

**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ)**

**PLANLI TABURCULUK PROGRAMININ  
KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN  
HASTALARDA KOMPLİKASYONLARI VE HASTANEYE  
GERİ DÖNÜŞLERİ AZALTMAYA ETKİSİ**

**Hazırlayan  
Betül ÖZEN**

**Danışman  
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ**

**Doktora Tezi**

**Ocak 2012  
KAYSERİ**

**T.C  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ)**

**PLANLI TABURCULUK PROGRAMININ  
KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN  
HASTALARDA KOMPLİKASYONLARI VE HASTANEYE  
GERİ DÖNÜŞLERİ AZALTMAYA ETKİSİ**

**Hazırlayan  
Betül ÖZEN**

**Danışman  
Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ**

**Doktora Tezi**

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi  
tarafından TSD-10-3276 nolu proje ile desteklenmiştir.**

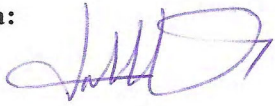
**Ocak 2012  
KAYSERİ**

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

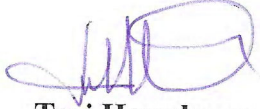
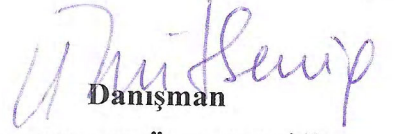
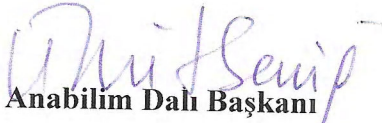
**Adı-Soyadı: Betül ÖZEN**

**İmza:**



**YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI**

**“Planlı Taburculuk Programının Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastalarda Komplikasyonları ve Hastaneye Geri Dönüşleri Azaltmaya Etkisi”** adlı **Doktora** Tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

**Tezi Hazırlayan****Betül ÖZEN****Danışman****Prof. Dr. E. Ümit SEViÇ****Anabilim Dalı Başkanı****Prof. Dr. E. Ümit SEViÇ**

**Prof. Dr. E. Umit SEVİĞ** danışmanlığında **Betül ÖZEN** tarafından hazırlanan “**Planlı Taburculuk Programının Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastalarda Komplikasyonları ve Hastaneye Geri Dönüşleri Azaltmaya Etkisi**” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programında Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

25 / 01 / 2012

## JÜRİ

Danışman : Prof. Dr. E. Umit SEVİĞ

İmza

*Umit Seviğ*

Üye : Prof. Dr. Neriman İNANÇ

*Neriman Inanc*

Üye : Doç. Dr. Meral BAYAT

*Bayat*

Üye : Doç. Dr. Melek Nihal ESİN

*Melek Nihal Esin*

Üye : Yrd. Doç. Dr. Handan ZİNCİR

*Handan Zincir*

## ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

**Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR**  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süresince yanında çalışmaktan onur duyduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım; sabır, hoşgörü ve ilgisini benden esirgemeyen, beni her zaman destekleyen ve yönlendiren, çok saydığım ve sevdiğim değerli hocam Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ'e,

Birlikte çalışmış olmaktan keyif aldığım ve şanslı olduğumu düşündüğüm, yenilikçi özelliklerini örnek aldığım, her konuda büyük destek ve kolaylık sağlayan Halk Sağlığı Hemşireliğinin vazgeçilmezleri hocam Yrd. Doç. Dr. Handan ZİNCİR ve Öğr. Gör. Dr. Zeliha KAYA ERTEN'e,

Tez çalışmamı yürütmemde her konuda desteğini gördüğüm Acıbadem Kayseri Hastanesi Direktörü Cemalettin YILMAZ'a, servis içerisinde bilgilerinden faydalandığım ve birlikte çalışmış olmaktan keyif aldığım Kardiyovasküler Cerrahi Hekimi Doç. Dr. Hilmi TOKMAKOĞLU ve Kardiyovasküler Cerrahi Servis Hemşiresi Halime MUTLU'ya, Yardımlarını esirgemeyen Kardiyovasküler Cerrahi Servisi ve Yoğum Bakımının tüm personeline,

Tezimin istatistiksel analizine yardım eden Yrd. Doç. Dr. Ferhan ELMALI'ya,

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm hastalarım,

Desteği, sevgisi ve hoşgörüsünü esirgemeyen, gücüme güç katan sevgili eşim Ozan'a

Hayatımda güzelden yana ne varsa en çok onların emeği, alın teri ve imzası olduğundan sevgili annem, babam ve kardeşlerime,

En derin duygularla teşekkürlerimi sunarım.

Betül ÖZEN

Kayseri, Ocak 2012

**PLANLI TABURCULUK PROGRAMININ KORONER ARTER BYPASS AMELİYATI OLAN  
HASTALARDA KOMPLİKASYONLARI VE  
HASTANEYE GERİ DÖNÜŞLERİ AZALTMAYA ETKİSİ**

**Betül ÖZEN**

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi, Ocak 2012**

**Danışman: Prof. Dr. E. Ümit SEVİĞ**

**KISA ÖZET**

Bu araştırma, planlı taburculuk programının (taburculuk eğitimi, telefonla danışmanlık, ev ziyareti) koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisini değerlendirmek amacıyla, deneysel çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma, ölçütlere uyan müdahale grubunda 24, kontrol grubunda 24 olmak üzere toplam 48 birey ile tamamlanmıştır. Veriler; Hasta Tanıtım Formu, Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat/Hastane Yaşantısı Formu, Telefon Danışmanlığı İzlem Formu, Hastaneye Plansız Başvuru İle İlgili Özellikler Formu, Ev Ziyareti Kontrol Formu kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. Planlı taburculuk programı ile hasta değerlendirilmiştir. Etik kurul onayı ve bireylerden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Değerlendirmede ki-kare testi ve Mc-nemar kullanılmıştır.

Planlı taburculuk programı uygulanan hastaların; solunum egzersizleri, banyo ve yara yeri bakımı, doğru beslenme, egzersiz ve dinlenme, cinsel yaşam, stresle baş etme, varis çorabı kullanma, boşaltım, sigara kullanmama, ziyaretçi kısıtlama, eve uyum sağlama gibi konularda doğru uygulama yaptıkları, tamamına yakınının sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, ateş, barsak sesi, ödem, sternumdaki yara yeri, damar alınan bölgedeki yara yeri, triflow kullanımı ve akciğer sesi gibi fizik muayene bulgularının normal sınırlarda olduğu, dinlenme ve dilaltı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı, nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı, dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı, günde 1-1.5 kg dan fazla kilo artışı, 38.0 C dereceyi geçen vücut ısısı, insizyon bölgesinde iltihaplı akıntı, kızarma, şişme gibi komplikasyonları yaşamadığı saptanmıştır ( $p<0.001$ ). Telefonla danışmanlık yapılan müdahale grubunda 59 başvurudan 54'ünün hastaneye plansız geri dönüşü engellenmiş, 5 hastanın hastaneye geri dönüşü istenmiştir. Müdahale grubundaki 3 hasta ilk kez hastaneye plansız geri dönüş yapmış ve ortalama 1.5 gün hastanede kalmış, ikinci kez plansız geri dönüş yapmamıştır. Kontrol grubundaki 22 hasta ilk kez hastaneye plansız geri dönüş yapmış ve ortalama iki gün hastanede kalmış, 5 hasta ise ikinci kez hastaneye plansız geri dönüş yapmış ve ortalama 1 gün hastanede kalmışlardır.

Araştırmanın sonuçları, koroner arter bypass greft ameliyatı olmuş bireylere uygulanan planlı taburculuk programının hastanın ameliyat sonrası bakımını doğru yürütebilmesinde, komplikasyon gelişimi ve hastaneye plansız geri dönüşleri engellemede etkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hastanede planlı taburculuk eğitimleri, hasta taburcu olduktan sonra telefonla danışmanlık hizmeti ve ev ziyaretlerinin hemşirelik uygulamalarında yer alması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Taburculuk eğitimi, Telefonla danışmanlık, Ev ziyareti, Koroner arter bypass ameliyatı, Hemşirelik

**EFFECT OF PLANNED DISCHARGE PROGRAM APPLIED ON PATIENTS WITH  
CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY ON DECREASING COMPLICATIONS AND  
UNINTENDED RETURN BACK TO THE HOSPITAL**

**Betül ÖZEN**

**Erciyes University, Institute of Health Sciences**

**Department of Public Health Nursing**

**Doctorate Thesis, January 2012**

**Supervisor: Prof. Dr. E. Ümit SEVİÇ**

**ABSTRACT**

This experimental study was conducted to evaluate the effect of planned discharge program (including discharge education, consultation with phone and home visit) applied on patients with coronary artery bypass surgery on decreasing complications and unintended return back to the hospital. Study was conducted with totally 48 subjects being in intervention group (n=24) who were consistent with the criteria and in control group (n=24). Data were collected by the researcher with Patient Details Form, Form for Risk Factors Related with Coronary Artery Disease and Surgery/Hospital Life of the Patients, Monitorization Form of Consulting with Phone, Form for Characteristics Related with Unintended Application to Hospital, Control Form of Home Visit. Patients were evaluated by planned discharge program. Approval from ethical committee and written informed consent from the patients were obtained. Chi-square and Mc-Nemar tests were used for statistical analysis.

Patients who were applied planned discharge program were found to make right applications in terms of breathing exercises, bathing and surgical wound care, nutrition, exercising and resting, sexual life, coping with stress, using surgical stocking, excretion, smoking, limiting visitors and adaptation to home. Almost all of them had normal physical examination findings such as systolic and diastolic blood pressure, pulse, fever, bowel sound edema, localization of wound of sternum and removed vessel, use of triflow and lung sound and they did not live complications such as persistent pain despite resting and sublingual pills, palpitation with shortness of breath, persistent shortness of breath despite resting, increase in body weight of more than 1–1.5 kg per day, body temperature more than 38.0°C and inflammatory flow, flushing and swell in incision area ( $p<0.001$ ). Unintended return back to the hospital in the intervention group was prevented in 54 of 59 patients and was wanted for 5 patients. Three patients in the intervention group returned back to the hospital for 2 times staying for 1.5 days at the hospital and they did not return back for the second time. In the control group, 22 patients for the first time and 5 patients for the second time returned back to the hospital and stayed at hospital for two days and one day, respectively.

Results of the present study demonstrate that planned discharge program applied on patients with coronary artery bypass surgery was efficient in right management of post – surgical care, preventing complications and returns back to the hospital. Therefore, planned discharge educations at hospital, consultation with phone after discharge and home visits are recommended to be included among nursing implications.

**Keywords:** Discharge education, Consultation with phone, Home visit, Coronary artery bypass surgery, Nursing

## İÇİNDEKİLER

|                                                                   | <u>Sayfa no</u> |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------|
| İÇ KAPAK .....                                                    | i               |
| BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI .....                             | ii              |
| YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI .....                                  | iii             |
| KABUL VE ONAY SAYFASI .....                                       | iv              |
| TEŞEKKÜR .....                                                    | v               |
| ÖZET .....                                                        | vi              |
| ABSTRACT .....                                                    | vii             |
| İÇİNDEKİLER .....                                                 | viii            |
| TABLolar LİSTESİ .....                                            | x               |
| KISALTMALAR .....                                                 | xi              |
| <br>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....                                        | <br>1           |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                           | 5               |
| 2.1. KALBİN YAPI VE FONKSİYONU .....                              | 5               |
| 2.1.1. Sağ Koroner Arter .....                                    | 6               |
| 2.1.2. Left Anterior Descending .....                             | 6               |
| 2.1.3. Circumflex Arter .....                                     | 6               |
| 2.2. KORONER ARTER HASTALIĞI .....                                | 7               |
| 2.2.1. KAH'da Risk Faktörleri ve Korunma .....                    | 9               |
| 2.2.1.1. Ateroskleroz Oluşumunu Hızlandıran Risk Faktörleri ..... | 9               |
| 2.2.1.2. KAH İçin Bağımsız Risk Faktörleri .....                  | 10              |
| 2.3. KALP CERRAHİSİ .....                                         | 11              |
| 2.4. KORONER ARTER BYPASS GREFTİ AMELİYATI .....                  | 11              |
| 2.5. TABURCULUK PLANLAMA .....                                    | 12              |
| 2.6. TABURCULUK PLANLAMA AŞAMALARI VE HEMŞİRELİK SÜRECİ .....     | 13              |
| 2.6.1. Tanılama .....                                             | 14              |
| 2.6.2. Planlama .....                                             | 14              |
| 2.6.3. Uygulama .....                                             | 14              |
| 2.6.4. Değerlendirme .....                                        | 15              |
| 2.7. TABURCULUK EĞİTİMİ VE HEMŞİRELİK .....                       | 15              |
| 2.8. KABG AMELİYATI SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ .....              | 17              |
| 2.8.1. Banyo .....                                                | 19              |
| 2.8.2. Beslenme .....                                             | 19              |

