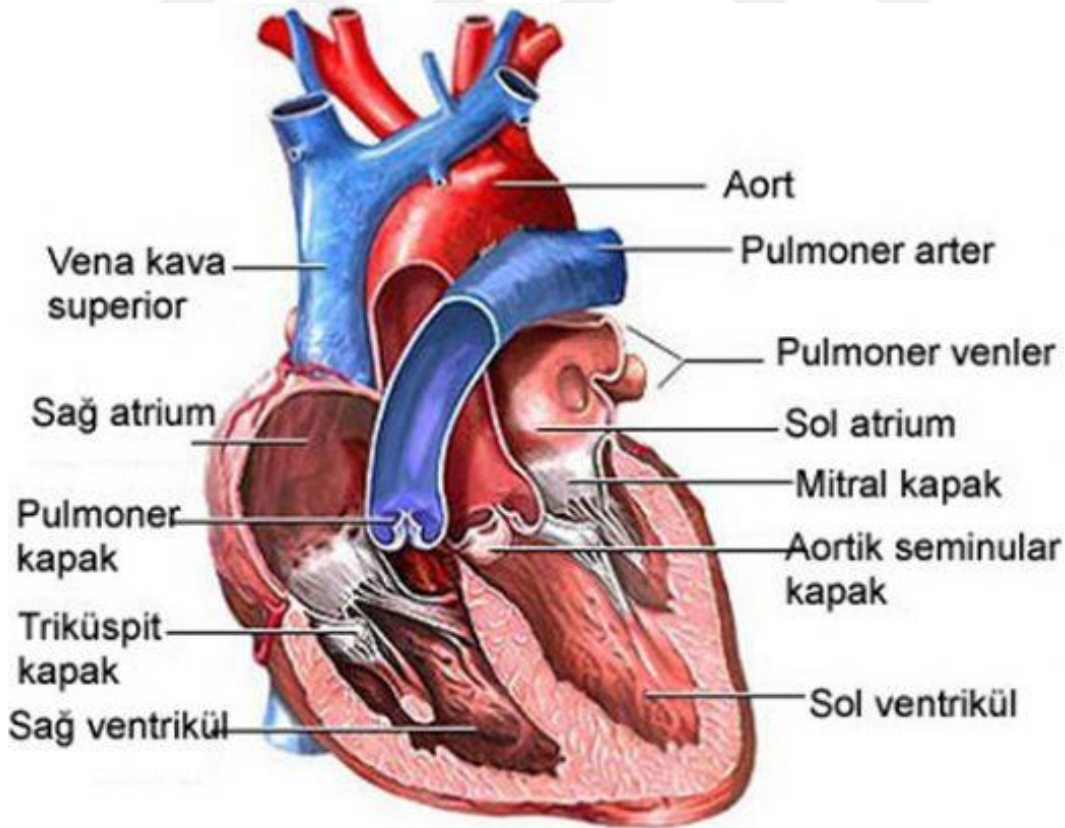
H₁: Koroner arter by-pass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına olumlu etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kalbin Yapı ve Fonksiyonu

Kalp, dört boşluğu olan yaklaşık yumruk büyüklüğünde musküler bir organdır. Kalp atımları orta hattın yaklaşık 2 inç solundan, beşinci interkostal aralıktan palpe edilebilir. Kalp üç tabakadan oluşur. Bunlar; ince iç tabakası endokardium, orta kas tabakası myokardium ve en dış seröz membran epikardiumdur. Kalbin dört boşluğu, sağ taraftaki iki boşluk ve sol taraftaki iki boşluk septumla ayrılmıştır. Üst boşluklar atrium, alt boşluklar ventrikül adını alırlar. Atriumlardaki myokardium ventriküllerdekinden daha incedir. Sol ventrikül duvarı, sağ ventrikül duvarından daha kalındır. Sağ atrium venöz kanı vena cava superior, inferior ve koroner sinüsten almaktadır. Kan, triküspit kapak aracılığı ile sağ ventriküle geçer ve ventrikülün kasılmasıyla pulmoner arterlere pompalanır. Pulmoner arterin girişinde pulmoner kapak bulunmaktadır. Kan akciğerlerden pulmoner venler aracılığıyla sol atriuma oradan da mitral kapak yolu ile sol ventriküle geçer (Şekil 2.1). Kalbin kasılması ile kan aort kapağından aortaya geçer ve sistemik dolaşıma katılır (Lewis ve diğerleri, 2001).

Şekil 2.1. Kalbin anatomisi



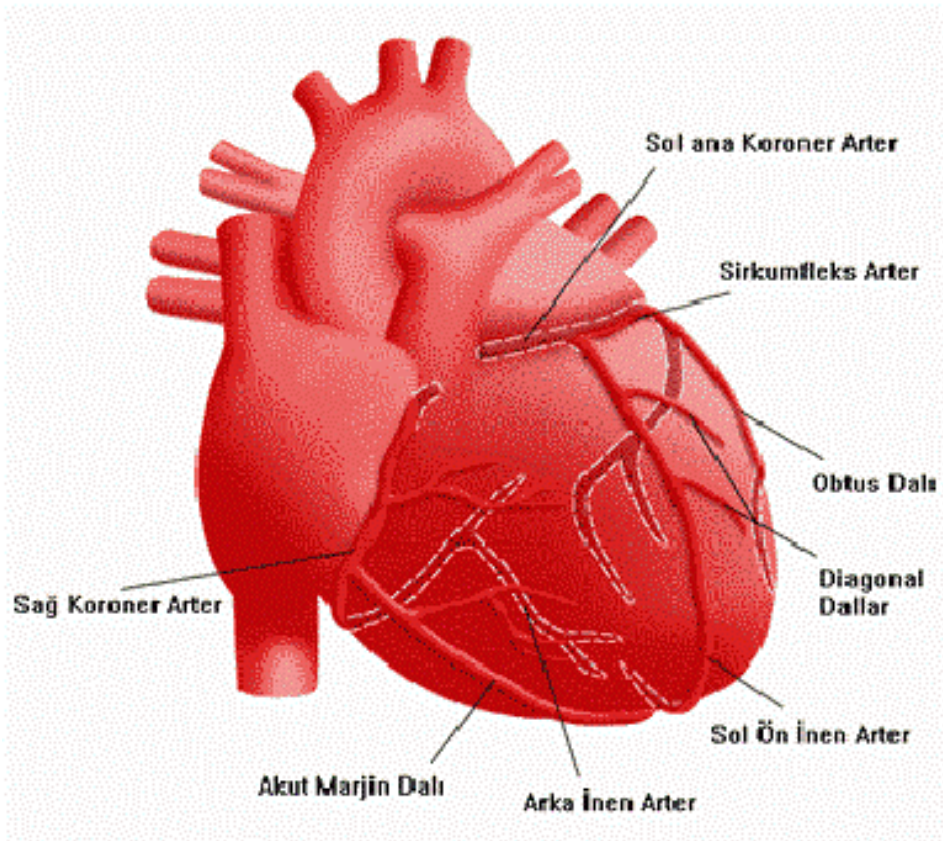
Kalp üç büyük koroner arter tarafından beslenmektedir. Bunlar; sağ koroner arter, sol ön inen arter (LAD) ve sirkumfleks arter (CX)'dir.

Sağ koroner arter (RCA): Temel olarak sağ ventrikülü beslemektedir. Kalbin kasılma fonksiyonunda önemli bir yeri olan ventriküller arası septumu genellikle bu arterin arka inen dalı beslemektedir.

Sol ön inen arter (LAD): Temel olarak sol ventrikülün ön ve yan yüzünü beslemektedir. Ayrıca ventriküller arası septumu besleyen dallar verir. Kalp apeksini dolanır ve bundan sonra 1-2 cm. ilerleyerek sonlanır. Sol ön koronerin sol ventriküle verdiği yan dallara "diagonal damarlar" adı verilir. LAD, sıklıkla kalbin yüzeyinde olmasına rağmen yağ dokusu ve kas tabakasına çeşitli derecede gömülmüş vaziyette olabilir. Diagonal dallara superiora inferiora doğru numaralar verilir, birinci diagonal, ikinci diagonal ve üçüncü diagonal gibi. LAD birçok septal perforatör alan ile interventriküler septumun 2/3 'ünü ve apikal kısmını besler.

Sirkumfleks arter (CX): Sol ventrikülün yan ve arka kısımlarını beslemektedir. Obtus margin (OM) adı verilen dalları vardır. Arka inen arter (PDA) bazen bu arterden çıkar (Hill, Laizzo, 2015).

Şekil 2.2. Kalbi besleyen damarlar



2.2. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) Cerrahisi

Normal şartlarda koroner arterler, iç yüzeyleri düz ve elastik olmaları sebebiyle kan akışları rahattır. Koroner arter hastalığında ise aterom plakları sebebiyle damar yüzeyleri sertleşir, Elastliğini kaybeder. Damar sertleşmesinin diğer bir adı da aterosklerozdur. LAD dışında ki damarlarda %60'dan fazla darlık olması durumunda Koroner Arter Bypass Greft (KABG) yapılması gerekebilir. Ayrıca bypass ameliyatının yararlı olabilmesi için tıkanıklığın olduğu bölgenin uç kısımlarındaki koroner damarların sağlıklı olması, çok ince veya çok kısa olmaması gerekmektedir. Myokard, arteriosklerozis gelişmesi durumunda bile kendi beslenmesini kollateral dolaşım ile korumaktadır. Kalpte ki kolleteral dolaşım, koroner arterlerde ani tıkanma sonucunda gelişen harabiyete bağlıdır. Koroner damarlardan birisi tıkandığı zaman hemen anastomozlar sayesinde kolleteral dolaşım gerçekleşir. Bu kolleteral dolaşım kan akımını, kalp kasını canlı tutabilecek seviyededir fakat bir gün içinde çok fazla genişleyemez. Daha sonraları bu kolleteral dolaşım iki üç katına çıkarak yaklaşık 15-20 gün içinde iskemik kalan kalp dokusunu hemen hemen normal kan akımını gerçekleştirebilecek düzeye getirebilir. Aterosklerotik tutulmanın en sık yerleştiği bölgeler şunlardır; sağ koroner arterin akut margini ile posterior descending dalları arasında kalan alandır. İkinci sıklıkta sol anterior descending (LAD) proximalin yarısıdır (Çiftçi, 2006).

Konjenital defektler (atrial septal defekt, ventriküler septal defekt, büyük damarların transpozisyonu, fallot tetralojisi, trunkus arteriozus, triküspit atrezisi, aort stenozu), edinsel/kazanılmış defektler (koroner arter hastalığı, kalp kapağı hastalığı, aortik, ventriküler anevrizma) gibi durumlarda açık kalp ameliyatı yapılmaktadır. Ancak koroner arter hastalığı ve kalp kapak hastalıkları toplumda daha sık görülmektedir (Lewis ve diğerleri, 2016).

KABG ameliyatı sonrasında bazı komplikasyonlar gerçekleşmektedir. Hastalarda yaş, cinsiyet, kilo, boy, vücut kitle endeksi, ejeksiyon fraksiyonu (EF), yapılan anastomozların sayısı, aorta yapılan klemp sayısı, perfüzyon cihazına bağlı kalma süresi, inotrop destek süresi, mekanik ventilatöre bağlı kalma süresi, geç mobilizasyon, ek hastalık varlığı, ameliyat öncesinde antikoagülan kullanılması gibi durumlar nedeniyle komplikasyon riski artmaktadır. KABG ameliyatı sonrası;

Erken dönemde;

- Hipovolemiye bağlı kalp debisinin düşmesi,
- Asidoz,
- Akut miyokard enfarktüsü,
- Koroner kalp yetmezliği,
- Kalp tamponadı,
- Ritim düzensizlikleri,

- Hemoraji,
- Pulmoner emboli,
- Ateş, depresyon,
- Yara yeri enfeksiyonu,
- Sıvı elektrolit dengesizlikleri,
- Hipertansiyon,
- Serebral emboli,
- Konfüzyon,
- Huzursuzluk,
- Uyum sorunları,
- Yaygın intravasküler koagülasyon (DIC),
- Akut solunum yetmezliği,
- Böbrek yetmezliği

Daha geç dönemde ise;

- Yara yeri enfeksiyonu,
- Hepatit,
- Pankreatit,
- Emboli,
- Endokardit
- Greft oklüzyonu gibi komplikasyonlar görülebilir (Hulzebos ve diğerleri, 2006).

2.3. Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı

KABG’de bakım ameliyat öncesi dönemde, ameliyata hazırlık döneminde, ameliyat sonrası yoğun bakım döneminde ve ameliyat sonrası iyileşme döneminde sürekli olarak devam eden bir süreçtir (Sönmez, 2013). Hastaların bilinmezlik anksiyetesi ve korku yaşamaları beklenen bir sonuçtur. Hemşire bu dönemde hastanın fiziksel rahatını sağlamaya, stres faktörlerini azaltmaya, öz yeterliliğini ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım uygulamalarını gerçekleştirmelidir (Öz, 2001).

Ameliyat sonrasında hastanın anestezinin etkisinden kurtulması ve hemodinamik stabilite sağlanması önemlidir. Bu nedenle hastalar öncelikle yoğun bakımda izlenir, stabilite sağlandıktan sonra servise transferleri gerçekleştirilir (Yavuz, 2010).

2.3.1. Koroner arter bypass greft cerrahisinde ameliyat öncesi hemşirelik bakımı

Ameliyat öncesi hazırlığın amacı hastanın ameliyat olacağı ana kadar iyilik halini sağlamak ve sürdürmektir. Ameliyat öncesi hazırlık dönemi;

- Hastanın daha hızlı mobilize olmasını ve daha erken taburcu olmasını,
- Hastanın bilmediği konularda eğitilerek ameliyat öncesi anksiyete ve stresin azaltılmasını,
- Taburculuk için gerekli planlamaların daha işlevsel olmasını,
- Hastanın özerkliğinin ve bakıma katılım oranının artırılmasını,
- Rehabilitasyon sürecine uyumu ve iletişim problemlerinin en aza indirilmesini sağlar (Lenart, 2014).

Eskiye oranla hastaların ameliyat öncesi hastanede geçirdikleri süreç azalmıştır. Bu nedenle ameliyat öncesi çoğu hazırlık hasta hastaneye yatırılmadan önce tamamlanır. Planlı cerrahi işlemlerde dahi servis hemşireleri çoğunlukla hastayı ya ameliyat gününde ya da ameliyattan bir gün önce görmektedir. Bu da ameliyat öncesi hazırlık için kısa bir zaman dilimi olduğu anlamına gelir. Hemşireler bu süreçte hastayı iyi değerlendirmeli ve zaman planlamalarını iyi yapmalıdırlar. Ameliyat öncesi hazırlık dönemi fiziksel hazırlık, psikolojik hazırlık ve ameliyat öncesi hastaya verilecek eğitimleri kapsayan 3 başlık altında incelenebilir.

Fiziksel Hazırlık

Bu süreçte öncelikle hastanın sistemik fizyolojik değerlendirilmesinin yapılması ve kaydedilmesi gerekir. Hastanın yaşı, beslenme özellikleri, sıvı elektrolit dengesi, sahip olduğu kronik hastalıklar, kullandığı ilaçlar, fizik muayene bulguları, tüm vücut sistemlerinin değerlendirilmesi, laboratuvar bulguları, tıbbi görüntüleme sonuçları ve kardiyovasküler cerrahi için ayrıca önem taşıyan elektrokardiyografi (EKG) sonuçları, göğüs grafisi ve kardiyak enzim düzeyleri değerlendirilmelidir (Öztekin, 2002). Ameliyattan önceki cilt hazırlığı tüm vücut banyosu, ameliyat bölgelerinin antiseptik solüsyonlarla temizliği ve kıl temizliğini içerir. Hasta ameliyattan bir gece önce tüm vücut banyosu yapar. KABG’te greft alınacak bölge de ameliyat için hazırlanır. Kıl temizliği hasta ameliyata gitmeden hemen önce veya ameliyathanede yapılır. Hasta ameliyathaneye gönderilmeden önce vital bulgu ölçümü yapılır ve anormal bulgular muhakkak ekibe bildirilir. Bütün laboratuvar sonuçları ve hasta dosyası hasta ile birlikte ameliyathaneye gönderilir. Makyaj oje, protezler, gözlük, lens vs var ise çıkarılır, hasta ameliyathane önlüğü ve bonesi ile ameliyathaneye transfer edilir (Erdil, Elbaş, 2016). Ameliyattan en az bir hafta önce ama mümkünse bir ay önce sigara kullanımı olan hastalarda sigara bırakılmalıdır. Ameliyat sonrası anestezi komplikasyonlarına bağlı olarak sekresyonların oluşmasında ve doku perfüzyonunda sigaranın olumsuz etkileri vardır. Ayrıca sigara kullanımı atelektazi ve

pnömoni riskini de artırır (Brunner, 2010; Lewis ve diğerleri, 2016). Hastanın önceden kullandığı ilaçların yan etkilerinin takibi önemlidir. Digoxin kullanan hastalarda en az 24-36 saat önceden ilaç kullanımı bırakılmalıdır. Eğer hastanın durumu uygunsa, istendik olan 7 gün önceden ilacı bırakmasıdır. Bunun nedeni dijital toksikasyonunu önlemektir. Aynı şekilde lasix türevi diüretik ilaçların kullanımı da 24-48 saat önceden bırakılmalıdır. Diüretikler kalp yetmezliği hastalarında sık kullanılır. Ancak ameliyat öncesinde sıvı kaybına ve hipokalemiye neden olabileceğinden kesilmesi tercih edilir. Kronik hastalıkları olan ve kortikosteroid, antihipertansif ve antidiyabetik ilaç kullanan hastaların da ilaç kullanımları ameliyata göre düzenlenmeli, gerekirse doz veya ilaç kullanım zamanı ayarlaması yapılmalıdır. hastalarda genellikle profilaktik amaçlı ameliyatın 12 saat öncesinde antibiyotik tedavisi uygulanır (Brunner, 2010).

Psikolojik Hazırlık

KAGB genellikle hastaların ve hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu cerrahi işlemlerdendir. Anksiyetenin derecesini; hastanın bilgi düzeyi, ameliyatın zorluğu ve riski hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişim ve ameliyatı bekleme süresi etkileyebilir (Cimilli, 2001). Hemşire hastayı stresin olumsuz etkilerinden korumak amacıyla bilgi eksikliğini giderilmesini sağlamalı, hastanın kendini ifade etmesine fırsat tanınmalıdır. Hasta ile korkuları, endişeleri, kendisini bekleyen süreç hakkında açık iletişim kurulmalıdır. Ayrıca hasta yakınlarının da psikolojik hazırlık sürecine dahil edilmesi hasta yararına olacaktır (Kocaman, 2008). Ameliyat öncesinde psikolojik hazırlık yapılan hastalarda, ameliyat sonrası ağrı düşük seviyelerde izlenmiş, ameliyat sonrası daha hızlı iyileşme sağlanmış ve hızlı taburculuk gerçekleşmiştir. Bu durum da maliyetlerin azaltılmasını sağlamıştır (Öztekin, 2002).

Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi

Ameliyat öncesinde hastaya verilmesi gereken eğitimler, her hastanın öğrenmesine en uygun yöntem seçilerek verilmelidir. Derin solunum egzersizleri ve ekstremiteler egzersizleri hasta bu dönemde öğretilir. Egzersiz eğitiminin verilmesi için en uygun zaman ameliyattan bir gün öncesidir. Daha erken dönemde verilen eğitimlerde hasta eğitim içeriğini ameliyat sonrası döneme kadar unutabilir. Ameliyattan hemen önce verilen eğitimlerde ise hastanın anksiyete düzeyi yüksek olduğundan, eğitime odaklanamayabilir. Derin solunum egzersizleri ameliyat sonrası doku perfüzyonunun sağlanması ve yara iyileşmesinin daha hızlı gerçekleşmesi için önemlidir. Ayrıca hastalar ameliyat süresince anestezi altında olduklarından spontan solunum gerçekleştiremeyeceklerdir. Bu nedenle solunum egzersizleri ameliyat sonrası akciğer kapasitesinin artırılmasına yardımcı olur. Öksürük egzersizleri bu hasta grubunda çok dikkatli uygulanmalıdır. Hasta eğitiminin amaçları; ameliyat sonrası gelişebilecek

komplikasyonlara yönelik önlem almak ve hastanın ameliyata yönelik kaygı ve stres düzeyini düşürmektir. Hasta eğitim sırasında endişeleri, korkuları, aklındaki soru işaretleri hakkında sorular sorması için cesaretlendirilir. Hasta yakınlarının da eğitime katılmaları ve eğitim sürecinin hasta, hasta yakını, hekim, hemşire işbirliğinde gerçekleşmesi başarılı sonuçları artıracaktır (Brunner, 2010).

2.3.2. Koroner arter bypass greft cerrahisinde ameliyat sonrası hemşirelik bakımı

KABG ameliyatı sonrası hemşirelik bakımı öncelikle gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi veya erken tanınmasına yöneliktir. Komplikasyon geliştirecekse genellikle ameliyat sonrası ilk hafta içinde fiziksel komplikasyonlara rastlanır. KABG’de hastada geniş sternotomi vardır ve ameliyat sonra hasta 12-24 saat mekanik ventilatöre bağlıdır. Klinik yatış süresi 5-6 gün olup iyileşme süresi ise 6-8 hafta arasında değişmektedir. Komplikasyonlar bu süreçte görülebilir (Glance ve diğerleri, 2015; Lewis ve diğerleri, 2016).

Postoperatif erken dönemde hastada hipovolemiye bağlı kalp debisinin düşmesi, asidoz, akut miyokard enfarktüsü, koroner kalp yetmezliği, kalp tamponadı, ritim düzensizlikleri, hemoraji, pulmoner emboli, ateş, depresyon, yara yeri enfeksiyonu, sıvı elektrolit dengesizlikleri, hipertansiyon, serebral emboli, konfüzyon, huzursuzluk, uyum sorunları, yaygın intravasküler koagülasyon (DIC), akut solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlar görülebilir. Daha geç dönemde ise yine yara yeri enfeksiyonu, hepatit, pankreatit, emboli, endokardit gibi önemli sorunlar ortaya çıkabilir (Solh ve diğerleri, 2006; Foot ve diğerleri, 2006, Kazaz ve diğerleri, 2006; Currey, Botti, 2005). KABG sırasında greft internal mammarian arterden alındıysa hasta ameliyat sonrası kolunda hissizlik yaşayabilir. Bu hissizlik durumu akut olabildiği gibi kalıcı da olabilir. Gastroeploik arterden alındıysa da ileus gelişmesine neden olabilir. Hemşire gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olmalı ve izlemine yapmalıdır (Salavati ve diğerleri, 2016)

KABG ameliyatları ciddi ameliyatlardır. Bu nedenle ameliyat sonrası hasta bir süre yoğun bakım şartlarında izlenir. Yoğun bakımda geçirilen süre hayati önem taşır. Burada hasta mekanik ventilatör destekli ve monitörize olarak izlenir. Nazogastrik sondası ve göğüs tüpü de mevcut olabilir. Hemşire hastaya uygulanan tüm invaziv girişimlerinin etkinliğini değerlendirmeli ve bakımlarını eksiksiz yapmalıdır. Yoğun bakımda geçirilen süreçte ilk 12 saat kritik önem taşır. İlk 4 saatte 15 dakikada bir daha sonraları yarım saatte bir olmak üzere hastanın vital bulguları ölçülür ve kaydedilir. Bu bulgular komplikasyon varlığını saptamak

için önemlidir. Ayrıca 4-12 saatte bir hastanın genel sistem muayenesi yapılmalıdır (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Genel sistem değerlendirmesinde dikkat edilecek bulgular her sistem için şu şekildedir;

Nörolojik değerlendirme;

Hasta ile konuşulduğunda verilen cevapların anlamlı olup olmaması, pupil muayenesi, ışık refleksi, ekstremitelerin muayenesi ve motor fonksiyonları, refleksler (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Kardiyolojik değerlendirme

Nabız, kalp sesleri, santral venöz basınç (CVP), pulmoner arter basıncı, pulmoner arter wedge basıncı (PAWP), sol atrial basınç (LAP), pulmoner damar direnci, pulmoner arter oksijen saturasyonu (SvO₂), kardiyak output, mevcutsa göğüs tüpünden gelen drenaj miktarı ve kardiyak enzim düzeyleri (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Solunum değerlendirmesi;

Akciğer radyografisi, solunum sayısı, solunum sesleri, solunum derinliği, göğüs tüpü var ise drenajı, arteriyel kan gazı bulguları, mekanik ventilatöre bağlı ise; ventilatör alanları oranı, tidal volüm, oksijen konsantrasyonu, ventilatör modu (PEEP, SIMV vs.), solunum oranı, basıncı, CO₂ oranı (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Ağrı değerlendirmesi

Ağrının yeri, şiddeti, sıklığı, süresi, artırıcı-azaltıcı faktörler değerlendirilmelidir (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Vasküler değerlendirme

Periferik nabız değerlendirmesi, deri rengi değerlendirmesi, dudak-kulak gibi perifer dokuların rengi, ısı, ödem değerlendirmesi, hastaya invaziv bir girişim uygulanmışsa bu bölgelerin değerlendirilmesi (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Sıvı-elektrolit değerlendirmesi

Hastanın muhakkak aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır. Hipokalemi durumunda; digital toksikasyonu ve ritim bozuklukları (U dalgası, AV blok, ters veya düz T dalgası) görülebilir. Hiperkalemi durumunda; mental konfüzyon, huzursuzluk, mide bulantısı, halsizlik, periferde duyu azalması ve ritim bozuklukları (T dalgası pik yapmış haldedir, QRS kompleksinde genişleme görülür, QT aralığı uzar) görülebilir. Hiponatremide; halsizlik, konfüzyon, kasılmalar, koma görülebilir. Hipokalsemide, kramplar, tetani, spazm ve hissizlik görülebilir. Hiperkalsemide ise digital toksisitesi ve asistoli görülebilir (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Renal değerlendirme

İdrar miktarı, idrar rengi, dansitesi ve osmolaritesi (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Hasta hem ameliyat sürecinde hem yoğun bakım sürecinde hem de sonrasındaki iyileşme sürecinde uzun bir süre hareketsiz bir dönem geçirecektir. Hareketsizliğin neden olabileceği komplikasyonlar hastada izlenmelidir. Ayrıca yatak içerisinde mümkün olduğunca egzersizler yaptırılarak hastanın dolaşımı artırılmaya çalışılır. Eğer vital bulgularda bir sorun yok ise hastanın semi fowler pozisyonunda baş 30° olacak şekilde yatması önerilir. Mekanik ventilatör bağlantısı kesildikten ve hasta ekstübe edildikten sonra derin solunum ve öksürük egzersizleri ile sekresyonların atılımı ve akciğer kapasitesinin artırılması sağlanır. İlk mobilizasyon genel rutinde postoperatif birinci günün bitiminde yaptırılır. Postoperatif 3. Günde hastanın çoğu tüp bağlantısı çıkarılmış olur. Uyku ve dinlenme bu dönemde önem arzeder. Bu nedenle hastanın ağrı yönetimi ve egzersiz planlaması iyi yapılmalıdır. Yara bakımı klinik protokolüne uygun şekilde yapılır (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Hastanın ameliyat sonrası psikososyal durumu da fiziksel durumu kadar önemlidir. Depresyon, psikoz gibi durumlar görülebilir ya da hastada inkar durumu oluşabilir. Hemşire psikoz açısından; hastanın illüzyonları oluşmadığını, görsel ya da duyuşal hallüsinasyon varlığını, oryantasyon problemlerini ve paranoid sanrılarını değerlendirmelidir (Brunner, 2010; Çiftçi, 2006).