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.8.2.1. Tercih Edilen Besinler .....                                                                                    | 19 |
| 2.8.2.2. Tercih Edilmeyen Besinler.....                                                                                  | 20 |
| 2.8.3. Egzersiz .....                                                                                                    | 20 |
| 2.8.3.1. Merdiven Çıkma ve Dinlenme .....                                                                                | 21 |
| 2.8.3.2. Ev İşleri ve Çalışma Hayatı.....                                                                                | 21 |
| 2.8.4. Varis Çorabı.....                                                                                                 | 21 |
| 2.8.5. Triflow.....                                                                                                      | 22 |
| 2.8.6. Cinsel Yaşam.....                                                                                                 | 22 |
| 2.8.7. Sigara .....                                                                                                      | 22 |
| 2.8.8. Ziyaretçiler .....                                                                                                | 23 |
| 2.8.9. Kilo Kontrolü.....                                                                                                | 23 |
| 2.8.10. İlaçlar.....                                                                                                     | 23 |
| 2.8.11. Eğlence ve Boş Zaman Değerlendirilmesi .....                                                                     | 23 |
| 2.8.12. Acil Durumlar .....                                                                                              | 24 |
| 2.8.13. Kontrole Gelme.....                                                                                              | 24 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....                                                                                                 | 25 |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....                                                                                             | 25 |
| 3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ .....                                                                     | 25 |
| 3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ .....                                                                               | 26 |
| 3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....                                                                                         | 29 |
| 3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-I) .....                                                                                  | 29 |
| 3.4.2. Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve<br>Ameliyat/Hastane Yaşantısı Formu (EK-II)..... | 29 |
| 3.4.3. Telefon Danışmanlığı İzlem Formu (EK-III) .....                                                                   | 29 |
| 3.4.4. Visual Analog Skala (VAS) (EK-IV).....                                                                            | 30 |
| 3.4.5.Hastaneye Plansız Başvuru İle İlgili Özellikler Formu (EK-V) .....                                                 | 30 |
| 3.4.6. Ev Ziyareti Kontrol Formu (EK-VI) .....                                                                           | 30 |
| 3.5. ÖN UYGULAMA .....                                                                                                   | 31 |
| 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI .....                                                                                          | 31 |
| 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....                                                                                   | 35 |
| 3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ .....                                                                                        | 36 |
| 4. BULGULAR .....                                                                                                        | 38 |
| 5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....                                                                                                 | 58 |
| 6.KAYNAKLAR.....                                                                                                         | 66 |
| EKLER                                                                                                                    |    |
| ÖZGEÇMİŞ                                                                                                                 |    |

## TABLO, ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

|                                                                                                                                                                 | <u>Sayfa No</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>Tablo 3.1.</b> Taburculuk Eğitim Planı Şeması.....                                                                                                           | 33              |
| <b>Tablo 3.2.</b> Hastanede Yapılan Hemşirelik Girişimleri .....                                                                                                | 34              |
| <b>Tablo 4.1.</b> Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı .....                                                                                             | 38              |
| <b>Tablo 4.2.</b> Hastaların KAH’la İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat/Hastane Yaşantısına<br>İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....                               | 41              |
| <b>Tablo 4.3.</b> Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Belirlenen Bakıma<br>İlişkin Yapılması Gerekenlere Uyuma Durumlarının Dağılımı ..... | 44              |
| <b>Tablo 4.4.</b> Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Fizik Muayene<br>Bulgularının Normal Olma Durumlarının Dağılımı .....                | 48              |
| <b>Tablo 4.5.</b> Müdahale Grubu Hastaların Planlı Taburculuk Programı Öncesi ve Sonrası BKİ<br>Karşılaştırmaları.....                                          | 49              |
| <b>Tablo 4.6.</b> Kontrol Grubu Hastaların Planlı Taburculuk Programı Öncesi ve Sonrası BKİ<br>Karşılaştırmaları.....                                           | 49              |
| <b>Tablo 4.7.</b> Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Acil<br>Durum/Komplikasyon Yaşama Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı .....    | 50              |
| <b>Tablo 4.8.</b> Müdahale Grubundaki Hastaların Telefonla Danışmanlık Alma Nedenleri,<br>Müdahale ve Sonuçları .....                                           | 52              |
| <b>Tablo 4.9.</b> Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneye Plansız Geri Dönüş<br>Durumları ve Başvuruya Neden Olan Sorunların Dağılımı .....         | 56              |
| <b>Şekil 3.1.</b> Örneklem Diyagramı .....                                                                                                                      | 28              |
| <b>Şekil 3.2.</b> Visual Analog Skala .....                                                                                                                     | 30              |
| <b>Şekil 3.3.</b> Araştırma Kapsamına Alınan Gruplara Veri Toplama Basamağında<br>Kullanılan Formlar ve Yapılan Uygulamalar .....                               | 37              |

**KISALTMALAR**

|         |                                                         |
|---------|---------------------------------------------------------|
| KAH     | : Koroner Arter Hastalığı                               |
| KABG    | : Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı                  |
| TEKHARF | : Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri |
| BKİ     | : Beden Kitle İndeksi                                   |
| VAS     | : Visual Analog Skala                                   |
| LAD     | : Left Anterior Descending                              |
| KVC     | : Kardiyovasküler Cerrahi                               |
| KB      | : Kan Basıncı                                           |
| PRE-OP  | : Ameliyat Öncesi                                       |
| POST-OP | : Ameliyat Sonrası                                      |

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kalp ve damar hastalıkları; korunma ve önleme çalışmalarına, tıbbi-cerrahi tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen her yıl ülkemizde ve dünyada yaşamı tehdit eden önemli hastalıklar arasında birinci sıradaki yerini korumaktadır (1-2). Türk Kardiyoloji Derneği'nin yaptığı Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF) verilerine göre, Türkiye'de her yıl 330 bin kişide yeni koroner kalp hastalığı gelişmektedir. Türkiye'de 1000 erişkin erkeğin 39'unda, 1000 erişkin kadının 33'ünde kalp hastalığı bulunmaktadır (1). Türkiye İstatistik Kurumu 2000 yıl verilerine göre Türkiye, koroner mortalite bakımından Avrupa'da yer alan 50 ülke arasında önde gelen 5 ülkeden biridir (7).

Günümüzde kalp hastalıklarının cerrahi tedavisinde en çok kullanılan açık cerrahi ameliyat yöntemi, koroner arter bypass greft (KABG) ameliyatıdır. Bu ameliyat, uzun sürmesi, geniş sternotomi, ameliyat sonrası yaklaşık 12–24 saat süren ventilatör desteği, ameliyat sonrası hastanede yatış süresinin kısa olması, 6-8 hafta süren iyileşme dönemi nedeni ile inme (stroke), multiple organ yetmezliği ve koagülopati gibi komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır. Ameliyat sonrası ortaya çıkan bu komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir (4–6). KABG ameliyatı geçiren birey herhangi bir komplikasyon gelişmemiş ise, ortalama altıncı günde hastaneden taburcu edilmektedir. KABG ameliyatı olmuş hasta ve yakınları için taburcu olduktan sonraki süreç, sorunların belirgin hale gelmeye başladığı dönemdir. Hastanın taburcu edildiği zaman, yara henüz tam iyileşmediği için birey ve aile evde; dikişlerin

açılması, ağrı, hareketsizlik, kabızlık, dengesiz beslenme, stres ve eve uyumsuzluk gibi pek çok sorun yaşayabilmektedir (3,6,8). Taburculuktan sonra başlayan tüm olası sorunların belirgin hale gelmesi, hasta ve aileler için sıkıntı yaratmaktadır. Birçok hasta ve ailesi evde sorularına yanıt almaya ve bu sorunların çözümü için yardıma gereksinim duyarlar. Hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalması ile ailelerin tedavi sonrası bakım ve izlem sorumlulukları artmakta, buna hazır olmayan aile üyeleri özellikle hastanın fiziksel bakımına ilişkin bilgi ve eğitim gereksinimi duymaktadır (9).

Gelişmiş ülkelerde kaliteli sağlık bakımı için “bakımın sürekliliği, taburculuk planlama ve evde sağlık bakımı” konuları üzerinde durulmaktadır. Taburculuk planlama ve evde sağlık bakımı ise, bakımın sürekliliğinin ve sağlığı geliştirme hizmetlerinin ana bileşenleridir (8). Taburculuk planlamanın önemli bölümlerinden biri taburculuk eğitimidir. Taburculuk eğitimi, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında giderek önem kazanmaya başlamıştır. Taburculuk, hastanın hastaneye yatışından itibaren başlayarak, ilgili ekip üyeleri tarafından veriler toplanarak hastanın gerçek ve olası sorunlarının belirlenmesini, belirlenen sorunları gidermeye yönelik planlanan eğitimi ve etkinliğini değerlendirmeyi içeren bir süreçtir. Ekip çalışmasını gerektiren taburculuk eğitiminde anahtar kişi konumunda olan hemşire, hasta ve ailesine verilecek eğitimin planlanmasında, uygulanmasında ve ekip içi koordinasyonun sağlanmasında önemli sorumluluklara sahiptir. Hemşire hasta ile ilgili verileri toplayarak sorunlarını saptamalı, hastanın ve ailenin gereksinimleri doğrultusunda ekip üyelerini dâhil ederek taburculuk eğitimini planlamalıdır (15-22).

Taburculuk eğitimi kadar ameliyat öncesi ve sonrası verilen hemşirelik bakımı da önemlidir. Bu bakım kalp cerrahisinde başarı oranını ve hastanın yaşam kalitesini etkilemektedir. Hemşirenin sorumluluğunda olan bakımın kalitesi ve hastanın taburcu olduktan sonraki kendi kendine bakımın yeterliliği, ameliyatın başarısına yansıtacak ve komplikasyonları önlemede önemli rol oynayacaktır. Taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlık, ameliyatı takiben evde iyileşmeyi kolaylaştıran en yaygın hemşirelik girişimlerindendir (5,6).

Taburculuk programı içinde yer alan taburculuk eğitimi, hemşirelik bakımı ve evde bakımın bireyin mental ve fonksiyonel sağlık durumunu geliştirerek yaşam kalitesini, eve ve tedaviye uyumunu arttırdığı, hasta ve ailesinin tedavi süreci içinde etkin bir

şekilde yer almasını sağladığı, taburculuk sonrasında sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ve hasta memnuniyetini arttırdığı belirlenmiştir. Eğitim alan hastaların hastane ortamından ev ortamına geçişinin kolaylaştığı, bakım ve tedavi maliyetlerinin azaldığı da bilinmektedir (15,23-28). Bunun yanı sıra taburculuk eğitiminin hastanede kalış süresini, hastalığa bağlı komplikasyonları, taburculuk sonrası sağlık merkezlerine başvuru oranlarını, acil servislerin kullanımını, tekrarlı yatışları ve tekrarlı yatışlarda hastanede kalış süresini azalttığı da saptanmıştır (15,20,21). Naylor et al. (8,29) ve Mc Caughan and Thompson'nın(30) yaptıkları çalışmada taburculuk eğitimi yapılmadan evlerine dönen hastaların hastaneye yeniden başvuru oranının, taburculuk eğitimi yapılanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Taburculuk programı uygulanmayan hastalarda ameliyat sonrası inme (stroke), multiple organ yetmezliği ve koagülopati gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Ameliyat sonrası ortaya çıkan bu komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir (4-6). Sorunlar çoğaldıkça hastaneye plansız geri dönüşler %4,5-30 oranında yaşanmaktadır (8,13,16).

Birçok ülkede taburculukla ilgili hemşire koordinatörlerin ve protokollerin bulunduğu belirtilmektedir. Ülkemizde ise taburculuk eğitiminin hastanelerde planlı bir şekilde uygulanan bir süreç olmadığı da bilinmektedir. Hemşirelik uygulamalarına bakıldığında, kalp hastalarının hastanede kaldığı süre içindeki bakımının, genellikle fiziksel bakım ile sınırlı kaldığı, hemşirelik eylemlerine, doktor isteminde belirtilen işlemlerle sınırlı olarak yer verildiği, hastaların hastaneden taburcu olduktan sonra karşılaşılabilecekleri sorunların çözümüne yol gösterecek planlı bir taburculuk eğitiminin olmadığı, hastaların bakım sorunları ile evlerine döndüğü görülmektedir. KABG ameliyatı olan bireylerin taburculuk sonrası tekrarlı yatışlarının önlenmesi, yaşadıkları sorunların azaltılması ve taburculuk sonrası uyumunu artırılması için taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlığın sağlık bakımı sistemi içinde yer alması gerekmektedir (31-35).

Bu araştırma, koroner arter by-pass ameliyatı geçiren bireylerin taburculuk planlaması ve evde hemşirelik bakımları ile ilgili ilk çalışma olacağı için önem taşımaktadır. Bununla birlikte taburculuk eğitimi ve ev ziyareti ile ilgili deneysel çalışmaların yok denecek kadar az olduğu ülkemizde bu çalışma, hastanedeki hemşirelik bakımı ile evde bakımı birleştiren bir çalışma niteliğinde olup kanıta dayalı veri oluşturmak açısından da önemli olacaktır. Bu hasta grubunda gerek yurtdışında gerekse ülkemizde yapılan

alışmalar sadece bilgi gereksinimlerini belirlemeye yönelik olup, sınırlı sayıda ve daha çok kalitatif nitelikte çalışmalardır. Deneysel olarak yürütülen araştırmanın bu yönüyle de kalp hastalığı sonucu bypass ameliyatı, evde bakım ve halk sağlığı hemşireliği ile ilgili literatürde önemli bir boşluğu dolduracağı, hastanın evde karşılaştığı sorunları azaltacağı, hastaneye plansız tekrarlı başvuruları önleyeceği, kalp hastalığı alanında organize edilecek taburculuk planlama ve evde izlem çalışmalarına bir kaynak oluşturacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma, planlı taburculuk programının (taburculuk eğitimi, telefonla danışmanlık, ev ziyareti) koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisini değerlendirmek amacıyla, deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

#### **ARAşTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

**H<sub>01</sub>:** KABG ameliyatı geirmış hastalara uygulanan planlı taburculuk programı komplikasyon gelişimini azaltmada etkili değildir.

**H<sub>11</sub>:** KABG ameliyatı geirmış hastalara uygulanan planlı taburculuk programı komplikasyon gelişimini azaltmada etkilidir.

**H<sub>02</sub>:** KABG ameliyatı geirmış hastalara uygulanan planlı taburculuk programı hastaların hastaneye plansız geri dönüşlerini azaltmada etkili değildir.

**H<sub>12</sub>:** KABG ameliyatı geirmış hastalara uygulanan planlı taburculuk programı hastaların hastaneye plansız geri dönüşlerini azaltmada etkilidir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.KALBİN YAPI VE FONKSİYONU**

Kalp, dört boşluğu olan yaklaşık yumruk büyüklüğünde müsküler bir organ olup, mediastinal aralıkta akciğerlerin arasında bulunur. Kalp atımları yaklaşık orta hattın iki inc solundan, beşinci interkostal aralıktan palpe edilebilir. Kalbin ince iç tabakası endokardiyum, orta kas tabakası myokardiyum ve en dış seröz membran epikardiyum olmak üzere üç tabakası vardır. Kalbin dört boşluğu, sağ taraftaki iki boşluk ve sol taraftaki iki boşluk septumla ayrılmıştır. Üst boşluklar atriyum, alt boşluklar ventrikül adını alırlar. Atriumlardaki myokardiyum ventriküllerdekinden daha incedir. Sol ventrikül duvarı, sağ ventrikül duvarından daha kalındır (5,6,10,36).

Sağ atriyum 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 atriya oradan da mitral kapak yolu ile sol ventriküle geçer. Kalbin kasılması ile kan aort kapağından geçerek aorta ve sistemik dolaşıma geçer (5,6).

Kalp dokusu, koroner arterler tarafından beslenmektedir. Kalpte üç büyük koroner arter bulunmaktadır.

### **2.1.1.Sağ Koroner Arter**

Temel olarak sağ ventrikülü beslemektedir. Kalbin kasılma fonksiyonunda önemli bir yeri olan ventriküller arası septumu genellikle bu arterin dalı olan arka inen dal beslemektedir (5,6).

### **2.1.2.Left Anterior Descending (LAD)**

Temel olarak sol ventrikülün ön ve yan yüzünü beslemektedir. Ayrıca ventriküller arası septumu besleyen dallar verir. Kalp apeksini dolandır ve bundan sonra 1-2 cm ilerleyerek sonlanır. Sol ön koroner'in sol ventriküle verdiği yan dallara "diagonal damarlar" adı verilir. LAD, sıklıkla kalbin yüzeyinde olmasına rağmen yağdokusu 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 (5,6).

### **2.1.3.Circumflex Arter**

Sol ventrikülün yan ve arka kısımlarını beslemektedir. Obtus margin (OM) adı verilen dalları vardır. Posterior descending arter (PDA) bazen bu arterden çıkar.

Sağlıklı koroner arterler elastiktir, iç yüzeyleri düzdür ve kan içinden rahatlıkla akar. Koroner arter hastalığında ise damar duvarı kalınlaşır, elastikiyetini kaybeder ve içerisinde oluşan aterom plaklar nedeniyle sertleşir. Damar sertleşmesi, arterioskleroz olarak adlandırılmaktadır. Aterom plak, damarın iç çapının daralmasına ya da tamamen tıkanmasına neden olmaktadır. Koroner arterdeki kan akımının kritik olarak bozulması için belirli bir oranda daralmış olması gerekmektedir. Sol ana koroner arter dışındaki damarlarda %60'dan daha fazla darlık durumunda KABG yapılması gerekmektedir. Ayrıca KABG ameliyatının yararlı olabilmesi için tıkanıklığın olduğu bölgenin uç kısımlarındaki koroner damarların sağlıklı olması, çok ince veya çok kısa olmaması gerekmektedir. Myokard, arteriosklerozis gelişmesine karşı koroner damarlarda gelişen kollateral dolaşım ile korunmaktadır. Kalpteki kollateral dolaşım, koroner arterlerde yavaş gelişen aterosklerotik daralma ya da ani tıkanmalar sonucu kalp de gelişen harabiyete bağlıdır. Büyük koroner arterlerden biri ani olarak tıkanıldığı zaman, birkaç saniye içinde küçük anastomozlar genişler. Bu küçük kollateraller kan akımını, genellikle kalp kasını canlı tutabilecek miktarın yaklaşık yarısı kadar artırır. Ancak bu

kollaterallerin çapları 8-24 saat içinde daha fazla genişleyemez. Daha sonra artmaya başlayan kollateral akım, ikinci, üçüncü günde iki katına çıkarak yaklaşık bir ay sonra iskemik kalan kas dokusuna hemen hemen normal koroner akımı sağlayacak düzeye erişebilir. Bu gelişen kollateral kanalların yardımıyla çeşitli koroner tıkanmalarda, ilgili kas alanı çok geniş değilse hastaların iyileştiği görülür. Bununla birlikte koroner arterlerde meydana gelen daralma ve tıkanıklıklar sonucunda bu damarların beslediği kalp kasında kalıcı veya geri döndürülebilir hasar meydana gelebilmektedir. Günümüzde koroner arterlerde en sık görülen edinsel hastalık, ateroskleroz sonrasında gelişen iskemik kalp hastalığıdır. Aterosklerotik tutulmanın en sık yerleştiği bölge sağ koroner arterin akut margini ile posterior descending dalları arasında kalan alandır (Crux). Aterosklerotik lezyonlar karakteristik olarak çok sayıdadır ve çoğunlukla birden fazla arterde yerleşmektedir (5,6,10,36).

## **2.2.KORONER ARTER HASTALIĞI (KAH)**

Aterosklerozis gelişimi sonucu oluşan kan damarları hastalığının bir tipidir. Hastaların yaklaşık %90'ında makroanjyopatiler ve koroner arterlerde ateroskleroza bağlı olarak gelişen plaklar nedeniyle oluşan akut trombüs ve darlıklar sonucu ortaya çıkan kronik ya da akut bulgularla seyreden durum, koroner arter hastalığı (KAH) olarak adlandırılmaktadır. KAH, iskemik kalp hastalığı gelişenlerin %85-90'nını oluşturmaktadır (38).

Gelişmiş ülkelerde ölümlerin en az yarısı kalp damar hastalıklarına ve bunların  $\frac{3}{4}$ 'ü de aterosklerotik KAH'larına bağlıdır. Görülme sıklığı, erkeklerde kadınlardan dört kat daha fazladır. Kırk yaşından önce KAH görülme oranı 8/1, 40-60 yaş arası 4/1 ve 70 yaş sonrasında 1/1'dir. Erkeklerde en çok 50-60, kadınlarda ise 60-70 yaş grubunda rastlanılmaktadır. Amerika'da en önemli ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. The American Heart Association (AHA), her yıl kalp krizinden 490.000 kişinin öldüğünü bildirmiştir (5). Türkiye istatistik yılı 2000 yılı verilerine göre, Türkiye'de kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %50-75'ini koroner arter ve kalp kapağı hastalıklarının oluşturduğu bildirilmektedir. Ayrıca Türkiye'de yaklaşık 2.8 milyon koroner kalp hastası bulunduğu, yılda 310 bin koroner olay meydana geldiği ve yılda 170 bin kişinin koroner kalp hastalığından kaybedildiği bildirilmektedir. Türkiye'de 20 yaş üstü erişkinlerde kalp hastalığı prevalansının %6.7 olduğu, bunun %6.2'sini erkeklerin, %7.3'ünü kadınların oluşturduğu belirtilmektedir (7). 2004 yılında ülke

genelinde yılda 310 bin civarında koroner olay meydana gelmekte, bunların içinden ani olarak veya bir yıl içinde kaybedilen grup çıkarıldığında, toplam koroner kalp hastalığı olan birey sayısı yılda 140 bin kadar artmaktadır. Türkiye’de kalp hastalıklarının en fazla görüldüğü bölge %8.2 ile Karadeniz Bölgesi’dir. Bu bölgeyi %7.6 ile Marmara, %6.6 ile Doğu Anadolu, %5.9 ile Güneydoğu Anadolu, %5.6 ile Ege Bölgesi, %5.3 ile İç Anadolu Bölgesi ve bunları %4.6 ile Akdeniz Bölgesi izlemektedir (39).

Koroner kalp hastalığı için her iki cinste de hipertansiyon, özellikle sistolik kan basıncındaki her 10 mm Hg yükselme, koroner kalp hastalığı riskini %22 arttırmaktadır. Bunun yanı sıra kanda kolesterol yüksekliği, kolesterol düzeyi 200 mg üzerindeki bireylerde her 50 mg yükselme koroner kalp hastalığı riskini % 36, HDL kolesterolün 35 mg altında olması riski 1.54 oranında arttırmaktadır (38). Sigara içme, hareketsizlik, kadınlarda şişmanlık ve diyabet diğer önemli etkenlerdir. Ayrıca Avrupa ülkelerine göre Türkiye’de koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerde her yıl %5 oranında artış olduğu tahmin edilmektedir (7). Bu hastalığın en önemli özelliği ileri aşamalarda yaşamı tehdit eden myokard enfarktüsüne yol açabilmesidir. Bu nedenle hastalığa yol açan risk faktörlerinin bilinmesi ve koruyucu önlemlerin alınması, hastalığın tedavisi kadar önemlidir (39).

Koroner arter hastalıkları ve bunun sonucunda myokardın beslenme bozukluklarına neden olan patolojiler şu şekilde sıralanabilir:

1. Ateroskleroz (%99)
2. Arteritler (sistemik lupus eritematozus, poliarteritis nodoza, takayaşu vb.)
3. Embolizm
4. Koroner mural kalınlaşma (amiloidoz, radyasyon)
5. Koroner daralmaya neden olan diğer nedenler (spazm, aort diseksiyonu)
6. Konjenital koroner arter hastalıkları (arteriovenöz fistüller, koroner arter çıkış anomalileri) (38,40).

Aterosklerozis KAH’ın majör nedenidir. Aterosklerozis, Yunanca athere ‘‘yağ toplanması’’ ve sklerosis ‘‘sert’’ olmak üzere iki kelimeden oluşmuştur. Bu cümle kombinasyonu aterosklerozisin yaşla birlikte sertleşen yumuşak yağ depoları olarak başladığını göstermektedir. Bu nedenle aterosklerozis, genellikle damarların sertleşmesi

olarak ifade edilmektedir. Ateromlar (yağ depositleri) koroner arterlerde olduğu gibi vücuttaki her arterde oluşabilir. Arteriosklerotik kalp hastalığı, kardiyovasküler kalp hastalığı ve koroner kalp hastalığı bu hastalık sürecini tanımlamak için kullanılmaktadır. Ateroskleroz, primer olarak arterlerin intima tabakası içinde kolesterol ve lipitlerin lokal toplanması ile karakterizedir. Plak oluşumunun başlangıcı vasküler duvarı oluşturan elementler ve kan komponentleri arasında kompleks etkileşimlerin sonucudur. Endotel yaralanması aterosklerozis oluşumu için temel nedendir (5,40).

### **2.2.1. KAH'da Risk Faktörleri ve Korunma**

Ateroskleroz oluşuktan sonra tamamen tedavi edebilecek tıbbi ve cerrahi yöntem henüz bulunmamaktadır. Bu nedenle son zamanlarda ateroskleroz'a bağlı KAH oluşumunu hızlandıran risk faktörlerinden korunma ve tedavi yöntemlerine çok önem verilmektedir. Ateroskleroz oluşumunu başlatan veya hızlandıran birçok risk faktörü vardır. Yapılan çalışmalarda (1,38,40-42) özellikle ilk altı risk faktörünün ateroskleroz gelişiminde önemli olduğu vurgulanmaktadır. KAH'nın oluşumunda %99 etiyolojik neden aterosklerozis olduğu için aterosklerozisin risk faktörleri aynı zamanda KAH'nda risk faktörü olarak kabul edilmektedir.