Hasta yakınları da değerlendirilmeli ve baş etme mekanizmalarının, psikolojik, duygusal ve sprituel ihtiyaçlarının etkinliği araştırılmalıdır.

2.4. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Taburculuk

Planlı taburculuk eğitimi ve danışmanlığın ana bileşenleri, hastalığın neden olduğu problemler ve karşılaşılabilecek problemlerin sayısı ile daha rahat başa çıkmak için hastaların kendi kendine bakım davranışlarını geliştirmelerine yardımcı olmayı hedefler. KABG ameliyatı, hastaların ve ailelerinin hayatlarına bir yük getiren önemli bir olaydır. Bu nedenle hastaların ve yakınlarının yardıma ihtiyaçları vardır. KABG ameliyatını takiben hastalar, iyileşme sürelerinin çoğunu evde ya da bakım ihtiyaçlarını karşılamak zorunda olan aile üyeleriyle geçirirler. Değişen şartlar, hastalara gerekli bakım bilgilerinin ve becerilerinin aktarılmasını ve taburcu olmadan önce bu bilginin danışmanlıkla güçlendirilmesini gerektirir. KABG ameliyatı geçiren hastalara taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmeti verilmesi bilgi ve becerilerini artıracak, kendi kendine bakım davranışını geliştirmelerine yardımcı olacak, hastalar kendi sağlıklarının sorumluluğunu üstlenecek, hastalığın neden olduğu problemlerle daha rahat başa çıkacak ve muhtemelen azaltacak ve karşılaşılabilecekleri problemlerin sayısını azaltacaktır (Cebeci, Çelik, 2011).

Taburculuk planlaması hastanın eve nasıl taburcu edileceğinin planlanması ile başlar. Bu durum hasta için stresli bir durumdur ve hasta yakınları ile birlikte planlanmalıdır. Hasta eve

gittikten sonra mümkünse bir süre uyuyarak dinlenmesi ve ziyaretçi kabul edilmemesi önerilir. Taburculuk öncesinde analjezik uygulanması transfer işlemini rahatlatır. Hastanın giydiği kıyafetler ve giderken kullanılacak araç rahat ve konforlu olmalıdır. Kendisini yorgun hissetmesinin normal olduğu hastaya açıklanır (Akbari, Çelik, 2018).

Verilecek taburculuk eğitiminin belirli konu başlıklarını içermesi ve hastaya yazılı olarak da verilmesi gerekir (Akbari, Çelik, 2018). Bu konu başlıkları şöyle toparlanabilir;

Ağrı kontrolü

KABG sonrasında; hastanın sternumunda geniş bir insizyon varlığı, çıkarılan ven bölgesindeki insizyon, göğüs tüplerinin yerleştirilmesi ve uygulanan diğer girişimler nedeniyle ağrı olabilir. Ameliyat sonrası ilk dönemde şiddetli seyreden ağrının zamanla azalması beklenmektedir. Yapılan çalışmalar hastaların özellikle öksürürken şiddetli ağrı yaşadıklarını göstermektedir. Ağrı kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması ve ağrının değerlendirilmesi önem taşır. Ağrı değerlendirmesi çeşitli ölçekler yardımıyla yapılabilir. Taburculuk sonrasında etkin bir ağrı yönetimi için bireye uygun nonfarmakolojik yöntemler seçilerek, reçete edilen analjezik rejiminin uygulanması konusunda hastaya danışmanlık yapılmalıdır (Türkkan, 2016).

Araba kullanımı

İlk 4-6 hafta hasta araba kullanmamalıdır. Bunun sebebi ameliyatın hastadaki kümülatif etkisi nedeniyle yorgunluk oluşması ve reflektif tepkilerin azalmasıdır. Hastada sternotomi nedeniyle derin bir insizyon vardır ve bu yaranın iyileşmesi de yaklaşık 4-6 hafta sürmektedir. Araba içerisinde oluşabilecek herhangi bir travma durumunda emniyet kemeri takılı olsa dahi göğüse baskı yapacağından bu insizyonun açılması söz konusu olabilir. Hastaya araç içerisinde seyahat edebileceği fakat aracı kendi kullanmaması gerektiği ve uzun süreli yolculuklardan uzak durması gerektiği hususunda bilgi verilmelidir. Uzun süreli yolculuk yapacak ise kan dolaşımının artırılması sağlanmalı ve ödem oluşumu engellenmelidir, bunun için de sık sık mola verilerek hasta yürütülmelidir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Kişisel hijyen

Ameliyat sonrası duş alınması yara bölgesinde kanamaya neden olabileceğinden hasta dikişlerin alınmasını takiben bir gün sonra banyo yapabilir. Dikişler ise genellikle taburculuk sonrası birinci hafta bitince alınır. Bu nedenle hastaya ilk bir hafta ameliyat bölgesini koruması gerektiği, pansumanların ıslanmasını önlemesi gerektiği söylenmelidir. Bu zamana kadar vücudun diğer bölgeleri için silinerek temizlik sağlanabilir. İlk banyoda hastanın yanında birinin bulunmasında fayda vardır ve oturarak banyo yapması tavsiye edilir. Sıcak su bitkinliğe neden olabilir ve hastada baş dönmesi görülebilir. Bu nedenle ılık bir duş

önerilir. İnsizyon bölgesi temizlenirken basınç uygulanmamalı ve keselenmemelidir, yumuşak bir şekilde sabunla temizlenebilir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Derin solunum ve öksürük egzersizleri

Ameliyat sonrası yara iyileşmesi için doku perfüzyonunun sağlanması önemlidir. Bu nedenle hastaya ameliyat sonrası oksijenasyonu artırmak amacıyla derin solunum egzersizleri, sekresyonların atılımını sağlamak amacıyla da öksürük egzersizleri yaptırılır. Egzersizler ameliyattan bir gün önce hastaya öğretilmelidir. Daha erken öğretilmesi verilen eğitimin hasta tarafından unutulmasına, daha geç öğretilmesi ise ameliyat stresi nedeniyle eğitimin başarısının düşmesine neden olabilir. Ameliyat sırasında hasta mekanik ventilatöre bağlıdır. Bu nedenle spontan solunum gerçekleştiremez ve sekresyonlarını atamaz. Egzersizlerin amacı spontan solunum fonksiyonunun ve akciğer kapasitesinin geri kazanılmasını sağlamaktır. Öksürük egzersizleri sırasında yara bölgesindeki ağrıyı azaltmak amacıyla bölge yastık yardımıyla desteklenebilir. Solunum egzersizi için hastaya spirometre kullanması da tavsiye edilebilir (Erdil, Elbaş, 2016).

Diyet

İyi bir yara iyileşme süreci için beslenme çok önemlidir. KABG sonrası hastaların kalp koruyucu diyet almaları tavsiye edilir. Bu diyet içeriğinde kolesterol, doymuş yağ, şeker, tuz ve kafein kısıtlanır. Gazlı ve alkollü içeceklerden, kızartmalardan, krema ve tam yağlı peynirlerden uzak durulması önerilir. Genel olarak proteinden zengin, yağ ve tuzdan fakir diyet önerilir. Yağsız et, tavuk, haşlanmış balık, kepek ekmeği, çorbalar, sebze ve meyve, yağ oranı az olacak şekilde süt ve yoğurt, yağ olarak ise sıvı yağ bu diyetin içerisinde tercih edilebilir besinlerdir. Dondurma, kuruyemiş, sakatat, tatlılar, kola, çikolata, kek, kızartmalar ve kızarmış bütün besinler, sosis, patlamış mısır, cips gibi besinler ise KABG sonrası hastaların uzak durması gereken besinlerdir. Ameliyat sonrası konstipasyon valsalva manevrasına ve ağrıya sebep olabileceğinden konstipasyon gelişmemesi amacıyla hastaya, posalı ve lifli gıdalar tüketmesi ve sıvı alımını dengeli düzeyde tutması önerilir. Hastalara taburculuk eğitiminde ayrıntılı listeler ile, tüketebileceği besinler, ara sırada tüketebileceği besinler ve uzak durması gereken besinler anlatılmalı ve yazılı olarak da verilmelidir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Egzersiz

KABG hastalarında egzersiz hem kan dolaşımını artırması hem de enerji düzeyini artırması yönünden önemlidir. Ameliyat sürecindeki hareketsizlik nedeniyle kasların yeniden eski gücüne kavuşturulmasında da egzersiz önem taşır. Fakat bu gücün yeniden eskisi gibi olması zaman alabilir ve bu nedenle hastaya ve ailesine bu süreçte sabırlı olunması gerektiği, yeterli dinlenmenin önemi, dispne veya göğüs ağrısı gibi belirtiler görülürse egzersizin

sonlandırılması gerektiği gibi bilgiler verilmelidir. Açık havada düzenli yürüyüşler tavsiye edilir. Hastanın egzersiz sırasında terlemekten kaçınması, bitkin düşmemesi, kısa mesafelerle başlayarak giderek mesafeyi artırması önerilir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Merdiven çıkma

Hasta merdiven çıkabilir ancak acele etmemesi ve eğer ağrı veya yorgunluk hissederse oturup dinlenmelidir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Dinlenme

Gece uykusunun düzenli ve 8-10 saat olması tavsiye edilir. Taburculuk sonrası ilk iki hafta gün içerisinde en az iki kere 20-30 dk dinlenmesi önerilir. Bu dinlenmelerde hastanın yaptığı işi bırakması yeterlidir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Antiembolik çorap kullanımı

KABG sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) riski yüksektir. İşlem sırasında bacadaki greft alınması, Derin Ven Trombozu (DVT) riskini de artırır. Bu nedenle antiembolik çorap kullanımı önerilir. Antiembolik çorap venöz geri dönüşü artırarak bacaklarda kanın göllenmesini ve trombus oluşumunu engeller. Antiembolik çorap ameliyat sonrasında 24 saat hiç çıkarılmaz. Daha sonraki günler geceleri uyurken çıkarılabilir ve 2 saatte bir de 15 dakikalık sürelerle indirilerek bacak dinlendirilebilir. Taburculuk sonrası hasta normal aktivite düzeyine geri dönene kadar giyilmesi önerilir. Çorabın kullanımı sırasında kırısklık olmaması gerekir çünkü bu kırısklıklar basınca neden olarak istenilenin aksine dolaşımı bozabilir. Çorabı nasıl kullanacağı ve kullanırken nelere dikkat edileceği konusunda hasta ve yakınlarına eğitim içeriğinde bilgi verilmelidir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Günlük yaşam aktiviteleri ve çalışma hayatı

Taburculuk sonrası ilk kontrole gelene kadarki süreçte ev işlerini yapmaması önerilir. Daha sonraki süreçlerde hasta yeterince iyi ve kuvvetli hissederse hafif ev işlerini yapabilir. Ancak itme-çekme hareketlerini yapmaması, 5 kg'dan fazla olan ağırlıktaki nesnelere kaldırmaması, valsalva manevrasına neden olabilecek hareketleri yapmaması söylenir. Bu tarz hareketler sternum insizyonunun açılmasına neden olabilir. Hastanın yaptığı işe göre ve çalışma ortamına göre değerlendirme yapılarak ameliyat sonrası 4-6 hafta içindeki kontrolünde çalışma hayatına geri dönüp dönemeyeceği konusunda bilgi verilebilir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Cinsel yaşam