#### **2.2.1.1. Ateroskleroz Oluşumunu Hızlandıran Risk Faktörleri**

1. Total kolesterol veya LDL-kolesterol düzeyi yüksekliği
2. Düşük HDL-kolesterol düzeyleri
3. Hipertansiyon
4. Diabetes mellitus
5. Aile öyküsü
6. Tütün kullanımı
7. İleri Yaş
8. Cinsiyet (Erkek, Menopozda Kadın)
9. Obezite
10. Menapoz, östrojen, oral kontraseptifler
11. Fiziksel inaktivite
12. Psikolojik, sosyal, kültürel ve yapısal faktörler

13. Prostoglandinler ve endotelyal faktörler
14. Alkol
15. Bazı eser elementler (çinko, bakır)
16. Suyun sertliği
17. Hiperkalsemi
18. Hiperkoagülabilité
19. Vazektomi
20. Kafein alımı
21. Hiperürisemi
22. Kalp transplantasyonu (60,62)

Konuya ilişkin yapılan retrospektif çalışmalarda (13-17,20-23) bağımsız risk faktörlerinin KAH ile ilişkili olduğu kanıtlanmıştır.

#### **2.2.1.2. KAH İçin Bağımsız Risk Faktörleri**

- İleri yaş
- Erkek cinsiyet
- Düşük HDL-kolesterol düzeyleri
- Total veya LDL-kolesterol düzeyinin artması
- Sistolik kan basıncının yükselmesi
- Tütün
- Diyabetes mellitus
- EKG’de sol ventrikül hipertrofisi

KAH için majör risk faktörlerinin tespit edilmesi ve uygun tedavilerin önerilmesi için Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1988 ve 1993’te Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (National Cholesterol Education Program; NCEP) toplanarak yetişkinlerde tedavi panellerini yayınlamıştır. Avrupa Ateroskleroz Derneği ile Avrupa Hipertansiyon Derneği tarafından da ortak bir risk faktörleri rehberi hazırlanmıştır. Avrupa Kardiyoloji Derneği de bu rehberi benimseyerek her ülkede uygulanmasını önermiştir. Türk Kardiyoloji Derneği’ de bu raporlara paralel olarak Koroner Kalp Hastalıklarından Korunma ve Tedaviye İlişkin Ulusal Rehber’i yayınlamıştır (62,97).

### **2.3.KALP CERRAHİSİ**

Dünyada ilk kez 1952 yılında Minessato Üniversitesi'nde John Lewis sistemik hipotermi kullanılarak kalp ameliyatını gerçekleştirmiştir. Ekstrakorporeal sirkülasyon (ECC) tekniğini kullanarak dünyada ilk başarılı kalp ameliyatını 1953 yılında John H Gibbon gerçekleştirmiştir. 1955 yılında Mayo Klinikten Kirklin, Gibbon adı verilen pompada bazı yenilemeler ve düzenlemeler yaparak 'Mayo Gibbon IBM' adı verilen Kalp Akciğer makinasını tamamlamış ve başarılı bir seri halinde açık kalp ameliyatı yapmıştır. Türkiye'de ise kalp cerrahisinin ilk adımları 1953-1954 yıllarında kapalı mitral kommissürotomi ile başlamıştır. Ülkemizde ECC kullanmak suretiyle ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Doktor Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi'nde yapılmıştır (41,42).

Kalp cerrahisi; kalp kapaklarına yönelik girişimleri, konjenital lezyonların tamirini, koroner damar greftlerini ve son yıllarda önem kazanan kalp transplantasyonunu içerir. Kalp cerrahisinin açık ve kapalı kalp ameliyatı olarak iki şekli vardır. Kapalı kalp ameliyatı, ECC cihazı kullanılmadan, kalp ve akciğer çalışırken kalbe cerrahi girişimde bulunulmasıdır. Açık kalp ameliyatı ise, kalp ve akciğer fonksiyonlarının ameliyat süresince vücut dışında bir makine tarafından geçici olarak sağlanması sırasında yapılan ameliyattır. KABG ameliyatı bu yöntemle yapılan bir açık kalp ameliyatıdır.

### **2.4. KORONER ARTER BYPASS GREFTİ (KABG) AMELİYATI**

Koroner arter bypass grefti, tıkalı olan koroner arterin etrafından greft ile dolaştırılarak miyokarda kan akımının eski haline getirilmesi işlemidir. KABG'de tıkalı olan koroner arterler üzerine, vücudun diğer bölümlerinden çıkarılmış arter, ven ya da protez greft konur. Greftin bir ucu asendan aortaya, diğer ucu ise darlığın ilerisindeki distal kısma bağlanır ve böylece koroner arterlerdeki darlık bypass ile aşılmış olur. Bu uygulama ile kan miyokarda gönderilerek, normal dolaşım sağlanır, kalbe düşen yük azalır, sonuçta hastanın anginal ağrıları hafifler ya da tamamen geçer.

Koroner arter bypass grefti için genellikle hastanın safen veni kullanılır. Bu işlemde; safen ven kapaklarının kan akımını engellememesi için ters çevrilir, daha sonra venin bir ucu koroner arterin dallandığı üst noktada aortaya, diğer ucu koroner arterin tıkalı olan alt kısmına birleştirilir. Bu yöntemde safen veni çıkarabilmek için bacağa da cerrahi girişim uygulanmaktadır. KABG için diğer yöntem sağ /sol internal mamarian arter (IMA) kullanılarak yapılır. Bu işlemde IMA'nın bir ucu kesilerek koroner arterin

tıkalı olduğu noktaya birleştirilir. Bu iki yöntem tek tek kullanılabildiği gibi ikisi bir arada da kullanılabilmektedir. Bu işlemde daha nadir olarak da radial arter kullanılmaktadır (43). KABG, açık kalp ameliyatı tekniği ile kardiyopulmoner bypass, miyokardın korunması, greftin hazırlanması ve anastomoz işlemleri uygulanarak yapılmaktadır.

Koroner arter bypass grefti yaşamın uzatılması, angina pectorisin giderilmesi, hastanın yaşam kalitesinin artırılması amacıyla yapılır. Aterosklerozun ilerlemesini önlemek için ateroskleroza neden olan risk faktörlerini azaltmak ve yaşam şeklini değiştirmek önemlidir. Koroner arterlerdeki aterosklerotik plaklar genellikle birden fazla koroner arteri etkilemektedir. Ateroskleroz, genellikle koroner arterlerin dallanmadan hemen önceki proksimal segmentlerini tutmaktadır. Epidemiyolojik ve deneysel araştırmalar sonucunda, üç koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin %70, sol koroner arteri tıkalı olan hastaların 5 yıllık yaşam süresinin %40-60 olduğu ve bu hastaların 15 yıllık yaşam süresinin ise %15 kadar düştüğü bulunmuştur. Bu bilgiler dikkate alınarak koroner arter hastalıklarındaki cerrahi endikasyonlar; kronik stabil ve unstabil angina, sol koroner arteri tıkanıklığı, kardiyojenik şoka girmiş miyokard enfarktüsü olanlar ve tekrarlayan semptomlar nedeniyle gelen hastalardır (41-44).

Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalarda, KAH'a bağlı semptomların iyileşmesinde, cerrahi tedavinin ilaç tedavisine oranla daha başarılı olduğu görülmektedir (13-17,20-23). Duitz et al. (45) yaptıkları çalışmada KABG'den sonra hastaların %70-90'ında göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı gibi semptomların azaldığı ve egzersiz performansının ameliyat öncesine göre %20-50 oranında arttığı saptanmıştır.

## **2.5.TABURCULUK PLANLAMA**

Taburculuk planlaması hastanın varolan ve gelecekteki gereksinimlerini yeterli ve kapsamlı olarak tanılamayı, uygun kararlar vermeyi ve izlem hizmetlerini koordine etmeyi gerektiren çok basamaklı bir girişimdir (46). “Hastanın hastaneden ayrılması ve bakımın evde devam edebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hasta ve ailenin hazırlanması” olarak tanımlanan taburculuk planlaması hastanın hastaneye kabulü ile başlayan bir süreçtir. Taburculuk planlaması, hastanın bir alandan diğer alana geçişini kolaylaştırmak için çok çeşitli disiplinleri ve birey/aileyi kapsayan aktiviteler olarak da tanımlanabilir (46-48).

Taburculuk planlama programları, sağlık bakımı sunum sistemindeki değişikliklere bağlı olarak gelişmektedir. Taburculuk planlama, hasta bakım kalitesinin artırılması, hastanın evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında giderek önem kazanmaya başlamıştır. Etkili ve etkin bir taburculuk planlama programı, hastanede kalış süresinin azaltılması ve artan maliyetlerin düşürülmesinde oldukça önemlidir (49,50).

Taburculuk planlama, hastaların tanılanması ve bakımı planlamayı içeren bir süreç olup; tarama, psikososyal tanılama, danışmanlık, eğitim, koordinasyon, izlem ve değerlendirmeyi içerir. Hastanın gereksinimleri ve özbakım kapasitesinin belirlenmesini, yaşam aktivitelerinin tanılanmasını, kaliteli evde bakım hizmeti sunmak için gereksinim duyulan sağlık ve sosyal bakım kaynaklarının belirlenmesini, evde bakım için hasta/ ailesine danışmanlık yapılmasını birleştiren bir süreçtir (51).

McKeeham and Coulton, başarılı taburculuk planlama sürecinin çatısını “yapı, süreç ve sonuç” dan oluşan bir model olarak tanımlamışlardır. **Yapı**, yazılı bilgi ve ekiple yapılandırılmış etkileşimden oluşur. **Süreç**, kabulden 24-48 saat sonra hasta ve ailesinin sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesiyle başlayan, yatış süresince eğitim, danışmanlık, koordinasyon, değerlendirme girişimlerinin düzenli ziyaretlerle organize edildiği ve izlem programının belirlendiği bir aşamadır. **Sonuç**, hastanede kalış süresinin ve yeniden yatış sayısının azaldığı, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükselmesiyle taburculuk planlama programının sona erdirildiği aşamadır (51).

## **2.6.TABURCULUK PLANLAMA AŞAMALARI VE HEMŞİRELİK SÜRECİ**

Taburculuk planlamada, hemşirelik sürecinin uygulanması etkinlik sağlamaktadır. Hemşirelik süreci bireyin girişim gerektiren sorunlarının tanılanması, yaşanan sorunları azaltmak veya değiştirmek için plan geliştirme, uygun girişimlerde bulunma ve girişimleri değerlendirmeden oluşmaktadır. Eğer bu basamaklardan herhangi birisi doğru uygulanmaz veya atlanırsa taburculuk aşamasında çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir. Taburculuk işlemi “tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme” olmak üzere birbirini izleyen dört aşamadan oluşur (47,48).

### **2.6.1.Tanılama**

Veri toplamayı içeren bu aşamada hemşire, hasta ve ailesiyle görüşerek bakım gereksinimlerini belirler. Tanılama aşamasında, hasta ile ilgili olan veriler hemşiresi tarafından en geç 24 saat içinde toplanmalıdır. Veri toplarken ekip üyelerinin değerlendirmeleri de dikkate alınmalıdır. Hastanın öyküsü, hastanın cerrahi bir işlem geçirecek olması nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunlar, fiziksel tanılama, psikososyal tanılama vb. veriler tanılanmalıdır. Hastanın taburculuk sonrası evde bakımına ilişkin gereksinimlerini belirlemek için ailesinden “ailenin destek sistemleri, sosyal güvence ve ekonomik durumu, ev ortamının uygunluğu, hastanın tedavi planına uyumu, tedavi ile ilgili sorunların olup olmadığı” gibi konularda bilgi alınmalıdır. Bu sorulara alınacak yanıtlarla hastanın durumu belirlenerek bireysel taburculuk planlaması yapılmalıdır (48).

### **2.6.2.Planlama**

Son yıllarda taburcu olma sürecinde hemşire ve hasta /ailesi için kolaylık sağlayan çok bilinen (Medical- Environment- Treatment- Health Education- Outpatient follow up- Diet METHOD) yaklaşımı kullanılarak planlama yapılmaktadır (48). Bununla birlikte Naylor et al. (29) tarafından yeni kapsamlı taburculuk planlama programı geliştirilmiştir. Bu programın aşamaları;

- Başlangıç hastane ziyaretleri,
- Hastayı tanılama,
- Bakım veren ya da bakım verenleri tanılama,
- Taburculuk ziyareti,
- Ev ziyareti ya da telefon danışmanlığı,
- Taburculuk sonrası telefonla iletişim sağlama'dır.

### **2.6.3.Uygulama**

Planda yer alan ve uygulanan hemşirelik bakımı, hasta/ailesine verilen eğitimler ilgili hemşirelik formlarına ve taburculuk formuna kayıt edilir. Yapılan eğitim, ev ziyaretleri ile pekiştirilirse taburculuk planlaması amacına ulaşmış olur. Evde yapılacak uygulamaların ve tedaviye ilişkin olası sorunların yanıtlarının bulunduğu yazılı broşür / kitapçıkların verilmesi önemli ve yararlı bir uygulamadır. Hasta ve ailesi taburcu olurken (48);

- Bir sonraki randevuya kadar acil bir durum söz konusu olduğunda kimi arayabileceklerini,
- Hangi durumlarda endişelenmeleri gerektiğini,
- Hangi durumlarda sağlık kuruluşlarına başvurabileceklerini,
- Sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabileceklerini bilmek isterler. Taburcu olmadan önce hasta ve ailesi bu başlıklarda bilgilendirilmelidir.

#### **2.6.4.Değerlendirme**

Hasta taburcu olduktan sonra ev ziyaretleriyle, ev ziyareti mümkün değilse hastayla telefon görüşmesi yapılarak taburculuk planlaması değerlendirilebilir (48).

Taburculuk planlama sürecinin etkinliği farklı sonuç kriterleri kullanılarak değerlendirilmektedir. Bunlar hastanın iyileşme zamanı, hastanede kalış süresi, hastaneye yeniden yatış oranı, komplikasyonlar ve morbiditedir. Yeniden yatışlar taburcu olduktan sonra hastanın klinik durumu ve yaşam kalitesini yansıtan sonuç ölçüm kriteridir (49,52,53).

#### **2.7.TABURCULUK EĞİTİMİ VE HEMŞİRELİK**

Amerikan Hemşireler Birliği'nin 1986'da yayınladığı "Evde Bakıma Yönelik Hemşirelik Uygulamaları Standartları"nda, hemşirenin, bakım alan bireyin bakımının uygun ve kesintisiz olarak sürdürülmesinden, bakım yönetimi ve toplum kaynaklarının koordine edilmesinden sorumlu olduğu belirtilmektedir (47). Tennier (49) taburculuk planlamada hemşirenin rollerini " tarama, tanılama, danışmanlık, kaynaklara ulaşma ve hasta/aile eğitimi" şeklinde ifade etmektedir. Taburculuk eğitiminin amacı, evde değişebilecek sağlık bakımına ilişkin olarak hastayı ve ailesini hazırlamaktır. Eğitimin etkili olabilmesi için planlama sürecinin '*aile merkezli eğitim, hasta ve ailenin gereksinimlerini karşılamaya yönelik bireyselleştirilmiş eğitim*'i içermesi gerekmektedir. Aile merkezli yaklaşım ve işbirliği ile ailenin bakıma katılımı en üst düzeyde sağlanabilir (54).

Taburculuk planlama sürecinde hasta ve aile eğitiminin dört bileşeni vardır. Bu bileşenler; odaklanma, her fırsatta eğitim, bireyselleştirilmiş eğitim ve sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde yapılan eğitim'dir (54). Evde bakım becerilerine yönelik verilecek eğitim, bir süreç gerektirir. Bu nedenle eğitimler taburculuk planlama

sürecinin erken döneminde başlatılmalıdır. Profesyonel bakım verenlerin tümü rutin ve tıbbi bakımın bütün yönleri hakkında hastaya bilgi vermelidir. Bakıma uyum sağlama basit işleri gösterip eğitime yoluyla başlamalı, sonra daha karmaşık işlevlere geçilmelidir. Bakım veren kişi ya da kişiler işlemlerin uygulanmasında, ilaçların yönetiminde, araç-gereçleri kullanmada yeterli beceriyi göstermelidir. Hemşire dinleme ve gözlem yoluyla bakım verenin neyi bildiğini, neyi bilmek istediğini belirleyebilir. Yazılı taburculuk eğitim materyalleri hemşire tarafından geliştirilerek taburculuktan önce hasta/ ailesine verilmelidir. Bu materyaller işlemlerin aşamalarını, ilaç rehberini (doz, uygulama şekli, yan etkiler) içermeli, ameliyat sonrası hasta bakımının tüm yönlerini özetler şekilde olmalıdır (54).

Gelişmiş ülkelerde taburculuk planlama, özellikle hastanelerle işbirliği içinde olan evde sağlık bakımı sunan kurumların en önemli fonksiyonu içinde yer alır. Bu kurumlarda taburculuk planlayıcı ya da evde bakım koordinatörü olarak deneyimli bir halk sağlığı hemşiresi görevlendirilir. Taburculuk planlayıcı/vaka yöneticiler hasta hastaneden taburcu olmadan önce tanılama ve veri toplama yoluyla, bakımın devamını sağlamayı kolaylaştırabilir, taburculuk sürecini hızlandırabilir ve evde bakım hizmeti veren uygun kurumun seçilmesini sağlayabilirler. Eksiksiz yapılan taburculuk planlaması halk sağlığı hemşiresinin bireyin tıbbi sorunlarını daha iyi anlamasına yardımcı olur, evde bakım planı için karar verme sürecinde daha çok bilgi sağlar. Hastaneye dayalı taburculuk planlayıcılarla ilgili yapılan çalışmalarda (47,49) 24 ana işlev ve *“iletişim becerileri, deneyim, toplum kaynakları bilgisi ve sosyal tanılama becerileri”* olmak üzere dört önemli beceri tanımlanmıştır.

Ülkemizde 25.04.2007 tarihli 564 sayılı Hemşirelik Yasası’nda hemşirenin taburculuk sürecindeki görev tanımları yer almakta, bazı hastaneler ve Joint Commission International (JCI) protokollerinde taburculuk süreci ile ilgili prosedürler ve görev tanımları yer almaktadır. Fakat taburculuk eğitimi hala planlı ve yasaya uygun olarak yapılamamaktadır (11,28,37).

Ülkemizde taburculuk hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesini etkileyen çeşitli faktörler yer almaktadır. Aile Hekimliği sisteminin gelmesiyle birlikte var olan birinci basamaktaki aksaklıklar daha da artmaktadır. Özellikle sevk sisteminin işlememesi, hemşirelerin rollerinin azaltılmaya çalışılması ve ev ziyareti yapamamalarından dolayı evde bakımların halk sağlığı hemşiresi tarafından yürütülmesi etkin olarak

yapılamamaktadır. Aile hekimliği sistemi, hastanelere başvuruları ve taburculuk sonrası hasta bakım hizmetlerini kontrol edememektedir. Ayrıca, hastanelerde gerek hastaların ve ailelerinin hastane sonrası yaşamlarında, tedavi ve bakımları sırasında karşılaştıkları sorunların çözümünde yol gösterebilecek, gerekse mevcut yatak kapasitesinden daha fazla kişinin yararlanmasını sağlayacak sistemli bir taburculuk eğitiminin yapılmadığı gözlenmektedir. Bu doğrultuda birinci basamak ve ikinci basamağın işbirliği olanaklarından yoksun olduğu görülmektedir. Taburculuk planlamanın önemine rağmen hastanelerde taburculuk planlama ve vaka yönetim hizmetleri yeterli değildir. Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde taburculuk planlama veya vaka yönetim merkezleri bulunmasına karşın ülkemiz için bu tür merkezler yok denecek kadar azdır. Ülkemizde taburculuk eğitimi ve evde bakım hizmetlerinin olmamasının sonuçları ise hasta ve ailesine yansımaktadır. Hastalar, evdeki tedavi ve bakımları sırasında kendi kendilerine çözümleyemedikleri sorunlarla karşılaştıkça, her seferinde tekrar hastaneye başvurma gereksinimi duymakta, uzun hastane yatışını gerektiren komplikasyon gelişmekte, birinci basamakta ya da ev ortamında çözümlenebilecek bu başvuruların bir kısmı da tekrar hastaneye yatırılmaktadır. Bir diğer sonuç ise, hastaların hastanede kalış sürelerinin uzamasıdır. Bu durum hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların eklenmesine neden olabilmekte, uzun süreli hastane bakımı aile bütçesine olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirmektedir (34,63).

## **2.8.KABG AMELİYATI SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ**

Koroner arter bypass greft ameliyatı sonrası hastalar ortalama bir hafta içinde taburcu edilmektedir. Hasta ve ailesi genellikle hastaneden çıkış ve eve dönüş konusunda anksiyete yaşamaktadır. Aile üyeleri sıklıkla gelişebilecek komplikasyonlar ve evde bakım konusundaki bilgi yetersizliğinden anksiyete yaşadıklarını belirtmektedirler (43).

Hastanın özellikle evdeki ilk günlerinde çok yakından gözlenmesi, normal ve riskli durumların birbirinden ayırt edilmesi, olabilecek tehlikelere karşı dikkatli olunması önemlidir. Kişisel farklılıklar nedeniyle her hastanın ameliyat sonrası iyileşme dönemi birbirinden farklı olsa da ameliyat sonrası ortalama 6 hafta süren bir iyileşme dönemi vardır (55).

Konuya yönelik yapılan çalışmalarda (55-59) ameliyattan sonraki üç ay ile bir yıl içinde hastalar yaygın olarak kas sertliği, göğüste ve bacakta ağrı, kilo kaybı, uyku bozuklukları, iştahsızlık, konstipasyon, banyo yapmada zorluk gibi fiziksel problemlerin

yanı sıra mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, huzursuzluk ve panik atak yaşayabilmektedir. Ayrıca açık kalp ameliyatı geçiren hastaların yaşam biçiminde, sosyal faaliyetlerinde, fiziksel aktivitelerinde, iş yaşamlarında değişimler görülmekte evlilik-aile ilişkilerinde ve cinsel yaşamlarında problemler yaşanabilmektedir (56).

Goodman (57) açık kalp ameliyatı olan hastaları ameliyattan sonraki 6–8 hafta süreyle takip etmiş ve inceleme sonunda evde bakımın sürdürülmesine yönelik bilgilendirilmeyen hastaların %78'inin hastaneden taburcu olduktan sonra evde ağrı, hareket kısıtlılığı ve solunum güçlüğü gibi fiziksel sorunlarla karşılaştıklarını belirtmiştir.

Öztekin ve ark.(58)'nın KABG ameliyatı sonrası eşlerin deneyimledikleri kaygıların belirlendiği çalışmalarında eşlerin ifade ettiği kaygı tipleri; diyet ve egzersiz programı, ameliyatın oluşturduğu sınırlamalar, göğüs ve bacak ağrısı, insizyon yerinin görüntüsü, hastanın ameliyatı konusunda bilgilendirilmemesi olarak saptanmıştır. Bu duygu hasta/ailesinin KABG ile başa çıkmadaki yetenekleri konusunda şüphe duymalarına neden olmuştur.

Ancak genel olarak açık kalp ameliyatı olan hastaya verilecek taburculuk eğitiminde hastalarda görülebilecek fiziksel değişiklikler, hastanın yapması ve yapmaması gerekenler, acil olarak bildirmesi gereken durumlar anlatılmalıdır (55,43).

Hasta/ailesi eve gitmeden önce aşağıdaki konularda planlı taburculuk eğitimleri yapılarak yazılı materyaller verilmelidir (57,59).

Aile ile işbirliği içinde ev ortamının hasta için hazırlanması ve eve hangi araçla gideceği planlanmalıdır. Eve dönmek hasta için heyecan verici olduğundan hasta yorulabilir. Bu nedenle hasta eve geldiğinde ziyaretçi kabul edilmemesi ve kısa bir uyku uyuması gerekliliği açıklanır. Eve dönme hazırlıkları sırasında ağrı olabileceği için hemşirenin ağrıyla baş etme konusunda hastayı desteklemesi gerekebilir. Hastanın ayaklarını uzatabileceği özel ve rahat bir araba sağlanması ve sıkmayan rahat giysiler giydirilerek eve gönderilmesi önerilebilir (56-60).

Evde hasta hareketsizlik, iyi uyuyamama, verilen ilaçlar ve ameliyat nedeni ile kendisini yorgun hissedebilir. Bunun ameliyat sonrası dönem için normal olduğu açıklanmalı, hasta/ailesinin korkularını ifade etmelerine izin verilmelidir (56-60).

### **2.8.1.Banyo**

Taburcu olduktan bir hafta sonra hastanede yapılan kontrol sonrasında yarada bir problem yok ise dikişler alınır. Dikişler alındıktan bir gün sonra banyo yapabileceği, ilk günlerde kendini yorgun hissedebileceğinden banyoda yardımcı olacak birinin yanında bulunması gerektiği, sıcak suyun baş dönmesine ve bitkinliğe neden olacağından oturarak ve ılık su ile duş alması, ameliyat yarasını bastırmadan çok yumuşak olarak sabunlaması ve asla keselememesi gerektiği açıklanmalıdır (6,16,38,55-60,62).

### **2.8.2.Beslenme**

Ameliyattan sonraki dönemde iyileşmenin hızlanması, hastanın kendini güçlü hissedebilmesi için yeterli ve dengeli beslenmesi gerekmektedir. Sıkı bir diyet uygulanmasına gerek olmamakla birlikte iyi düzenlenmiş dengeli bir diyet uygulanmalıdır. Açık kalp ameliyatı sonrasında hastalara kolesterolden, doymuş yağlardan, şeker, tuz ve kafeinden fakir diyetin önemli olduğu açıklanmalıdır. Bunun yanı sıra distansiyona neden olacak içecekler (gazoz, kola, vb) içilmemesi, kızartma, dondurma, krema ve peynir, fazla oranda doymuş yağ içerdiğinden, yenmemesi gerektiği anlatılmalıdır. Alkol alma alışkanlığı varsa haftada iki ölçü alacak şekilde azaltması, uyku hapi, sakinleştirici veya ağrı kesici ilaçlarla birlikte alkol almaması gerektiği açıklanmalıdır (6,16,38,55-60,62,64).