Hastalar ve eşleri cinsel hayatları konusunda kaygı duyabilirler. Cinsel ilişkiye ne zaman başlayacaklarını ya da bir hasara neden olup olmayacağını öğrenmek isteyebilirler. Taburculuk eğitiminde bu konuya yer verilmeli, hastalara kaygılanmamaları, dinlenmiş

hissettikleri vakitte cinsel ilişkiye girebilecekleri fakat sternum inzisionunun zorlandığını hissettiklerinde cinsel aktiviteyi ertelemeleri gerektiği söylenmelidir. Eğer hasta kadınsa, gebelik planlamasını mutlaka doktor kontrolünde yapmalıdır (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Sigara kullanımı

KABG olan hastaların ameliyattan bir ay önce, en geç bir hafta önce sigarayı bırakması ve ameliyat sonrası da sigara kullanmaması, sigara dumanına maruz kalmaması gerekir. Sigara akciğerlere olan olumsuz etkileri nedeniyle doku perfüzyonunu bozarak yara iyileşmesini geciktirir. Ayrıca vazokonstrüksiyona, hipertansiyona, koroner vasküler spazma da neden olur. Hasta sigara bağımlısı ise bu süreçte muhakkak sigarayı bırakması gerekir. Sigara içme isteği geldiğinde şekersiz sakız çiğnemesi ve sigarayı çağrıştıran içeceklerden (çay, kahve, alkollü içkiler vs.) uzak durması tavsiye edilebilir. Bunlara karşın kişi sigarayı bırakamıyorsa tıbbi destek almalıdır (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Kilo kontrolü

KABG sonrası vücutta su tutulmasına bağlı kilo artışları görülebilir. Böyle bir komplikasyon gelişirse hastanın hekime başvurması gerekir. Bunun tespiti için hasta her gün sabah tuvaletten sonra mümkünse çıplak olarak tartılmalıdır. Günde 1-1,5 kiloya varan artışların yağlanmadan değil ödemden kaynaklandığı düşünülebilir (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

İlaçlar

KABG sonrasında hastaya ek olarak analjezik ve antikoagülan ilaçlar başlanabilir. Antikoagülan ilaç kullanan hastaların belirli aralıklarla trombosit, kanama zamanı, INR, pıhtılaşma zamanı gibi kan tetkiklerini yaptırması gerekir. Hemşire taburculuk eğitiminde hastanın kullanacağı tüm ilaçlar hakkında bilgi vermelidir. Hasta ilaç dozunu almayı unutmuşsa bir sonraki saatte çift doz almaması gerektiği söylenmelidir. (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

Sağlık kontrolleri

Hastalar ameliyat sonrasında taburculuğu nasıl yönettiklerinin değerlendirilebilmesi için belirli aralıklarla sağlık kontrollerine gitmelidir. Hastanın ağrı yönetiminin, sıvı elektrolit dengesinin, kan basıncı ve kan şekeri düzeylerinin, laboratuvar bulgularının değerlendirilebilmesi için ve taburculuk sonrası herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediğinin gözlemlenmesi için kontrollerine gitmesi gerektiği vurgulanmalıdır (Yılmaz, Çiftçi, 2009; Çiftçi, 2006).

2.5. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Hasta Gereksinimleri ve Evde Bakım

Ameliyat sonrası hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise iyileşme süreçlerini evde devam ettirmeleri hem hastalar açısından hem de sağlık giderleri açısından olumlu sonuçlar doğuracaktır. Hastane ortamı hem stresli hem de enfeksiyonlara açık bir ortamdır. Evde bakım kavramının ortaya çıkışı maliyet azaltmak ve mevcut riskleri önlemek amacıyla ve sağlık hizmetlerinin sınırlı olması nedeniyle ortaya çıkmıştır (Bardakçı ve diğerleri, 2007). Bu süreçten sonra yapılan araştırmalar göstermektedir ki evde bakım hizmetleri hastane yatış süresini %35-50, hastaneye gelen hasta sayısını ise %65 oranında azaltmıştır (Yılmaz, Çiftçi, 2009). İşlevsel bir evde bakım hizmetinin varlığı, hastaların tedavileri tam olarak tamamlanmamışsa dahi bildikleri ve alıştıkları ev ortamına dönebilmelerini sağlar (Elbaş, 2002).

Evde bakım hizmetlerinin gelişimi hemşireler için de yeni bir çalışma ortamı sağlamıştır. Bakım, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını birlikte içeren evde bakım süreci multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Bu süreç esas olarak, taburculuk planlamasını, tedaviyi ve bakımın devamlılığını birlikte içeren bir süreçtir. Taburculuk eğitimi evde bakım sürecinin en önemli konularından birisidir. Hastanın bakımı ile ilgili uygulamaları sağlık çalışanlarına ihtiyaç duymadan da yapabilmesini ve sorumluluk almasını sağlayarak özyeterliliğine katkıda bulunmuş olur (Çiftçi, 2006).

Evde bakım hizmetleri ile;

- İyileşme süresi kısalır.
- Stres azalır.
- Komplikasyonlar (örn; hastane enfeksiyonları) azalır.
- Sağlık giderleri ve maliyet azalır.
- Hızlı taburculuk ile hastanede daha fazla bireye sağlık hizmetlerinin ulaştırılması sağlanır.
- Hastalar kendi sorumluluklarını aldıklarından bağımsızlık düzeyleri artar.
- Hastaların yaşam kalitesi artar.
- Ailede bütünlük korunmuş olur.
- Tedavi ve bakım uygulamaları daha konforlu bir ortamda sağlanır (Aştı, 2003; Elbaş, 2002).

Cerrahi işlemler hasta fizyolojisinde önemli değişikliklere neden olarak homeostatik dengenin bozulmasına neden olur. Cerrahi açlık, anestezi, hareketsizlik, stres gibi cerrahinin gerekliliği olan durumlar bireyi fizyolojik ve psikolojik olarak etkiler. Cerrahi sonrası bu dengenin yeniden sağlanması ve sürdürülmesi iyileşme süreci için önemlidir. Bu süreç

hastanede olduğu gibi evde de devam eder. Dolayısıyla cerrahi hastasının evde bakımı bir çok faktör değerlendirilerek planlanmalıdır. Hastanın geçirdiği ameliyat, ameliyat komplikasyonları, ameliyatı dışındaki kronik hastalıkları, yaşı, bakımını üstlenecek bir yakınının olup olmadığı bu faktörlerden bazılarıdır (Erdil, Bayraktar, 2005).

Kalp damar cerrahisi hastalarında taburculuğun gecikmesi, komplikasyon gelişme olasılığını da artırmaktadır (Çiftçi, 2006). KABG ameliyatı geçiren hastalar yaklaşık 3-7 gün sonra evlerine taburcu olmaktadır. Ancak bu sürecin kısa olması hastanede verilen bakım uygulamalarının evde de devam etmesini zorunlu kılmaktadır. Bu noktada hastaya iyi bir taburculuk eğitimi verilmesi gerekir. Bu eğitim içeriğinde; ağrı yönetimi, fiziksel aktivite, kaliteli uyku, psikososyal ihtiyaçlar, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal destek gibi konuları içermelidir. Ayrıca KABG sonrası gelişebilecek komplikasyonların belirtileri hasta ve hasta yakınlarına anlatılmalı, bu belirtiler görüldüğünde acil olarak başvurabilecekleri sağlık merkezleri ya da iletişim kurabilecekleri kişiler hakkında da bilgilendirilmelidirler (Yılmaz, Çiftçi, 2009). Hastanın kullanacağı ilaçlar ile ilgili; kullanım yolu, kullanım dozu, ilaç saatlerinin planlanması konusunda hastaya eğitim verilmelidir. Hasta ve ailesinin yeterli bilgilendirilmemesi sağlığı sürdürmede güçlükler neden olabilir. KABG sonrası yetersiz taburculuk eğitimi; bacakve yara bakımının yetersiz olmasına, lenf ödeme, mobilizasyon ve transferlerle ilgili yanlış uygulamalar sonucu yaralanmalara, enfeksiyona, ilaç toksikasyonlarına, komplikasyonların geç farkedilmesine neden olabilir. Yapılan çalışmalar hasta ve hasta yakınlarının bu konularda eğitim almakta istekli olduklarını göstermektedir (Özcan, 2008).

Hemşireler hastaların taburculuk eğitiminde önemli rollere sahiptir. İyi bir taburculuk eğitimi hastaların evde geçirdikleri süreçte;

- Anksiyete ve korku düzeylerini azaltır,
- Komplikasyon oluşma riskini azaltır,
- Rol ve işlev kaybını azaltır,
- Stresle baş etme mekanizmalarının güçlenmesini sağlar,
- Homeostazisin daha hızlı dengelenmesini sağlar,
- Özyeterliliklerini artırır,
- Bağımsızlıklarını artırır ve
- Ortaya çıkabilecek sorunlara çözüm üretme sürecine daha kolay adapte olmalarını sağlar (Lorenz, Coyte, 2002).

2.6. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Sonrası Evde Bakımda Telefonla Hemşire Danışmanlığı

Hastaların taburculuk sonrası evde gereksinimlerinin belirlenmesi telefon hemşireliği ile yapılabilir (Hindistan, Çilingir, 2012). Örneğin Rollman ve arkadaşlarının 2009 yılında KABG ameliyatı sonrası hastaların depresyon bulgularını azaltmak için yaptıkları araştırmada; hemşireler ameliyat sonrası hastaların telefon ile gereksinimlerini 8 ay boyunca belirlemiş ve hastaların birinci basamak hekimlerine ve psikiyatri uzmanına ulaşarak; hastaların fiziksel ve duyu durumlarına yönelik müdahalelerin yapılmasında etkili olmuşlardır. Hastalarla telefon görüşmeleri 15 ila 45 dakika arasında sürmüştür. Hastaların gereksinimlerine göre 8 ay takipleri sürdürülmüş ve fiziksel psikolojik ihtiyaçlarına çözüm aranmıştır.

Profesyonel hemşireler telefon kullanarak hastaların sağlık durumlarını saptar, girişimlerini yapar ve değerlendirmelerini kayıt eder. Telefon aracılığıyla hemşirelik bakımında; evde bakım hizmetlerini sürdürmek, kronik hastalığı olan hassas kişilere, yaşlılara, engellilere ulaşmak, ilaç uygulamalarını planlamak, hastaların sağlık birimlerine kontrollerinin hatırlatmak, cerrahi işlem sonrası izlemi sürdürmek, özellikle gününbirlik cerrahi de acil yardımı sağlamak gibi kavramlar yer almaktadır (College of Registered Nurses of Nova Scotia (Yeni İskoçya Lisanslı Hemşireler Koleji), 2008). Hemşireler telefon çağrı merkezi hizmetleri ile triyaj yapabilir, hasta ve yakınlarının endişelerini azaltabilir, protokol veya algoritma odaklı yazılım kullanarak hastalara sağlık bilgisi sağlayabilir. Bu bilgileri telefon ve e-posta yoluyla güvenli bir şekilde verebilir, hasta veya yakınlarıyla mesajlaşarak soruları cevaplayabilir, öz bakımını teşvik edebilir, acil yardım hattı hizmetleri sağlayabilir, yara bakımından enfeksiyon kontrolüne kadar çeşitli konuları sağlık merkezlerine uzak ailelere kadar ulaştırabilirler (CRNNS, 2008).

Telefon aracılığıyla hastalara hizmet vermenin avantajları vardır. Örneğin kalp yetmezliği olan bir hastada eğitilmiş hemşirelerin, kilo takibi ve sıvı alımını ayarlama gibi basit önlemler konusunda hastalara danışmanlık yapmaları için yapılandırılmış telefon destek programları, tekrarlayan hastane başvurularının azaltılmasında ve sağlık bakım maliyetlerinin sınırlandırılmasında yararlı bulunmuştur. Evde izlem yapan kardiyoloji hemşireleri; hasta ile kardiyolog arasında bir köprü görevi yapar ve hastaneden taburcu olduktan sonra telefonla veya e-posta ile hasta ve yakınlarına ulaşabilir. Nabız sayısı, kan basıncı ve kilo değişimi, bacaklarda ödem, nefes darlığı ve güçsüzlük gibi hasta bulgularını hemşire izleyebilir; hasta ve yakınlarının gereksinim duydukları bilgileri telefon aracılığıyla tekrar verebilir. Görüldüğü üzere klinik alandan taburculuk sonrası hastaların evde izlemlerinin sürdürülmesinde ve danışmanlık yapılmasında hemşireler telefon aracılığıyla hastalarına

destek vermektedir. Telefon aracılığıyla verilen hemşirelik hizmetlerinin bir başka olumlu özelliği de hastaneden uzak bölgelerde yaşayan kişilere ulaşılabilirliktir. Telefon ile sağlık hizmeti vermede sadece hasta danışmanlığı söz konusu değildir. Hastaların fizyolojik testleri ve bulguları, radyografi görüntüleri gibi bilgiler tele sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır. Bu veriler birinci basamak doktorları hemşireleri ile hastanede yer alan sağlık personelleri arasında bilgi aktarımının da kolay yapılmasını sağlar. Entegre edilmiş tele sağlık hizmetleri koruyucu, rehabilite edici ve tedavi sağlayıcıdır. Bu hizmetler; tüm sağlık personellerinin iş birliği içinde olmasına, sağlık bakım maliyetlerinin düşmesine, hasta bakım kalitesinin artmasına da katkı sağlamaktadır (Barlow ve diğerleri, 2007).