#### **2.8.2.1.Tercih Edilen Besinler: (proteinden zengin, yağ ve tuzdan fakir diyet)**

- Yağsız et, tavuk, balık (haşlama)
- Kaymağı alınmış süt ve yoğurt (mümkünse yarım yağlı veya yağsız süt ve yoğurt)
- Her türlü sebze ve meyve
- Yemeklerin pişirilmesinde sıvı yağ (zeytinyağı, fındık, kanola yağı, ayçiçeği yağı)
- Kepekli ekmek, bulgur, pirinç, makarna, kuru baklagiller
- Çorbalar ve yumurta akı

### **2.8.2.2.Tercih Edilmeyen Besinler (yağlı ve tuzlu)**

- Tereyağı, içyağı, kuyruk yağı, katı margarin
- Yumurta sarısı
- Sakatat
- Sucuk, salam, sosis
- Yağlı etler, kabuklu deniz ürünleri
- Tavuk ve diğer kanatlıların derileri
- Tuz, salamura besinler (turşu, ev yapımı salça, asma yaprağı, salamura peynir, zeytin)
- Kuruyemiş
- Kola ve diğer gazlı içecekler
- Kahve, kakao
- Alkollü içkiler
- Tatlılar, çikolata, pasta, kek, kurabiye, kremadan yapılmış dondurma
- Bal, reçel, pekmez
- Yağda kızartılmış tüm besinler
- Cipsler

### **2.8.3.Egzersiz**

Ameliyat sonrası egzersiz yapmak kasların güçlenmesini ve bireyin kendisini iyi hissetmesini sağlar. Ancak ameliyattan sonra eski gücüne kavuşmanın zaman aldığını bu nedenle sabırlı olması gerektiği, yeterince dinlenmeden egzersiz yapmaması, egzersize başlamadan önce ısınma hareketleri yapması, nefes darlığı, göğüs ağrısı ya da bitkinlik hissettiğinde egzersizi sonlandırması, önerilen egzersiz süresini aşmaması, egzersizi çok sıcak ya da soğuk havada şiddetli rüzgâr, hava kirliliği, yüksek nem oranı, yokuş tırmanma gibi koşullarda yapmaması gerektiği açıklanmalıdır.

Her gün düzenli olarak öncelikle evin içinde yürümeye başlaması, daha sonra açık havada düz bir alanda gittikçe mesafeyi artırarak, kısa mesafelerle dinlenerek yürümesi, yürürken terlemekten sakınması, yaz aylarında öğleden sonra ya da yağmurlu kış günlerinde yürümemesi, bitkin hale gelene kadar yürüyüşünü sürdürmemesi, parkta, ağaçlık bir yerde, yürüyüş yollarında yürümesi konusunda bilgi verilmelidir (6,16,38,55-60,62).

#### **2.8.3.1.Merdiven Çıkma ve Dinlenme**

Hastanın eve döndüğü ilk bir hafta merdiven çıkmaması, daha sonra acele etmeden ağır çıkması, merdiven çıkarken yorulursa, nefes darlığı başlarsa ya da başı dönerse oturup dinlenmesi konusunda hem hasta hem de ailesi bilgilendirilmelidir. Evdeki ilk ve ikinci haftada uyku saatleri dışında günde en az iki kez, 20-30 dk yaptığı işi bırakarak dinlenmesi gerektiği, bunun için yatmasına gerek olmadığı, her gece 8-10 saat düzenli uyuması önerilmelidir (6,16,38,55-60,62).

#### **2.8.3.2.Ev İşleri ve Çalışma Hayatı**

İlk kontrole kadar ev işi yapılmaması, ancak eve çıktıktan sonraki ilk iki hafta kendisini yeterince güçlü hissederse hafif işler (yemek masasının hazırlanması, eşyaların tozunun alınması vb.) yapabileceği, eşyaları itmek/çekmek, yukarı kaldırmak, 5 kilodan fazla ağırlık taşımak, sıkışmış pencere, kapı, kavanoz kapaklarını açmak gibi güç harcaması gereken hareketlerin yorulmasına ya da sternumun kaymasına neden olabileceği için yapmaması gerektiği hastaya ve ailesine anlatılmalıdır.

Ameliyattan sonraki ilk 4-6 hafta içinde yapılan kontrolden sonra çalışma ortamı ve yapılan işin uygunluğu değerlendirilerek işe başlayabileceği açıklanmalıdır (6,16,38,55-60,62).

#### **2.8.4.Varis Çorabı**

Ameliyattan sonra varis çorabı giyilmesi istenir. Varis çorabı bacaklardaki kan akımına yardımcı olarak bacakların şişmesini önler. Varis çorapları ameliyattan sonraki ilk haftalar ya da aktiviteler normale dönene kadar giyilmelidir. Varis çorabı giyme konusunda hastalara varis çorabını sabahın ilk saatlerinde yataktan kalkmadan önce aile üyelerinden yardım alarak giymesi, giyerken yarayı zorlamaması, kırıksıklık kalan yerlerde çorabın bacağı sıkarak kan akımını engelleyeceğinden dolayı kırıksıklık kalmamasına dikkat edilmesi, otururken bacak bacak üstüne atmaması, uzun süre ayakta

kalmaması, otururken bacaklarını yüksekte tutması, yatarken varis çorabı giymesine gerek olmaması gibi konularda bilgi verilmelidir (6,16,38,55-60,62).

#### **2.8.5.Triflow**

Ameliyat sonrası egzersiz kapasitesi azalmış akciğerleri eski kapasiteye ulaştırmak amaçlı kullanılır. Ortalama iki ay kullanılması ve iki saate bir 10-15 kez çalışılmasının önemi anlatılır. Hastanın cihazı doğru kullandığından emin olunmalı ve önemi kavratılmalıdır (6,16,38,55-60,62).

#### **2.8.6.Cinsel Yaşam**

Ameliyat sonrası, hemen her birey ve eşinin cinsel yaşam ile ilgili endişeleri vardır. Ameliyat sonrası hastaların “cinsel ilişki göğüs kemiğimde hasara neden olur mu, ne zaman cinsel ilişkide bulunabilirim” gibi soruları olabilmektedir. Hastalara bu konuda endişelenmemeleri gerektiği, kendilerini iyi ve dinlenmiş hissettikleri zaman cinsel ilişkide bulunabilecekleri, ancak sternumu zorlayan pozisyonlardan kaçınmaları, kendilerinin yorgun ve duygusal olarak gergin hissettiklerinde cinsel aktiviteyi ertelemeleri, ameliyat sonrası bir ay (4 hafta) cinsel ilişkiye girmemeleri, kadın hastaların gebeliklerini mutlaka hekim kontrolünde planlaması gerektiği vurgulanmalıdır (6,16,38,55-60,62).

#### **2.8.7.Sigara**

Ameliyat öncesi hastalar genellikle bir hafta ya da bir ay öncesi sigarayı bırakmaları beklenir. Ancak önemli olan ameliyat sonrası dönemde de sigaraya başlanılmaması ve sigaralı ortamlardan uzak durulmasıdır. Çünkü sigara vazokonstriksiyona, kan basıncında artmaya, koroner damarlarda spazm ve akciğerlerde harabiyete neden olmaktadır. Sigaraya tekrar başlamaması için aileye hastanın yanında sigara içilmemesi, sigaraya tekrar başlamaması konusunda desteklenmesi ve sigara içme isteği uyandıran içeceklerden kaçınması (çay, kahve, alkollü içecekler vs.), canı sigara içmek istediğinde şekersiz çiklet çiğnemesi, bırakmayı başaramıyorsa tıbbi yardım alması önerilmelidir (6,16,38,55-60,62).

### **2.8.8.Ziyaretçiler**

Ziyaret iyi niyetle yapılan, güzel bir anlamı olan sosyal bir olaydır. Ancak ziyaretin süre ve sıklığını belirlemek gereklidir. Aksi takdirde hastanın yorulmasına ve iyileşmenin olumsuz etkilenmesine neden olur. Telefonla çok fazla konuşmak da aynı etkiye neden olmaktadır. Bu nedenle evde ilk iki hafta boyunca arkadaş ve akraba ziyaretlerinin ertelenmesi, sonrasında günde iki ziyaretçiden fazla ziyaretçi kabul edilmemesi, hasta yorulduğunda ve dinlenmeye gereksinimi olduğunu hissettiğinde çekinmeden ziyaretçilerin ayrılmasının önemi konusunda bilgi verilmelidir (6,16,38,55-60,62).

### **2.8.9.Kilo Kontrolü**

Bazı kişiler çabuk kilo almaya eğilimlidirler. Ameliyattan sonra çabuk kilo almak problem olabilir. Özellikle tuzsuz diyet ve diüretik etkili ilaç kullanıyor ise her gün düzenli olarak tartılması, bir gün içinde 1–1,5 kiloluk artış yağlanma değil vücutta su tutulmasına bağlıdır. İki üç gün arka arkaya ağırlık artışı saptanırsa hekime başvurulması, tartılırken sabahları tuvalete gittikten sonra ve hergün aynı giysiyle ya da çıplak olarak tartılması konusunda bilgilendirilmelidir (6,16,38,55-60,62).

### **2.8.10.İlaçlar**

Ameliyat sonrası daha önce kullanılan ilaçlara ek olarak analjezik ve antikoagülan ilaçlar verilebilir. Kullanılacak ilaçlarla ilgili olarak ilacın adı, etkisi, hangi dozda alınacağı, ne zaman ve hangi yoldan kullanılacağı, yan etkisi, ilacın dozunu artırma, azaltma ya da kesme ve bir dozunu almayı unutup ikinci doz zamanı geldiğinde çift doz almaması konularında bilgilendirilmelidir (6,16,38,55-60,62).

### **2.8.11.Eğlence ve Boş Zamanların Değerlendirilmesi**

Ameliyat sonrasında hareketsiz kalınan uzun bir dönemden sonra normal yaşama dönüş biraz zaman almaktadır. Ancak bu süreç keskin sınırlarla belirlenemez, hastanın kendisini iyi hissetmesi ile ilişkilidir. Taburculuğun ilk günlerinde kağıt oyunları, sinema ve tiyatroya gitme, düşük tempolu yürüyüşler yapma, balık tutma (denize açılmadan), dikiş ve nakış işleri ile uğraşma, resim yapma, fotoğraf çekme, bir parkta oturma gibi hafif aktiviteler yapılmasının zararlı olmadığı, hasta ve ailesine açıklanmalıdır. 4-6 hafta içinde hekim kontrolünden sonra aktiviteler yavaş yavaş artırılarak tenis oynama, kayıkla balık tutma, avlanma, yüzme, ata binme ve hızlı yürüyüşler yapma gibi aktiviteler yapmasında sorun olmadığı belirtilmelidir. Bu

aktiviteleri yaparken ortamda genel sağlık koşulları sağlanmış olmalıdır (havalandırma, gürültü vs.) (6,16,38,55-60,62).

### **2.8.12.Acil Durumlar**

Acil olarak bildirilmesi gereken durumlar;

- Ameliyat öncesi ağrılara benzeyen göğüste, omuzda, boyunda veya çenede dinlenmeye ve dilaltı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı,
- Nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı, dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı,
- Günde 1–1,5 kilodan fazla kilo artışı,
- Görmede ani değişiklikler, bayılma hissi,
- Kolda ve bacakta ani güç kaybı ve tutamama hali,
- Çok yavaş, hızlı veya düzensiz kalp atışları,
- 38 C dereceyi geçen vücut ısısı,
- İdrar zorluğu ve kanlı idrar,
- Makattan taze kan gelmesi, katran kıvamında büyük tuvalete çıkma,
- Kahve telvesi şeklinde kusma,
- İnsizyon bölgesinde iltihaplı akıntı olması, kızarması, şişmesi, sıcaklığında artış olması durumunda acilen hemşireyi bilgilendirmesi gerektiği bildirilir (6,16,38,55–60,62).