Telefon aracılığıyla ya da video görüntülü danışmanlık hizmetlerinde hemşireler hastaların kaygılarını azaltabilir, hastaların yaşlıların kendi kendine bakım davranışı sorunlarını çözebilirler onları cesaretlendirebilirler. Hasta ve yakınları telefon hemşireliği ile sağlık personeline çok kolay ulaşabilir, kısa bir süre içinde (24 saat) bir sağlık uzmanına başvurmaları gereken durumlara yönelik tavsiyeler elde edebilir, mevcut durumlarının kötüleşmesi halinde hemşirelerden danışmanlığı kolay elde edebilirler (Hagan ve diğerleri, 2000).

Hartford tarafından 2005 yılında KABG hastalarının ve eşlerinin katılımıyla yapılan bir çalışmaya göre, telefon hemşireliğinin kullanılması hastaların kendi kendilerine bakım davranışlarının gelişmesine ve hemşirelerin sağlığın geliştirilmesi konusunda rehberlik etmesine katkı sağlamıştır (Hartford, 2005).

Bikmoradi ve diğerleri tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmaya göre ise; telefonla hemşirelik danışmanlığı KABG hastalarında, zaman ve yer sınırlaması olmaması, herhangi bir ek maliyete ve bilgiye ihtiyaç duyulmaması, hizmeti almak için seyahate gerek duyulmaması nedeniyle tedavi ve bakım planlarına bağlılığı artırmıştır (Bikmoradi ve diğerleri, 2016).

2.7. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına etkisini belirlemek, öğrenme gereksinimlerini belirlemek, komplikasyonları belirlemek ve önlemek amacıyla yarı deneysel olarak yapıldı.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırmada kalp damar cerrahisi hastalarının telefon ile evde gereksinimleri saptanarak bilgi verildi ve danışmanlık hizmeti sağlandı. Bu nedenle araştırma yarı deneysel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Bu araştırma SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde gerçekleştirildi. Çalışmanın verileri 15 Temmuz 2018-8 Ocak 2019 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kalp Damar Cerrahisi Servisi'nde KABG ameliyatı geçirmiş ve taburculuğu planlanmış hastalar oluşturdu. Araştırmada evreni bilinen büyüklükte örneklemin hesaplanması formülü kullanıldı.

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

N: Anakütle büyüklüğü

n: Örneklem büyüklüğü

p: İlgilenilen olayın görülme olasılığı

q: 1-p (veya ilgilenilen olayın görülmemesi olasılığı)

d: kabul edilen \pm örnekleme hata oranı

$t_{(\alpha, sd)}$: α anlamlılık düzeyinde, serbestlik derecesine göre t tablosu kritik değeri

Bu formüle göre KABG ameliyatı yapılan en az ilkokul mezunu, 40-65 yaş arası, işitme problemi olmayan, telefon ile danışmanlık verecek hemşire nedeniyle, Türkçe konuşan ve anlayan, ilk defa KABG ameliyatı olacak vaka sayısı 2016 yılında 120'dir. Evreni bilinen örnekleme güven aralığı yüzde 80 alınarak hesaplama yapıldığında araştırmaya dahil edilecek hasta sayısı 60 dır. (Bu formüle göre hata payı hesaplandığında güven düzeyi ve yüzdesi %80 alındı sonuç olarak %5 hata payı bulundu.)

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Temmuz 2018-8 Ocak 2019 tarihleri arasında KABG ameliyatı olan, taburcu olması kesinleşmiş fakat klinikten henüz ayrılmamış olan hastalarla yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı ve hasta tanılama formu dolduruldu. Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden hastalardan, bilgilendirilmiş yazılı onam alındı. Görüşmede, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra veri toplama araçları tanıtıldı. Hastalara klinik rutinde gereksinim duydukları bilgiler broşür verilerek karşılanmaya çalışılmakta ancak broşür tek tek anlatılmamakta, evde okunması için verilmektedir. Araştırmada hastalar taburcu olduktan sonra telefon ile görüşme yapılarak, bilgi gereksinimleri belirlendi ve evde yaşadıkları problemler belirlenerek gerekli eğitimler için telefon ile hemşire danışmanlığı sağlandı.

3.4.1. Veri toplama araçları

- Verilerin toplanmasında;

- Hasta Onam Formu (EK-1),
- Hasta Tanılama Formu (EK-2)
- Telefonla Hasta Gereksinimleri Saptanması Anketi (EK-3) kullanıldı.

- **Hasta Onam Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form (EK-1) araştırmanın nasıl olacağını anlatmakta ve hastalardan onam almaktaydı.

- **Hasta Tanılama Formu:** Bu form araştırmacı tarafından oluşturuldu. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadığı yer, gelir gider durumu, sosyal güvence durumu, ek bir hastalığın varlığı, sigara kullanımı, evde kiminle yaşadığı, evde bakım verecek birinin varlığı, taburculuk eğitimi alıp almadığı, taburculuk eğitimi aldıysa kimden aldığı, boy, kilo, hastaneye yatış tarihi, ameliyat tarihi, taburculuk tarihi ile ilgili 18 soru bulunmaktaydı (EK -2).

- **Telefonla Hasta Gereksinimleri Saptanması Anketi:** Bu form hastaların taburculuk sonrası bulgularını, komplikasyonlarını ve bakım sonuçlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturuldu (EK-3).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

-**Bağımlı değişken:** Telefon ile hemşire danışmanlığı

-**Bağımsız değişken:** Taburculuk sonrası bulgular ve hasta öğrenme gereksinimleriydi

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Sosyodemografik verilerin istatistiksel analizleri SPSS (IBM SPSS Statistics 2.0) adlı paket program kullanılarak sayı ve yüzde ile değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmada yüz yüze iletişim kurmamak ve telefon ile görüşmek veri toplamada zaman açısından problem yarattı. Her telefon görüşmesi kişilerin anlamasına göre değişebilir. Hastalarla görüşme kronometre tutularak belirlendi ve yazıldı.

3.8. Araştırmada Etik Kurallar

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastanenin bağlı olduğu SANKO Üniversitesi Etik Kurulu'nun 01.12.2017 tarihinde 2017/08 oturum numaralı oturumunda oy birliği ile alınan 11 no'lu karar ile etik onay ve SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Başhekimliği'nden yazılı izin alındı. Ayrıca hastalara ve yakınlarına araştırma hakkında bilgi verilip, bireysel bilgilerin korunacağı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesine uyuldu. Hastaların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Özerklik" ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesine uyulmasına özen gösterildi. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek "Kimliksizlik ve güvensizlik" ilkesi yerine getirildi.

4. BULGULAR

Sosyodemografik verilere ait bulgular Tablo 4.1.'de ifade edilmiştir.

Tablo 4.1. Hasta tanımlama durumu (n=60)

Yaş Grupları (Yaş ortalaması 63,85±8,3, min:44 – max:92)	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
50 yaş ve altı	7	%11,7
51-70 yaş arası	43	%73,3
71 yaş ve üzeri	10	%15
Cinsiyet		
Erkek	38	%63,3
Kadın	22	%36,7
Medeni durum		
Evli	55	%91,7
Bekar	5	%8,3
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	6	%10
Okur yazar	3	%5
İlköğretim mezunu	18	%30
Lise mezunu	16	%26,7
Üniversite ve üzeri	17	%28,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	32	%53,3
Çalışmıyor	28	%46,7
Yaşanılan yer		
İl merkezi	24	%40
İlçe	26	%43,3
Köy	10	%16,7
Ekonomik durum		
Gelir giderden az	25	%41,7
Gelir gidere eşit	27	%45
Gelir giderden fazla	8	%13,3

Tablo 4.1. Hasta tanılama durumu (devamı) (n=60)

Sosyal güvence	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	60	%100
Yok	0	%0
Beden Kitle İndeksi (BKİ)*	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
18 ve 25,9 arası	21	%35
26 ve 30 arası	22	%36,7
30 ve üzeri	17	%28,3
Ek hastalık varlığı	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	33	%55
Eşlik eden hastalık		
DM	17	%28,3
HT	6	%10
DM+HT	6	%10
Diğer	4	%6,7
Yok	27	%45
Sigara kullanımı	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	11	%18,3
Kullanılan sigara miktarı		
1 paket ve altında	7	%11,6
1 paket üzerinde	4	%6,7
Yok	49	%81,7
Bakım verecek kişi varlığı	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	58	%96,7
Bakım verecek kişiler		
Hastanın eşi	46	%76,7
Hastanın çocukları veya gelini	12	%20
Yok	2	%3,3

** BKİ Sınıflaması: Zayıf=BKİ ≤ 21,9; Normal=22,0-25,9; Fazla Kilolu=26,0-29,9; Obez=BKİ≥30,0

Tablo 4.1. Hasta tanılama durumu (devamı) (n=60)

Taburculuk eğitimi alma durumu	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	60	%100
Taburculuk eğitimi kimden aldığı		
Doktor	12	%20
Hemşire	39	%65
Doktor ve hemşire	9	%15
Yok	0	%0

Çalışmaya katılan hastaların %11,7'si (7 hasta) 50 yaş ve altında, %73,3'ü (43 hasta) 51-70 yaş arasında, %15'i (10 hasta) ise 71 yaş ve üzerindedir.

Çalışmaya katılan hastaların %63,3'ü (38 hasta) erkek, %36,7'si (22 hasta) kadındır.

Çalışmaya katılan hastaların %91,7'si (55 hasta) evli, %8,3'si (5 hasta) bekar.

Çalışmaya katılan hastaların %10'u (6 hasta) okur yazar değildir. %5'i (3 hasta) okur yazmaz. %30'u (18 hasta) ilköğretim mezunu, %26,7'si (16 hasta) lise mezunu, %28,3'ü (17 hasta) üniversite ve üzeri mezundur.

Çalışmaya katılan hastaların %53,3'ünün (32 hasta) aktif çalışma hayatı varken, %46,7'sinin (28 hasta) aktif çalışma hayatı yoktur.

Çalışmaya katılan hastaların %40'ı (24 hasta) il merkezinde yaşarken, %43,3'ü (26 hasta) ilçede, %16,7'si (10 hasta) köyde yaşamaktaydı.

Çalışmaya katılan hastaların %41,7'sinin (25 hasta) geliri giderinden az, %45'inin (27 hasta) geliri giderine eşit %13,3'ünün (8 hasta) geliri giderinden fazlaydı.

Çalışmaya katılan hastaların tümünün sosyal güvencesi vardı.

Çalışmaya katılan hastaların %35'i (21 hasta) normal kiloda iken, %36,7'si (22 hasta) kilolu, %28,3'ü (17 hasta) ise obez.

Çalışmaya katılan KABG hastalarının %55'inde (33 hasta) eşlik eden bir hastalık mevcut iken, %45'inde (27 hasta) mevcut değildir. Tüm hastaların %28,3'ünde (17 hasta) DM, %10'unda (6 hasta) HT, %10'unda (6 hasta) hem DM hem HT bulunmaktaydı. %6,7'sinde (4 hasta) ise astım (2 hasta), kolesterol ve hipotiroidi (1 hasta), romatoid artrit (1 hasta) gibi diğer ek hastalıklar bulunmaktaydı.

Çalışmaya katılan hastaların %18,3'ü (11 hasta) sigara kullanırken, %81,7'si (49 hasta) sigara kullanmamaktaydı. Hastaların %11,6'sı (7 hasta) günde 1 paket ve altında sigara kullanırken %6,7'si (4 hasta) günde 1 paket üzerinde sigara kullanmaktaydı.

Çalışmaya katılan hastaların %96,7'sinin (58 hasta) taburculuk sonrası evde bakım verecek yakını bulunurken, %3,3'ünün (2 hasta) bulunmamaktaydı. Hastaların %76,7'sine (46 hasta)

taburculuk sonrası eşleri bakım verirken, %20'sine (12 hasta) çocukları veya gelinleri bakım vermekteydi.

Çalışmaya katılan hastaların %100'ü (60 hasta) taburculuk eğitimi almıştı. Hastaların %20'si (12 hasta) taburculuk eğitimlerini doktordan, %65'i (39 hasta) klinik hemşiresinden, %15'i (9 hasta) ise hem doktordan hem hemşireden almıştı.

Taburculuk sonrası hastaların telefonla izleminde her hasta ile ortalama $41,2 \pm 5,4$ dk gürüşme sağlandı.



Telefonla hasta gereksinimleri saptanması anketine ait sorular ve hastaların vermiş olduğu cevaplar Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi (n=60)

İlaçlarınızla ilgili herhangi bir sıkıntı var mı? Varsa neler yapıyorsunuz?	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	10	%16,7
İlaçlarımı kullandıktan sonra çok sık idrara çıkıyorum	1	%1,7
DM ilaçlarım ile kalp ilaçlarımın birlikte kullanımını hakkında endişem var	3	%5,1
İlaçlarımı saatinde almayı unutuyorum	4	%6,8
Hayır	50	%83,3
Ağrı ile ilgili bir sıkıntınız var mı? Varsa neler yapıyorsunuz? Ağrıyı gidermeye yönelik bilgi gereksiniminiz var mı?		
Evet, ağrı ile ilgili sorun yaşıyorum.	34	%56,7
Bacaktaki ameliyat bölgesinde ağrım var.	15	%25
Göğüsteki ameliyat bölgesinde ağrım var.	14	%23,3
Hem bacak hem de göğüsteki ameliyat bölgesinde ağrım var.	5	%8,4
Hayır, ağrı ile ilgili sorun yaşamıyorum.	26	%43,3
Solunumla ilgili bir sıkıntınız var mı? Varsa neler yapıyorsunuz? Solunum egzersizlerine yönelik bilginiz var mı?		
Evet, solunumla ilgili sıkıntım var.	25	%41,7
Nefes darlığı yaşıyorum	18	%30
Nefes alırken göğüsteki yara bölgemde ağrı oluşmasından dolayı rahat nefes alamıyorum.	7	%11,7
Hayır, solunumla ilgili sıkıntım yok.	35	%58,3
Tedavinize bağlı rutin kontrollerinizin ne zaman olduğunu biliyor musunuz? (dikişlerin alınması, INR, Ptz, ALT, AST.. kontrolleri gibi)		
Evet, biliyorum.	51	%85
Hayır, bilmiyorum/unuttum.	9	%15

Tablo 4.2. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi (devamı) (n=60)

Banyo, duş alma gibi vücut hijyenini sağlamakla ilgili bir sıkıntınız var mı?	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet, sorunum var.	7	%11,7
Duş alırken/banyo yaparken yara yerimin açılmasından/zarar görmesinden endişe duyuyorum.	7	%11,7
Hayır sorunum yok.	53	%88,3
Hem bacadaki hem de göğsünüzdeki ameliyat bölgenize yönelik sorun yaşıyor musunuz?		
Evet, sorun yaşıyorum.	45	%75
Bacaktaki yara yerimde ağrı var.	15	%25
Göğüsteki yara yerimde ağrı var.	14	%23,3
Hem bacadaki hem de göğüsteki yara yerimde ağrı var.	5	%8,3
Yara bölgelerim iyileşmiyor/geç iyileşiyor.	10	%16,7
Yara yerimde kızarıklık, akıntı, ısı artışı vb. (enfeksiyon belirtileri) var.	1	%1,7
Hayır, sorun yaşamıyorum.	15	%25
Varis çorabını nasıl giyiyorsunuz? Bir sorunuz/sorununuz var mı?		
Evet bir sorum/sorunum var.	12	%20
Varis çorabı çok sıkıyor/kullanmak istemiyorum.	5	%8,3
Nasıl kullanacağımı bilmiyorum/unuttum.	7	%11,7
Hayır bir sorum/sorunum yok.	48	%80
Gün içerisinde egzersizleriniz, aktiviteleriniz, yürümeniz ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?		
Evet, yaşıyorum.	13	%21,7
Ağrı nedeniyle yürümede güçlük yaşıyorum.	12	%20
Enerji düzeyim azaldığı için gün içinde eskisi kadar aktif değilim.	1	%1,7
Hayır, yaşamıyorum.	47	%78,3
Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir sıkıntınız var mı? Var ise bu konuda bilgi gereksiniminiz var mı?		
Evet, bir sorunum ve bilgi gereksinimim var.	11	%18,3
Konstipasyon	11	%18,3
Hayır, bir sorunum ve bilgi gereksinimim yok.	49	%81,7

Tablo 4.2. Hasta gereksinimlerinin belirlenmesi (devamı) (n=60)

Ameliyat sonrası beslenme durumunuza yönelik bir sıkıntınız var mı? Nasıl besleneceğinize yönelik soru/sorunlarınız var mı?	Hasta sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet, sorum/sorunum var.	8	%13,3
Nasıl beslenmem gerektiğine dair bilgim yok.	5	%8,3
Nasıl beslenmem gerektiğini biliyorum ancak uygulama konusunda sorun yaşıyorum/uygulamıyorum.	3	%5
Hayır, sorum/sorunum yok.	52	%86,7
İşe ne zaman başlayacağınızı biliyor musunuz?		
Evet, biliyorum.	29	%48,3
Hayır, bilmiyorum.	9	%15
Çalışmıyorum.	22	%36,7
İşe ne zaman başlayacağınızı biliyor musunuz?		
Evet, biliyorum.	29	%48,3
Hayır, bilmiyorum.	9	%15
Çalışmıyorum.	22	%36,7
Ameliyat sonrası sigara, alkol tüketimi ve spor yapmaya yönelik neler biliyorsunuz?		
Hasta bilgileri ve uygulamaları doğru.	51	%85
Hasta bilgileri ve uygulamaları yanlış/eksik.	9	%15
Sigarayı bırakamıyorum.	7	%11,7
Spor yapmaya yönelik herhangi bir bilgim yok.	2	%3,3
Başka sormak istediğiniz, bilgi gereksiniminiz olan bir konu var mı?		
Evet, var.	2	%3,3
Ne zaman araba kullanmaya başlayabilirim?	1	%1,7
Aktif cinsel yaşantıma ne zaman devam edebilirim?	1	%1,7
Hayır, yok.	58	%96,7

Telefonla izlem yapılan hastaların %83,3'ü (50 hasta) ilaçlarıyla ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %16,7'si (10 hasta) sorun yaşadığını ifade etti. Hastaların %6,8'i (4 hasta) ilaçlarını saatinde almayı unuttuğunu belirtti. Bu hastalara araştırmacı tarafından, üzerinde saatlerin olduğu ilaç kutularından edinmesi ve bir cihaz vasıtasıyla ilaç saatleri için hatırlatıcı kullanması tavsiye edilmiş, ilaçlarını saatinde ve düzenli almasının önemi anlatıldı. Hastaların %5,1'i (3 hasta) DM ilaçlarıyla birlikte kalp ilaçlarını kullanma konusunda

endişeli olduklarını bildirdi. Bu hastalara araştırmacı tarafından, DM ilaçları ve kalp ilaçlarının herhangi bir etkileşimi olmadığı ve korkmadan iki grup ilacı da saatinde kullanabileceği ifade edildi. Hastaların %1,7'si (1 hasta), ilaçlarını kullandıktan sonra çok sık idrara çıktığını bildirdi. Araştırmacı tarafından bu hastaya sık idrara çıkmasının sebebinin antihipertansif ilaçlar olduğu ve bu durumun normal olduğu anlayabileceği bir dilde açıklanarak, kan basıncının yükselmesinin greft bölgesinden sızıntıya sebep olabileceği bu nedenle ilaçların düzenli kullanılmasının önemi vurgulandı.

Telefonla izlem yapılan hastaların %43,3'ü (26 hasta) ağrıya ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %56,7'si (34 hasta) sorun yaşadığını ifade etti. Hastaların %25'i (15 hasta) bacakta greft alınan ameliyat bölgesinde ağrı yaşadığını, %23,3'ü (14 hasta) göğüsteki sternotomi bölgesinde ağrı yaşadığını, %8,4'ü (5 hasta) ise her iki bölgede de ağrı sorunu olduğunu ifade etti. Araştırmacı tarafından hastalara antiembolik çorap kullanımının ve göğüs korsesi kullanımının önemi anlatıldı ve ağrıları için hekim tarafından reçete edilen analjeziklerin saatinde kullanımı önerildi. Analjeziklerin ağrı oldukça değil düzenli olarak kullanımı durumunda daha faydalı olacağı belirtildi. Önerileri uygulamalarına rağmen ağrıları geçmez veya azalmaz ise hekime başvurmaları gerektiği söylendi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %41,7'si (25 hasta) solunumla ilgili bir sorunu olduğunu belirtirken, %58,3'ü (35 hasta) sorun yaşamadığını ifade etti. Hastaların %30'u (18 hasta) nefes darlığı yaşadığını belirtti. Araştırmacı tarafından ameliyat sonrası ilk günlerde bu durumun normal olduğu hastaya açıklanarak, taburculuk eğitiminde verilen derin solunum egzersizlerini ve triflo kullanımını düzenli yapması halinde sorunun zamanla çözüleceği vurgulandı. Hastaların verilen eğitimleri doğru anlayıp anlamadığını kontrol etmek amacıyla tekrarlamaları istendi. Hastaların %11,7'si (7 hasta) nefes alırken sternotomi bölgesinde ağrı oluşmasından dolayı rahat nefes alamadıklarını bildirdi. Hastalara iyi oksijenlenmenin yara iyileşmesindeki önemi açıklanarak, ağrılarından dolayı rahat nefes almaktan kaçınmamaları gerektiği ve zamanla bu durumun azalarak geçeceği söylendi. Ağrıyı gidermek için analjezik kullanımı, yara iyileşmesini hızlandırmak için ise göğüs korsesi kullanımının önemi konularında hastaya bilgi verildi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %85'i (51 hasta) rutin kontrollerin ne zaman olduğunu bildiğini belirtirken, %15'i (9 hasta) bilmediğini ifade etti. Bilgi gereksinimi olan hastalara taburcu olduktan bir hafta sonra dikişlerinin alınacağı, 15 gün sonra ise rutin kontrole gitmeleri gerektiği söylendi. Ayrıca kullandıkları ilaçlar sebebiyle 3 ayda bir koagülasyon değerlerini (INR-PTZ) ve karaciğer enzim düzeylerini ölçturmeleri konusunda bilgi verildi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %88,3'ü (53 hasta) vücut hijyenini sağlamakla ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %11,7'si (7 hasta) sorun yaşadığını ifade etti. Sorun yaşayan hastalar duş alırken/banyo yaparken yara yerinin açılmasından/zarar görmesinden endişe duyduklarını bildirdi. Araştırmacı tarafından hastalara dikişler alındıktan sonra banyo yapma konusunda bir sorun olmadığı açıklanmış, ancak banyo yaparken ameliyat bölgelerinin ovalanmaması/keselenmemesi ve çok sıcak suyla banyo yapmaması konusunda bilgi verildi. Ayrıca ilk dönemlerde banyo yaparken yakınlarından destek alması tavsiye edildi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %25'i (15 hasta) yara bölgesi ile ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %75'i (45 hasta) sorun yaşadığını ifade etti. Sorun yaşayan hastaların %25'i (15 hasta) bacadaki yara yerinde ağrı olduğunu, %23,3'ü (14 hasta) göğüsteki yara yerinde ağrı olduğunu, %8,3'ü (5 hasta) hem bacak hemde göğüsteki yara yerinde ağrı olduğunu, %16,6'sı (10 hasta) yara bölgelerinin iyileşmediğini/geç iyileştiğini, %1,7'si (1 hasta) yara yerinde kızarıklık, akıntı, ısı artışı gibi enfeksiyon belirti ve bulguları olduğunu bildirdi. Araştırmacı tarafından ameliyat bölgelerinde ağrısı olan hastalara ağrı ile ilgili öneriler tekrarlandı. Yara bölgelerinin iyileşmesi konusunda yakınmaları olan hastalara ise kronik hastalıkları (DM, astım vb.) sebebiyle normal hastalara oranla yaralarının daha geç iyileştiği, hızlı iyileşmesi için derin solunum egzersizlerinin düzenli yapılması ve protein ağırlıklı beslenilmesi konularında önerilerde bulunuldu. Enfeksiyon belirti ve bulguları izlenen bir hastaya zaman kaybetmeden hastaneye başvurması söylendi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %80'i (48 hasta) antiembolik çorap ile ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %20'si (12 hasta) sorun yaşadığını ifade etti. Hastaların %8,3'ü (5 hasta) antiembolik çorabın çok sıkıldığını ve kullanmak istemediklerini bildirdi. Bu hastalara çorap kullanımının derin ven trombozu (DVT) oluşumunun önlenmesi için önemli olduğu vurgulanarak, venöz dönüşün sağlanabilmesi için çorabın sıkı olması gerektiği ancak çok fazla sıkıyor ise kendi bedenine uygun yeni bir çorap edinebileceği anlayabileceği bir dilde açıklandı. Hastaların %11,7'si (7 hasta) ise çorap kullanımını bilmediğini/unuttuğunu bildirdi. Bu hastalara antiembolik çorabın kullanımı konusunda bilgi verildi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %78,3'ü (47 hasta) günlük yaşam aktiviteleri ve egzersiz ile ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %21,7'si (13 hasta) sorun yaşadığını ifade etti. Hastaların %20'si (12 hasta) ağrı nedeniyle yürümede güçlük çektiğini, %1,7'si (1 hasta) enerji düzeyinin azalmasından dolayı gün içerisinde eskisi kadar aktif olmadığını bildirdi. Ağrı sorunu olan hastalara ağrı yönetimi ile ilgili öneriler tekrarlandı. Enerji düzeyi düşük olan hastaya ise yapacağı aktiviteleri planlayarak çok enerji gerektiren aktiviteleri günün en dinlenmiş hissettiği vaktine koyması önerildi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %81,7'si (49 hasta) bağırsak boşaltımı ile ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %18,3'ü (11 hasta) konstipasyon sorunu yaşadığını ifade etti. Bu hastalara lifli yiyeceklerden (kayısı, yulaf, buğday, arpa, elma, armut vb.) zengin beslenmesi, günlük sıvı alımını artırması ve bağırsak hareketlerini artırmak için aktivite düzeyini artırması önerildi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %86,7'si (52 hasta) ameliyat sonrası beslenme ile ilgili bir sorunu olmadığını belirtirken, %13,3'ü (8 hasta) sorun yaşadığını ifade etti. Hastaların %8,3'ü (5 hasta) nasıl beslenmesi gerektiğini bilmediğini, %5'i (3 hasta) nasıl beslenmesi gerektiğini bilmesine rağmen uygulamadığını bildirdi. Bu hastalara yara iyileşmesi için protein ağırlıklı (süt ve süt ürünleri, et ve et ürünleri) beslenmeleri, kalp ve damar sağlığını korumak için ise yağdan fakir (kızartma, kuruyemiş, doymuş yağlar, hamur işi vb. uzak) beslenmeleri önerildi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %48,3'ü (29 hasta) ne zaman işe başlayacağını bildiğini, %36,7'si (22 hasta) çalışmadığını belirtirken, %15'i (9 hasta) ne zaman işe başlayacağını bilmediğini ifade etti. Bilgi gereksinimi olan hastalara bir sorun olmaması halinde taburcu olduktan 3 ay sonra işe başlayabilecekleri söylendi.