### **2.8.13.Kontrolle Gelme**

Hastalar taburculuk sonrası, eğer soruları olursa hemşireyi telefon ile araması gerektiğini bilmelidir. Hastalara önemli durumlar ve randevu tarihleri açık bir dille anlatılmalıdır. Önemli tarih ve telefon numaralarını içeren bir kart hazırlanmalı ya da hazırlanan eğitim materyalinin içinde bu bilgiler olmalıdır (55,56,59,60).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Bu araştırma; Planlı taburculuk programının Koroner Arter Bypass Ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisinin belirlenmesi amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ**

Araştırma, Acıbadem Kayseri Hastanesi 2. Kat Kardiyovasküler Cerrahi (KVC) Servisi ve KVC Yoğun Bakım Ünitesinde yapılmıştır. Hastane 120 yataklı olup, 85 hemşire görev yapmaktadır. KVC Servisi, “yatan hasta servisleri” olarak adlandırılan bölümün A bankosunda yer almaktadır. Bu bölüm 12 odalı ve 17 yatak kapasitelidir. KVC Serviste bir sorumlu hemşire, bir ekip lideri, 6 servis hemşiresi olmak üzere toplam 8 hemşire görev yapmaktadır. Gündüz vardiyada bir sorumlu hemşireyle birlikte iki veya üç hemşire çalışmaktadır. Gece vardiyası ve hafta sonları iki hemşire nöbet tutmaktadır. Servis hemşireleri aynı zamanda KVC Yoğun Bakım Ünitesinde de çalışmaktadırlar. Vardiya saatleri hafta içi 08.00–18.00, 18.00–08.00 şeklindedir. Hastalar bu bölümde planlı taburculuk programı almamaktadır. Hastalara taburcu olmadan hemen önce doktor ve hemşire tarafından bilgi ve evde nelere dikkat etmesi gerektiği ile ilgili iki sayfalık bilgilendirme yazısı verilmektedir. KABG ameliyatı olan hastalar ortalama 6-7 gün hastanede yatmakta ve sonrasında taburcu olmaktadır. Hastalara hastanede

kaldıkları süre boyunca tedavi yapılmasının yanı sıra düşme riski, ağrı değerlendirmesi, bası yarası değerlendirmesi gibi hemşirelik bakımları da verilmektedir. Hastalar taburcu olduktan bir hafta sonra dikişlerinin alınması için kontrole gelmektedirler. Bu kontrolde enfeksiyon, ağrı, dikişlerin açılması vb gibi herhangi bir problem yoksa bir sonraki kontrole bir ay sonra çağrılmaktadır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

#### **3.3.1. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Acıbadem Kayseri Hastanesi'nde KABG ameliyatı olması gerekip, ameliyat olmaya karar vermiş ve KVC Yoğun Bakım Ünitesi ve Servisi'nde yatan yetişkin hastalar oluşturmuştur. Mart 2009-Aralık 2009 tarihleri arasında 56 kişiye KABG ameliyatı yapılmış ve KVC Yoğun Bakım/Servisine yatırılmıştır.

#### **3.3.2. Araştırmanın Örneklemi**

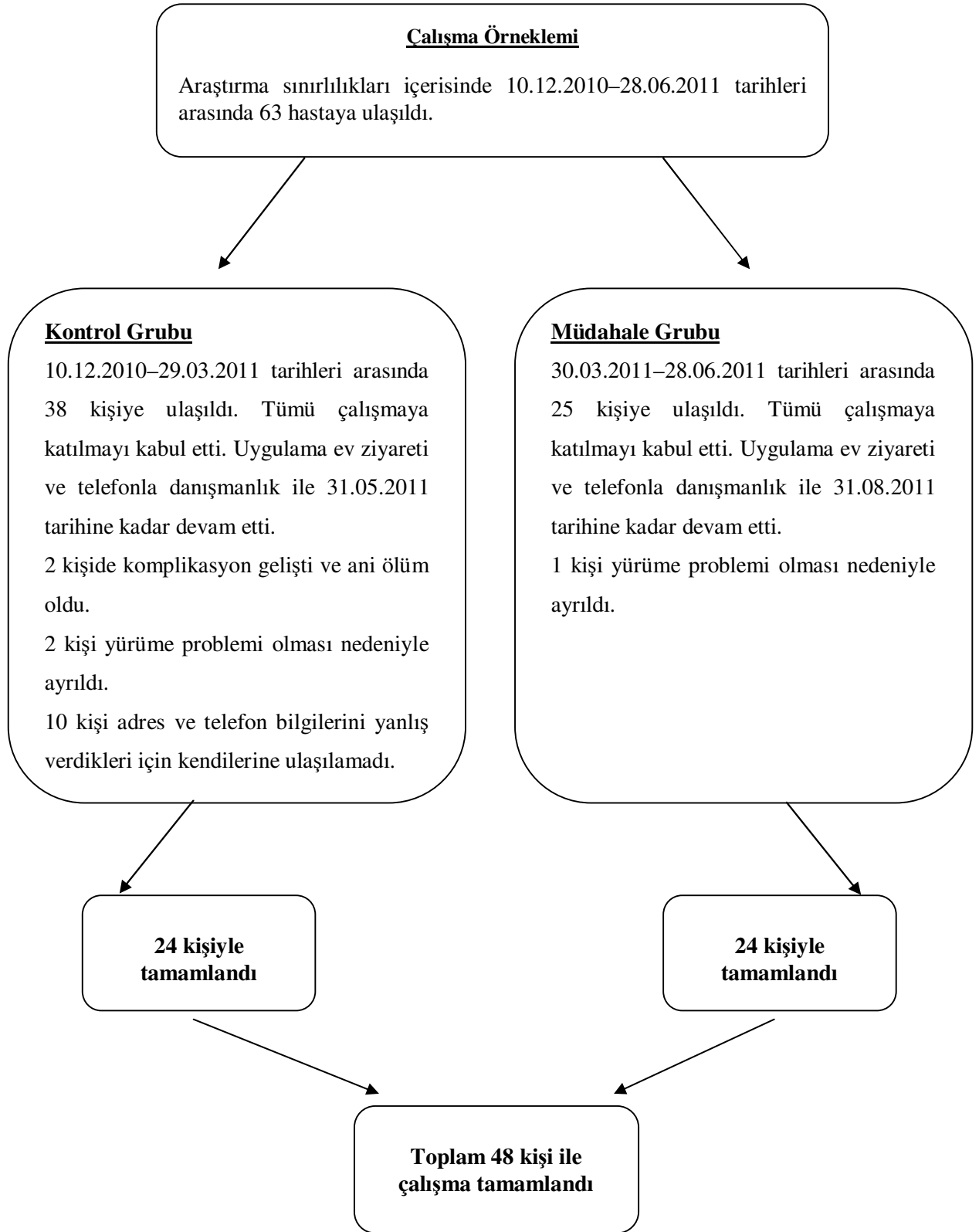
Araştırmada; yapılan güç analizinde, (%80)  $\alpha=0,05$  ve  $\beta=0,20$  olacak şekilde hesaplama yapılmıştır. Minimum gerekli örneklem büyüklüğü her bir grup için 24 olarak belirlenmiş ve 24 müdahale, 24 kontrol grubunda olmak üzere toplam 48 hasta çalışmaya alınmıştır. Çalışmaya katılan hastalar; yaş, cinsiyet ve eğitim durumunu içeren benzerlik kriterlerine göre müdahale ve kontrol gruplarına seçilmiştir (Tablo 4.1). Çalışmaya ilk olarak kontrol grubu hastalar alınarak başlanmıştır. Bunun nedeni; hastaların bir kısmına taburculuk programı uygulayıp bir kısmına uygulamamanın etik açıdan uygun olmaması, hastalar arasında etkileşim olacağı ve araştırma sonuçlarını etkileyebileceği içindir. 10.12.2010–29.03.2011 tarihleri arasında çalışmaya alınma ölçütlerine uyan 38 hastaya ulaşılmıştır. İki hastanın komplikasyon gelişmesi nedeniyle arrest olması, İki hastanın yürüyememesi, on hastanın adres ve telefon bilgilerini yanlış vermesi nedeniyle bu hastalar çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Kontrol grubu hastaları (n=24) tamamlandıktan sonra müdahale grubu hastaların verileri toplanmaya başlanmış, 30.03.2011–28.06.2011 tarihleri arasında 25 hastaya ulaşılmış, bir hasta yürüyememesi nedeniyle çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışmaya alınma ölçütleri;

- Acıbadem Kayseri Hastanesi'nde KABG ameliyatı olmaya karar veren,
- Kayseri il sınırları içinde ikamet eden,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- İletişim kurabilen,
- Okuma ve yazma bilen,
- İki ve daha az kronik hastalığı olan hastalardır.

### **3.3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

KABG ameliyatı sonrası yürüme problemi olan müdahale grubundan bir, kontrol grubundan iki hasta, egzersize uyum sağlayamamaları ve çalışma için egzersizin önemli olması sebebiyle çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Ayrıca kontrol grubunda iki hasta ameliyat sonrası komplikasyon yaşaması nedeniyle arrest olmuştur. Araştırmaya alınan hastaların düzenli takip edilmesi ve yapılan uygulamaların belirli standartlarda olması amacıyla bu çalışma, araştırmacı tarafından sadece çalıştığı kurumda yürütülmüştür.



Şekil 3.1. Örneklem Diyagramı

### 3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri ‘Hasta Tanıtım Formu’ (Ek-I), ‘Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat/Hastane Yaşantısı Formu’ (Ek-II), ‘Telefon Danışmanlığı İzlem Formu (Ek-III), ‘Visual Analog Skala’ (Ek-IV), ‘Hastaneye Plansız Başvuru İle İlgili Özellikler Formu (Ek-V) ve ‘Ev Ziyareti Kontrol Formu’ (Ek-VI) ile toplanmıştır.

#### 3.4.1. Hasta Tanıtım Formu (EK-I)

Araştırmacı tarafından geliştirilen ve toplam 13 sorudan oluşan bu formda KABG ameliyatı geçiren hastanın sosyo demografik özelliklerini içeren 10 soru, sosyal desteklerini içeren 3 soru yer almaktadır.

#### 3.4.2. Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat/Hastane Yaşantısı Formu (EK-II)

Araştırmacı tarafından geliştirilen ve toplam 16 sorudan oluşan bu formda KABG ameliyatı geçiren hastanın koroner arter hastalığı, kronik hastalığı, risk faktörleri, boy-kilo ve beden kitle indeksi ölçümleri, kullandığı ilaçlar ve hastane yaşantısı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

#### Beden Kitle İndeksini Değerlendirme

Beden kitle indeksi, yetişkinlerde ağırlık-boy ilişkisine göre zayıflık ve şişmanlığı en iyi gösteren ve kolay uygulanabilen bir indekstir. Bu indeks yetişkinler için boy ile en az, vücut yağı ile en yüksek korelasyona sahiptir. Ağırlığın, boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile bulunur ( $BKI = \text{kg} / \text{m}^2$ ). BKİ; normal 20-24.9, hafif derece şişman 25-29.9, birinci derece şişman 30-34.9 ve ikinci derece şişman 35-39.9 şeklinde değerlendirmeye alınmıştır (64). Bireylerin boy ve kilo ölçümleri araştırmacı tarafından yapılmış ve ortalama değerleri alınmıştır.

#### 3.4.3. Telefon Danışmanlığı İzlem Formu (EK-III)

Bu formda; hastanın aradığı tarih ve saat, arama nedeni, yapılan / önerilen uygulamalar ve sonuç gibi bilgiler yer almaktadır. Danışmanlık konusu ağrı ise, hastanın ağrı öncesi ve sonrası değerlendirilmesi ‘Görsel Ağrı Skalası-VAS’ kullanılarak yapılmıştır. Hasta/ailesine ağrı skalasını nasıl kullanacakları hastanede öğretilmiştir. Her telefon görüşmesi sonrası görüşme ayrıntıları bu forma kaydedilmiştir.

#### 3.4.4. Visual Analog Skala (VAS) (EK-IV)

Subjektif olarak algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılan bu ölçek Price et al (1983) tarafından geliştirilmiş, güvenilir ve geçerli olduğu bulunmuştur (65). Şekil 3.2’de gösterildiği gibi bir ucunda “ağrısızlık” diğer ucunda olabilecek “en şiddetli ağrı” yazan 10 cm’lik bir cetveldir ve araştırmacı tarafından adapte edilmiştir. Üzerinde hastaların yaşadıkları ağrıyı işaretleyebilecekleri bir gösterge bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylere, ölçekte bulunan “0” rakamının “hiç ağrı hissetmiyorum” anlamına geldiği ve rakamlar büyüdükçe ağrı şiddetinin arttığı ve “10” rakamının “en şiddetli ağrı hissediyorum” anlamına geldiği açıklanarak, o anki hissettikleri ağrı şiddetini kırmızı şeridi hareket ettirerek işaretlemeleri istenmiştir. Hastalar ağrı nedeniyle telefonla danışmanlık almak için aradıklarında hemşirelik müdahalesi öncesi ve sonrası ağrı iki kez değerlendirilmiştir.



Şekil 3.2. Visual analog skala

#### 3.4.5. Hastaneye Plansız Başvuru İle İlgili Özellikler Formu (EK-V)

Bu formda; hastanın hastaneye plansız başvuru tarihi, başvuru nedeni, hastanede kalış süresi ve sonuç gibi bilgiler yer almaktadır. Hastaların kontrol randevusu dışında hastaneye her başvuru yaptığında başvurunun ayrıntıları bu forma kaydedilmiştir.

#### 3.4.6. Ev Ziyareti Kontrol Formu (EK-VI)

KABG ameliyatı olmuş hastaya hastane sürecinde yaşamına ve eve uyumunu kolaylaştırmak için verilen eğitim konularının hangilerini kullanıp kullanmadığını belirlemek amacıyla bu form oluşturulmuştur. Bu formda; solunum egzersizleri, banyo ve yara yeri bakımı, tercih edilmesi ve edilmemesi gereken besinler, ilaç kullanımı, egzersiz, dinlenme ve boş zaman değerlendirme, cinsel yaşam, stres, varis çorabı kullanımı, boşaltım, acil durumlar ve fizik muayene bulguları gibi bilgiler yer almaktadır.