Telefonla izlem yapılan hastaların %85'inin (51 hasta) ameliyat sonrası sigara, alkol tüketimi ve spor yapmaya yönelik bilgilerinin ve uygulamalarının doğru olduğu görüldü. %15'inin (9 hasta) ise bilgilerinin ve uygulamalarının eksik/yanlış olduğu fark edildi. Hastaların %11,7'si (7 hasta) sigarayı bırakamadıklarını, %3,3'ü (2 hasta) ise spor yapmaya yönelik herhangi bir bilgileri olmadığını bildirdi. Sigara kullanımının tekrar kalp ve damar hastalığı geçirme riskini oldukça artırdığı, yara iyileşmesini geciktirdiği konularında hastaya bilgi verilmiş, kendi başına sigarayı bırakamıyorsa ALO 177 sigara bırakma hattından, birakabilirsin.org internet sitesinden ya da hastanelerin sigara bırakma polikliniklerinden destek alabileceği söylendi. Spor yapmaya yönelik bilgi eksikliği olan hastalara ise hafif tempolu yürüyüşlerin kan dolaşımını artırarak yara iyileşmesinin hızlanmasında rol oynadığı fakat ağır ve yara bölgesini gerecek spor aktivitelerinin yapılamaması gerektiği konularında bilgi verildi.

Hastaların %96,7'si (58 hasta) başka sormak istediği ya da bilgi gereksinimi olan bir konu olmadığını, %3,3'ü ise olduğunu bildirdi. Hastaların %1,7'si (1 hasta) ne zaman araba kullanabileceğini, yine %1,7'si (1 hasta) ise aktif cinsel yaşantısına ne zaman dönebileceğini sordu. Hastalara taburcu olduktan 6 ay sonra belirtilen aktiviteleri yapabilecekleri konusunda bilgi verildi.

5. TARTIŞMA

Araştırmada KABG ameliyatı sonrası taburculuğa yönelik hasta ve yakınlarına hemşirelerin bilgi verme oranı %65, doktorun bilgi verme oranı ise %20'ydi. Hem doktor hem hemşireden taburculuk eğitimi alan hasta oranı ise %15'ti. Hastaların evde izlemlerini sürdüren araştırmacı hemşire ortalama 41,2±5,4 dk görüşme yaparak, hastaların evde gereksinim duydukları bilgileri belirledi. İlaçlarını saatinde almayı unutan hasta oranının %6,8, DM ilaçları ile birlikte kalp ilaçlarını almayı endişe verici bulan hastaların oranının ise, %5,1 olduğu araştırmacı tarafından belirlendi. Hastaların %25'inin bacak bölgesinde, %23,3'ünün göğüs bölgesinde ağrısı olduğu, nefes darlığının ve nefes alırken yara yeri bölgesindeki ağrının devam ettiğini ileten %41,7 oranında hasta olduğu belirlendi. Araştırmacı hemşire tarafından hastaların %15'inin taburculuk sonrası ne zaman kontrole geleceğini bilemediği saptandı. Hastaların %11,7'sinin banyo yaparken ya da duş alırken yara yerinin açılmasından endişe duyduğu, yine %11,7'sinin ise antiembolik çorap kullanımını bilmediği/unuttuğu belirlendi. Ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede güçlük yaşayan hasta oranının %20 olduğu görüldü. %18,3 oranında hastanın taburculuk sonrası konstipasyona sorunu olduğu, %13,3 oranında hastanın ise taburculuk sonrası doğru beslenmediği araştırmacı tarafından belirlendi. Hastaların %15'i ne zaman işe başlayacağını bilmediğini ifade ederken, yine %15'inin sigara, alkol tüketimi ve spor yapmaya yönelik bilgilerinin ve uygulamalarının eksik/yanlış olduğu görüldü. Hastaların %3,3'ü araştırmacıya, cinsellik ve araba kullanımı konularında başka sorular da yönelttiler.

Kalp damar cerrahisi gibi mortalite oranı yüksek ve taburculuk sonrası evde bakım gereksinimi fazla olan hasta grubunun, ihtiyaç duyduğu tüm bilgileri belirlemenin ve ihtiyaç duyduğu danışmanlığı telefon ile izleme sürdürmenin önemli olduğu araştırmada elde edilen bilgilerden anlaşılmaktadır. Yılmaz ve Çiftçi'nin 2009 yılında yaptığı çalışmada da KABG hastalarının boşaltım alışkanlığında değişim, uyku sorunları, yorgunluk, beslenme değişimi, göğüs ve bacak yara bölgesinde ağrı, solunum sıkıntısı, gibi sorunlar yaşadığı ve bu konularda bilgi gereksinimleri olduğu saptanmıştır ve bu sonuçlar araştırma ile benzerdir (Yılmaz, Çiftçi, 2009).

Hastaların gereksinim duydukları bilgilere yönelik; ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, vücut hijyeni, beslenme, boşaltım, yara bakımı, etkin solunumu sürdürme, işe başlama, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler, sigara-alkol kullanımı ve spor yapma, rutin control zamanları, araba kullanma ve cinsellik konularında araştırmacı hemşire tarafından hastalara telefon ile danışmanlık sağlanmıştır. Bikmoradi ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmada da hastaların evde bakımlarını sürdürürken hemşirelerin telefonla danışmanlık

sağlamasının ve bakım planı, diyet planı, egzersiz planı, tedavi planı gibi konularda bilgi vermesinin önemi vurgulanmış, bu araştırma ile benzerlik göstermiştir (Bikmoradi ve diğeri, 2016).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

KABG hastalarının taburculuk sonrası ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, vücut hijyeni, beslenme, boşaltım, yara bakımı, etkin solunumu sürdürme, işe başlama, günlük yaşam aktiviteleri ve egzersizler, sigara-alkol kullanımı ve spor yapma, rutin control zamanları, araba kullanma ve cinsellik konularında bilgi gereksinimi vardır. Taburcu olmadan önce hastanede verilen taburculuk eğitiminin hastanın evde bakım gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli olmadığı görülmüştür. Hastaların telefonla izlenmelerinin uygulama açısından kolay olmasının yanı sıra hastanın bilgi gereksinimini karşılamada oldukça avantajlı bir yöntem olduğu görülmüştür. Telefonla hemşire danışmanlığı hastalar tarafından da olumlu karşılanmış ve bakım sonuçlarına pozitif etki etmiştir.

Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; KABG ameliyatı geçiren hastalarda taburculuk sonrası evde bakımın etkinliğinin değerlendirilmesi, planlı taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili yöntemler üretmek için daha fazla araştırma yapılması, daha büyük bir örnekleme ve izlem sayısı artırılarak farklı çalışmaların planlanması önerilir. Ayrıca, hasta takiplerinde telefon destekli bakım ile hastaların yaşam kalitesinin yükseltilebileceği düşünüldüğünden, hastanelerin ve sağlık merkezlerinin hemşirelerin ve sabit hatların deneyimlerini kullanarak, hastaların sorularını yanıtlamaları ve taburcu olduktan sonra eğitim, danışmanlık ve takip sağlamaları önerilir.

7. KAYNAKLAR

Aştı, T. (2003). Kanserli hastanın evde bakımında temel ilke ve uygulamalar. Hemşirelik Forumu, 6(2), 48-61.

Bardakci, H., Cheema, F. H., Topkara, V. K., Dang, N. C., Martens, T. P., Mercado, M. L., ... & Oz, M. C. (2007). Discharge to home rates are significantly lower for octogenarians undergoing coronary artery bypass graft surgery. The Annals of thoracic surgery, 83(2), 483-489.

Barlow, J., Singh, D., Bayer, S., & Curry, R. (2007). A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. Journal of telemedicine and telecare, 13(4), 172-179.

Biancari, F., Ruggieri, V. G., Perrotti, A., Svenarud, P., Dalén, M., Onorati, F., ... & Nardella, S. (2015). European multicenter study on coronary artery bypass grafting (E-CABG registry): study protocol for a prospective clinical registry and proposal of classification of postoperative complications. Journal of cardiothoracic surgery, 10(1), 90

Bikmoradi, A., Masmouei, B., Ghomeisi, M., & Roshanaei, G. (2016). Impact of Tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass graft surgery: A quasi-experimental study in Iran. International journal of medical informatics, 86(1), 43-48.

Brunner, L. S. (2010). Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing (Vol. 1).(s. 46) Lippincott Williams & Wilkins.

Cebeci, F., & Çelik, S. Ş. (2011). Effects of discharge teaching and counselling on anxiety and depression level of CABG patients. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg, 19(2), 170-6.

Chen, L. M., Norton, E. C., Banerjee, M., Regenbogen, S. E., Cain-Nielsen, A. H., & Birkmeyer, J. D. (2017). Spending on care after surgery driven by choice of care settings instead of intensity of services. Health Affairs, 36(1), 83-90.

Cimilli, C. (2001). Cerrahide anksiyete. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4(3), 182-186.

College of Registered Nurses of Nova Scotia (2008). Guidelines for Telenursing Practice

Currey, J., & Botti, M. (2005). The haemodynamic status of cardiac surgical patients in the initial 2-h recovery period. European Journal of Cardiovascular Nursing, 4(3), 207-214.

Çiftçi, H. (2006). Koroner Arter Hastalarının Serum Antioksidan Vitamin ve Bazı Biyokimyasal Bulguları İle Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi,, Ankara.

El Solh, A. A., Bhora, M., Pineda, L., & Dhillon, R. (2006). Nosocomial pneumonia in elderly patients following cardiac surgery. Respiratory medicine, 100(4), 729-736.

- Elbaş, N.** (2002) Cerrahi Hastanın Evde Bakımı, Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı (s. 27). Antalya: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Erdil, F., & Bayraktar, N.** (2005). Cerrahi hastasının evde bakımı, 4. Ulusal cerrahi ve ameliyathane hemşireliği kongresi (s. 39-49.) İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Erdil, F., & Elbaş, N. Ö.** (2016). Kalbe ilişkin cerrahi girişimler ve hemşirelik bakımı Cerrahi hastalıkları hemşireliği (s. 322-328) Ankara: Aydoğdu Ofset.
- Evered, L. A., Silbert, B. S., Scott, D. A., Maruff, P., & Ames, D.** (2016). Prevalence of dementia 7.5 years after coronary artery bypass graft surgery. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 125(1), 62-71.
- Foot, C. L., Fraser, J. F., & Mullany, D. V.** (2005). Common complications after cardiac surgery in the adult: Anecdotes, biases and some evidence. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 16(6), 331-345.
- Glance, L. G., Kellermann, A. L., Hannan, E. L., Fleisher, L. A., Eaton, M. P., Dutton, R. P., ... & Dick, A. W.** (2015). The impact of anesthesiologists on coronary artery bypass graft surgery outcomes. *Anesthesia & Analgesia*, 120(3), 526-533.
- Hagan, L., Morin, D., & Lépine, R.** (2000). Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursing*, 17(4), 305-313.
- Halm, M. A.** (2016). Specific needs, concerns, strategies and advice of caregivers after coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 45(5), 416-422.
- Hartford, K.** (2005). Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. *Journal of advanced nursing*, 50(5), 459-468.
- Hill, A. J., & Iaizzo, P. A.** (2015). Comparative cardiac anatomy. In *Handbook of cardiac anatomy, physiology, and devices* (s. 89-114). Springer, Cham.
- Hindistan, S., & Çilingir, D.** (2012). Hemşirelik uygulamalarında güncel bir yaklaşım: Telefon kullanımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 9(1), 30-35.
- Hulzebos, E. H., Helder, P. J., Favié, N. J., De Bie, R. A., de la Riviere, A. B., & Van Meeteren, N. L.** (2006). Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *Jama*, 296(15), 1851-1857.
- Kazaz, H., Ustunsoy, H., Celkan, M. A., Soyduñ, S., Kayiran, C., & Bayar, E.** (2006). Midterm Results of Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery in 136 Patients: An Angiographic Control Study. *Journal of cardiac surgery*, 21(1), 6-10.
- Kempny, A., Dimopoulos, K., Uebing, A., Diller, G. P., Rosendahl, U., Belitsis, G., ... & Wort, S. J.** (2017). Outcome of cardiac surgery in patients with congenital heart disease in England between 1997 and 2015. *PloS one*, 12(6), 6-12

Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 71(2).

Lenart J. (2014). Health disparities and culturally competent care. (Chapter 2). In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MM, Bucher L, Harding MM, ed. Medical surgical nursing, assesment of clinical problems. Ninth Edition. Elseiver Mosby, 55-68.

Lewis, M. S., Collier, C. L., & Heitkemper, M. M. (2001). Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems. Mosby Year Book. St. Louis. 55-68

Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., Kwong, J., & Roberts, D. (2016). Medical-Surgical Nursing-E-Book: Assessment and Management of Clinical Problems (s.125-135) , Single Volume. Elsevier Health Sciences.

Lorenz, B. T., & Coyte, K. M. (2002). Coronary artery bypass graft surgery without cardiopulmonary bypass: a review and nursing implications. Critical care nurse, 22(1), 51-60.

Öz, F. (2001). Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1), 61-68.

Özcan, H. (2008). Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Özcan, N. (1997). Koroner Kalp Hastalıkları (s. 1-31), Ankara: GATA Basımevi

Öztekin, D. (2002). Koroner arter bypass greft cerrahisi ameliyat öncesi hemşirelik bakımı. Haydarpaşa Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Bülteni, 10(2), 119-109.

Rollman, B. L., Belnap, B. H., LeMenager, M. S., Mazumdar, S., Houck, P. R., Counihan, P. J., ... & Reynolds, C. F. (2009). Telephone-delivered collaborative care for treating post-CABG depression: a randomized controlled trial. Jama, 302(19), 2095-2103.

Salavati, M., Falahinia, G., Vardanjani, A. E., Rafiei, H., Moosavi, S., & Torkamani, M. (2016). Comparison between effects of home based cardiac rehabilitation programs versus usual care on the patients' health related quality of life after coronary artery bypass graft. Global journal of health science, 8(4), 196.

Sönmez, A. (2013). Koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Türkkan, T. (2016). Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Hastalarda Ameliyat Sonrası İnsizyon Ağrısının Akciğer Kapasitesi (İnspiratuar Kapasite) Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Acıbadem Üniversitesi, İstanbul.

Yavuz, M. (2010). Ameliyat Öncesi Bakım. Karadakovan, A., & Eti Aslan, F.(Ed.). Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (s. 1285-1356). Ankara: Nobel Kitapevi.

Yılmaz, M., & Çifçi, E. S. (2009). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Gogus Kalp Damar*, 18, 183-9.



8. EKLER



EK-1 Hasta Onam Formu

Araştırmanın Adı: KORONER ARTER BYPASS GREFT AMELİYATI GEÇİREN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TELEFON İLE HASTA GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

Bu araştırma SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapan ÖMER EMRE tarafından planlanmıştır.

Araştırma koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izlenmesinin bakım sonuçlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır.

Bu araştırmanın yapılabilmesi için SANKO Üniversitesi Bilimsel Etik Kuruldan ve Memorial Hastanesinin Yönetiminden izin alınmıştır.

Bu araştırma koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası telefon ile izleyerek hasta gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Telefon görüşmelerimiz kayıt altına alınacaktır.

Herhangi bir gereksiniminiz olduğunda araştırmacıyı 0553 468 34 58 numaralı telefondan arayabilirsiniz.

Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

Araştırma sonuçları açıklanırken hastaların kimliği deşifre edilmeyecektir.

Araştırmaya katılmama hakkınız vardır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde araştırmadan çekilebilirsiniz.

Araştırmaya katılmayı reddetmeniz durumunda hastaneden almış olduğunuz tedavi ve bakım hiçbir şekilde değişmeyecektir. Bu durumda herhangi bir suçlama ile karşılaşmayacaksınız. Araştırma ile ilgili soruları araştırmacıya sorabilirsiniz.

Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlamanızdır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü olarak açıklama yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmadan katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

İmzası:

Tarih:

EK-2 Hasta Tanılama Formu

Bu araştırma koroner arter by-pass greft ameliyatı geçirmiş hastaların taburculuk sonrası gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması için ankete vereceğiniz yanıtlardaki içtenliğiniz büyük önem taşımaktadır. Alınan tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Anket No:

Yatış Tarihi:..... Ameliyat Tarihi:..... Telefonunuz:

Taburculuk Tarihi:

1)Yaşınız?

2) Cinsiyetiniz nedir? 1-Erkek 2-Kadın

3) Medeni durumunuz nedir? 1-Evli 2-Bekar

4) Eğitim durumunuz nedir?

1- Okur-yazar değil 2- Okur-yazar 3-İlköğretim Mezunu 4-Lise Mezunu
5-Üniversite Mezunu

5) Mesleğiniz nedir?

1-Memur 2-Emekli 3-İşçi 4-Ev Hanımı 5-Serbest 6-Çiftçi 7-Çalışmıyor
8-Diğer (Açıklayınız)

6) Nerede yaşıyorsunuz?

1-İl merkezinde
2-İlçede
3-Köyde

7) Ekonomik durumunuz nedir? (yıllık ortalama gelirTL)

1-Gelir giderden az 2-Gelir gidere eşit 3-Gelir giderden fazla

8) Sosyal güvenceniz var mı? 1-Var 2-Yok

9) Boyunuz= cm Kilonuz= kg

10) Ek hastalığınız var mı?1. Evet 2- Hayır (Yanıtınız 'hayır' ise 12. soruya geçiniz)

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

1-Şeker hastalığı
2-Hipertansiyon
3-Böbrek hastalığı
4-Astım
5-Diğer (Açıklayınız)

12) Sigara kullanıyor musunuz?

1-Evet
2-Hayır (cevabınız 'hayır' ise 14. soruya geçiniz)

EK-2 Hasta Tanılama Formu (devamı)

13) Günde ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz / içiyordunuz?

(1) 1-5 adet (2) 6-10 adet (3) 11-15 adet (4) 16-20 adet (5) 1 paketten fazla

14) Evde kiminle yaşıyorsunuz?

1-Yalnız yaşıyorum.

2-Eşimle yaşıyorum.

3-Çocuklarımla yaşıyorum.

4-Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum.

5- Geniş aile (anne, baba, çocuk, aile büyükleri, ikinci derece akraba)

6-Diğer (Açıklayınız)

15) Evde size bakım verecek biri var mı?

1-Var (var ise kim/kimler) 2-Yok

16) Evde bakıma yönelik taburculuk eğitimi aldınız mı?

1-Evet 2-Hayır (yanıtınız 'hayır' ise 18. soruya geçiniz)

17) Bu taburculuk eğitimi kimden / kimlerden aldınız?

1-Doktor 2-Hemşire 3-Diyetisyen 4-Diğer (Açıklayınız
.....)

18) Aileniz ya da size bakım veren kişiler taburculuk eğitimi aldı mı?

1-Evet 2-Hayır

EK- 3 Telefonla Hasta Gereksinimleri Saptanması Anketi

Görüşme dakikası:

1) İlaçlarınızla ilgili herhangi bir sıkıntınız var mı? Varsa neler yapıyorsunuz?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

2) Ağrı ile ilgili bir sıkıntınız var mı? Varsa neler yapıyorsunuz? Ağrıyı gidermeye yönelik bilgiye gereksiniminiz var mı?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

3) Solunum ile ilgili bir sıkıntınız var mı ? Varsa neler yapıyorsunuz? Solunum egzersizlerine yönelik bilgiye gereksiniminiz var mı?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

4) Tedavinize bağlı rutin kontrollerinizin ne zaman olduğunu biliyor musunuz? (dikişlerin alınması, INR, Ptz, ALT, AST..gibi)-

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

EK- 3 Telefonla Hasta Gereksinimleri Saptanması Anketi (devamı)

5) Banyo,duş alma gibi vücut hijyenini sağlamakla ilgili bir sıkıntınız var mı ?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

6) Hem bacadaki hem de göğsünüzdeki ameliyat bölgenize yönelik sorun yaşıyor musunuz ?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

7) Varis çorabını nasıl giyiyorsunuz? Bir sorunuz/sorunuz var mı ?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

8) Gün içinde egzersizleriniz, aktiviteleriniz, yürümeniz ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

9) Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir sıkıntınız var mı ? Var ise bu konu da bilgi gereksininimize ihtiyacınız var mı ?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

EK- 3 Telefonla Hasta Gereksinimleri Saptanması Anketi (devamı)

10) Ameliyat sonrası beslenme durumunuza yönelik bir sıkıntınız var mı? Nasıl besleneceğinize yönelik soru/sorunlarınız var mı?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

11) İşe ne zaman başlayacağınızı biliyor musunuz?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

12) Ameliyat sonrası sigara, alkol tüketimi ve spor yapmaya yönelik neler biliyorsunuz?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

13) Başka sormak istediğiniz, bilgi gereksinimine ihtiyaç duyduğunuz bir konu var mı ?

Hastanın cevabı :

Hasta Gereksinimi belirlenmesi ve verilen bilgi/yönlendirme

EK- 4 Etik Kurul Karar Formu

**SANKO ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**




BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Başlığı	Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Telefon ile Hasta Gereksinimlerinin Belirlenmesi
	Sorumlu Araştırmacı	Prof. Dr. Arzu TUNA
	Kurumu	SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
	Başvuru Tarihi	17.11.2017
	Araştırmanın Türü	Anket Çalışması
	Katılan Merkezler	Tek Merkez
	Varsa Protokol No	-

İLETİŞİM BİLGİLERİ	Adres	SANKO Üniversitesi İncilipınar Mahallesi Gazi Muhtar Paşa Bulvarı No:36 27090 Şehitkamil / GAZİANTEP
	Telefon	0 342 211 65 63
	Fax	0 342 211 65 66
	E-posta	etikkurul@sanko.edu.tr

KARAR	Oturum No: 2017/08	Karar No: 11	Tarih: 01.12.2017
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma dosyası; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişkisi		Oturuma Katılım		İmza
			E	K	Var	Yok	Var	Yok	
Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU Başkan	Biyoistatistik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Mehmet BAŞTEMİR Başkan Yardımcısı	Endokrinoloji ve Metabolizma	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi	X			X	X		<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Necla BENLİER Üye	Farmakoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Tuba DENKÇEKEN Üye	Biyofizik	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Müyesser ERDEM Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	SANKO Üniversitesi SB Fakültesi		X		X	X		<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Elif PALA Üye	Tıbbi Biyoloji	SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi		X		X	X		<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Neriman AYDIN Üye	Halk Sağlığı	Gaziantep Tıp Fakültesi		X		X		X	Katılmadı
Av. M. Murat GÜNERİ Üye	Hukuk	Serbest Avukat	X			X	X		<i>[Signature]</i>
Naci BORAN Üye		Sani Konukoğlu Vakfı	X			X	X		<i>[Signature]</i>

EK-5 Tez İntihal Raporu

 SANKO ÜNİVERSİTESİ	T.C. SANKO ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ NİHAİ TEZ İNTİHAL RAPORU FORMU	TEZ FORM 2b
---	---	--

I- ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı : Ömer Anabilim Dalı : Hemşirelik
Soyadı : EMRE Programı : Hemşirelik (Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği)
Öğrenci No : 161101006 Statüsü : Yüksek Lisans Doktora

II- TEZ BİLGİLERİ

Tez Danışman Adı Soyadı : Prof. Dr. Arzu TUNA

Tez Adı : Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Telefon İle İzlenmesinin Bakım Sonuçlarına Etkisi

III- İNTİHAL RAPOR BİLGİLERİ

	Benzerlik Oranı (%)	Tarih
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Öncesi	3	29/05/2019
<input checked="" type="checkbox"/> Tez Savunması Sonrası	3	17/07/2019

Yukarıda belirtilen tez çalışmasının kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 36 sayfalık kısmına ilişkin, TURNITIN adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı alıntılar dahil %3'dür.

Uygulanan filtrelemeler:

- Tez Ön Sayfaları (onay, etik beyan, teşekkür, özet ve dizin sayfaları) hariç,
- Kaynaklar hariç,
- Ekler hariç,
- Beş kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

ENSTİTÜ ONAYI

UYGUNDUR



Duygu ALANGİL
Enstitü Sekreteri

ACIKLAMA

*Enstitü söz konusu teze ilişkin intihal yazılım programı (TURNITIN) raporunu olarak tez danışmanına ve jüri üyelerine gönderir.
*Rapordaki verilerde gerçek bir intihalin tespiti halinde gerekçesi ile birlikte karar verilmek üzere tez, Enstitü Yönetim Kuruluna gönderilir.

EK-6 Özgeçmiş

- 1. Adı Soyadı** : Ömer EMRE
- 2. Doğum Tarihi Yeri** : 06.06.1992/Adıyaman
- 3. Çalıştığı Kurum** : AÜTF İbn-i Sina Hastanesi, Acil Servis

4. Eğitim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Turgut Özal Üniversitesi	2010-2014

5. İletişim Bilgileri

Adres: AÜTF İbn-i Sina Hastanesi, Çankaya/Ankara

E-mail: omeremre060692@gmail.com