### 3.5. ÖN UYGULAMA

Geliştirilen veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve doldurma süresini değerlendirmek için araştırma örneklemini dışında kalan üç hasta ile görüşülmüş, ev ziyaretleri yapılmış ve araçlar gözden geçirilmiştir. Hastaların hastane ve evde bakım süreçleri gözlemlenerek bilgi gereksinimleri saptanmış, buna yönelik eğitim içeriği, eğitim materyalleri, Eğitim Kitapçığı (Ek-VII) ve Ev Ziyareti Kontrol Formu (EK-VI) oluşturulmuştur.

### 3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

#### Kontrol Grubu

Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı olması gereken, ameliyat olmayı ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-IX) verilerek okuması ve imzalaması istenmiştir. Hasta formu imzaladıktan sonra araştırmacı tarafından ‘Hasta Tanıtım Formu’ (Ek-I), ‘Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat/Hastane Yaşantısı Formu’ (Ek-II) uygulanmıştır.

Kontrol grubuna hastanenin hizmeti dışında herhangi bir eğitim ya da müdahalede bulunulmadan gözlem yapılmıştır. Kontrol grubuna ayrıca planlı taburculuk programı uygulanmamıştır. Hasta taburcu olduktan sonra 25 ve 30. günler arasında hastanın ve araştırmacının uygun olduğu bir gün planlanarak ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. Ev ziyareti sırasında ‘Ev Ziyareti Kontrol Formu’ (Ek-VI) kullanılmıştır. Ev ziyaretinde hasta ve ailesinin hastane personeli tarafından verilen eğitimlerin ne kadarını uygulayıp uygulamadığı, uygulamadıysa nedeni sorgulanmış ve hastanın fizik muayenesi yapılmıştır. Hastanın randevuya uymaması gibi nedenlerle hasta/ailesi ile görüşülemediği takdirde hasta ile tekrar ev ziyareti planlanmış ve 25-30. günler arasında ziyaret gerçekleştirilmiştir. Ev ziyareti sırasında; fiziksel muayene bulguları normal, verilen eğitimleri uygulamış olan hastanın olumlu yönleri araştırmacı tarafından desteklenmiştir. Eğitim ve önerilere uymayan ya da fizik muayenede normal olmayan bulgu/bulgular fark edildiğinde ise nedeni araştırılmış ve hemşirelik süreci çerçevesinde gerekli hemşirelik girişimleri yapılmıştır. Acil müdahale edilmesi ve sektörler arası işbirliği yapılması gereken durumlarda araştırmacı tarafından ilgili kişi/kurum (hekim, KVC servis ve yoğun bakım sorumlu hemşireleri, diyetisyen, eczacı, fizik tedavi uzmanı, psikolog) aranmıştır. İşbirliği yapılan kişi/kurumun önerisine göre hasta ilgili birime yönlendirilmiştir.

Kontrol grubunda ki hastalar taburcu olduktan sonra kontrol randevuları dışında hastaneye her başvuru yaptıklarında araştırmacı tarafından hastanenin ‘Cerebral’ isimli sistemi kullanılarak ilgili verilere ulaşılmış ve ‘Hastaneye Plansız Başvuru İle İlgili Özellikler Formu (Ek-5) doldurulmuştur.

### **Müdahale Grubu**

KABG ameliyatı olması gereken, ameliyat olmayı ve araştırmaya katılmayı kabul edip araştırma kapsamına alınan hastalara Aydınlatılmış Onam Formu (Ek-IX) verilerek okuması ve imzalaması istenmiştir. Hasta formu imzaladıktan sonra araştırmacı tarafından ‘Hasta Tanıtım Formu’ (Ek-I), ‘Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat/Hastane Yaşantısı Formu’ (Ek-II) uygulanmıştır.

Müdahale grubuna planlı taburculuk programı uygulanmıştır. Taburculuk programı 3 aşamadan oluşmaktadır. Bunlar; hastanede planlı taburculuk eğitimi, telefonla danışmanlık ve ev ziyareti’dir.

### **Hastanede Planlı Taburculuk Eğitimi**

Hasta hastaneye yattığı andan taburcu olana kadar her gün, ihtiyaca göre günde 2-3 kez hasta ve ailesiyle işbirliği yapılarak eğitim planlanmıştır. Eğitimler, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme süreci takip edilerek ortalama 15 dakikalık sürelerle hasta odasında verilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan ‘Koroner Arter Bypass Ameliyatı Sonrası Yaşamınız ve Evinizde Dikkat Etmeniz Gerekenler’ isimli eğitim kitapçığı (Ek-VII) hasta ve ailesine eğitim başladığında verilmiş ve nasıl kullanmaları gerektiği anlatılmıştır. Araştırmacı tarafından çalışma öncesi KABG ameliyatı geçiren hastalar gözlemlenmiş ve ihtiyaçları doğrultusunda bu eğitim kitapçığı oluşturulmuştur. Kitapçık oluştuktan sonra Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı’ndan bir öğretim üyesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı’ndan bir öğretim üyesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü’nden bir öğretim üyesi, Kardiyovasküler Cerrahi Uzmanı iki Hekim, Kardiyovasküler Cerrahi Sorumlu Hemşiresi ve Kardiyak Rehabilitasyon Hemşiresi’nin görüşleri alınarak düzenlemeler yapılmıştır. Bu kitapçıkta KABG ameliyatı geçirmiş hastaların hastane süreçleri, hastanede ve evde bakımda yapması ve yapmaması gerekenler, dikkat edilmesi gereken konular, acil durumlar, hangi durumlarda hemşiresini araması gerektiği gibi bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve ailesine ameliyat öncesi (Pre-Op) dönemde eğitimler başladığında bu kitapçık verilmiştir (Ek-VII). Hemşireler tarafından, hasta bakımında yapılan tüm

hemşirelik girişimleri ‘Cerebral’ isimli bilgisayar programına uygulama sonrasında kaydedilmektedir. Araştırmacı tarafından, hasta ve ailesine verilen eğitimler bilgisayar programı ‘Cerebral’de bulunan ‘Hasta Eğitim Formu’na (eğitim konusu, eğitimin verildiği gün ve saat vb. bilgiler) kaydedilmiştir. Hastaya verilen eğitim planı Tablo 3.1’de hastanede yapılan hemşirelik girişimleri Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** Taburculuk Eğitim Planı Şeması

| Yatış<br>Günü             | Verilen Eğitimler                                                                                                                                                                                                                                                              | Kullanılan<br>Yöntemler                                       | Araç/Materyal                                                                                     |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pre-op</b>             | -Servis tanıtımı<br>-Ameliyat öncesi ilaç kullanımı<br>-Ameliyat hakkında bilgi<br>-KVC yoğun bakım süreci ve kata çıkış<br>-Sternum koruma<br>-Solunum ve öksürük egzersizleri<br>-Triflow kullanımı<br>-Ameliyat öncesi beslenme<br>-Varis çorabı kullanımı<br>-Mobilizasyon | Demostrasyon<br>Anlatım<br>Soru-cevap<br>Tartışma             | Video<br>Eğitim Kitapçığı<br>Triflow<br>Varis çorabı<br>Korse                                     |
| <b>Post-op 1.<br/>gün</b> | -Yatak içi aktif pasif egzersiz<br>-Sternum koruma ve hareket kısıtlılığı<br>-Solunum ve öksürük egzersizleri<br>-Triflow kullanımı<br>-Mobilizasyon                                                                                                                           | Demostrasyon<br>Anlatım<br>Soru-cevap<br>Tartışma             | Video<br>Eğitim Kitapçığı<br>Triflow<br>Korse                                                     |
| <b>Post-op 2.<br/>gün</b> | -Beslenme<br>-Boşaltım<br>-Egzersiz ve günlük aktivite<br>-Varis çorabı kullanımı<br>-Mobilizasyon                                                                                                                                                                             | Demostrasyon<br>Anlatım<br>Soru-cevap<br>Tartışma             | Video<br>Eğitim Kitapçığı<br>Varis çorabı                                                         |
| <b>Post-op 3.<br/>gün</b> | -Acil Durumlar<br>-Yaşamsal bulgular ve normal değerleri<br>-Cinsel yaşam<br>-Stres                                                                                                                                                                                            | Demostrasyon<br>Rol-Play<br>Anlatım<br>Soru-cevap<br>Tartışma | Video<br>Eğitim Kitapçığı                                                                         |
| <b>Post-op 4. gün</b>     | -Varis çorabı kullanımı<br>-Banyo ve yara yeri bakımı<br>-El Yıkama<br>-Boş zaman değerlendirme<br>-Dinlenme                                                                                                                                                                   | Demostrasyon<br>Anlatım<br>Soru-cevap<br>Tartışma             | Video<br>Eğitim Kitapçığı<br>Varis çorabı<br>Pansuman<br>malzemeleri<br>El yıkama<br>solüsyonları |
| <b>Post-op 5.<br/>Gün</b> | İlaçlar<br>Ziyaretçi kısıtlama<br>Kontrol randevusu<br>Eve uyum<br>Günlük kilo takibi                                                                                                                                                                                          | Demostrasyon<br>Rol-Play<br>Anlatım<br>Soru-cevap<br>Tartışma | Eğitim Kitapçığı<br>Kontrol randevusu<br>kartı<br>İlaç kullanım kartı<br>Tartı                    |

**Tablo 3.2.** Hastanede Yapılan Hemşirelik Girişimleri

| Yatış<br>Günü                  | Pre-op                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Post-op 1-post-op 4. gün                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Post-op 5 (Taburculuk günü)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Yapılan Hemşirelik Girişimleri | <ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta ve ailesiyle tanışma, hastane, servis ve çalışanlarını tanıtırma</li> <li>Hasta ve ailesinin kendilerini ifade etmelerini sağlayarak iletişime geçme</li> <li>Hasta ve ailesine çalışma hakkında bilgi verip onamını alma</li> <li>Hasta ve ailesi ile eğitim planı yapma</li> <li>Ameliyat öncesi hemşirelik girişimlerini yapma (primer hemşirelik bakımı, eğitim)</li> <li>Bakım ve eğitim sonrası kayıt yapma (Hasta ve Yakınları Eğitim Formu, Hemşirelik Bakım Planı, Hemşire İzlem Formu)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sabah vardiyası KVC Yoğun Bakım Ünitesinde hekim ve hemşire vizit'lerine katılma</li> <li>Ameliyat sonrası (Post-Op) hemşirelik girişimlerini yapma (primer hemşirelik bakımı, eğitim)</li> <li>Bakım ve eğitim sonrası kayıt yapma (Hasta ve Yakınları Eğitim Formu, Hemşirelik Bakım Planı, Hemşire İzlem Formu)</li> <li>Akşam vardiyası KVC Servisinde hekim ve hemşire vizit'lerine katılma</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sabah vardiyası KVC Serviste hekim ve hemşire vizit'lerine katılma</li> <li>Taburculuk kararından sonra Dr. Reçetesi'ne göre hastaya özel 'İlaç Kullanım Kartı' hazırlama</li> <li>Hastanın kontrol randevusunu hasta kabul yetkilisi ile işbirliği yaparak ayarlama ve 'Kontrol Randevusu Kartı' hazırlama</li> <li>Taburculuk günü hemşirelik girişimlerini yapma (primer hemşirelik bakımı, eğitim)</li> <li>Bakım ve eğitim sonrası kayıt yapma (Hasta ve Yakınları Eğitim Formu, Hemşirelik Bakım Planı, Hemşire İzlem Formu)</li> <li>Hastaya 'Hasta ve Yakınları Eğitim Formu' nun dökümünü alıp imzalatma</li> <li>Hazırlanan kartları, reçeteyi vb hasta/ailesine teslim etme</li> <li>Hasta dosyasını tamamlayıp hasta kabul yetkilisi ile işbirliği kurarak taburculuğu tamamlama</li> <li>Hastayı hastaneden araca transfer etme</li> </ul> |

### Telefonla Danışmanlık

Hastanın hastanede tedavi gördüğü süre içinde ve taburculuk sonrası dönemde danışmanlık almak ya da paylaşmak istediği herhangi bir konu, sorun, endişe ya da acil durum olduğunda araştırmacıyı telefonla araması istenmiştir. Araştırmacı hastanın aradığı konuyu dinleyerek gerekli hemşirelik girişiminde bulunmuş, ilgili kişi/kurum ile işbirliği yaparak hastayı yönlendirmiş ve hastada oluşan son durumu telefonla hastaya geri dönerek öğrenmiştir. Her telefon görüşmesinden sonra görüşmenin ayrıntıları 'Telefon Danışmanlığı İzlem Formu' (Ek-III) na kaydedilmiştir. Araştırmacıya KVC ekibi, hasta ve ailesinin hastane içinde ücretsiz ve kolaylıkla ulaşabileceği bir erişim numarası hastane yönetimi tarafından tanımlanmıştır. Hastaların taburculuk sonrası araştırmacıya telefonla ulaşması bu uygulama dışındadır. Ayrıca iletişimi

kolaylaştırmak için hasta ve ailesine araştırmacının iletişim bilgilerinin yer aldığı kartvizit verilmiştir (Ek-VIII).

### **Ev Ziyareti**

Ev ziyareti, hasta taburcu olduktan sonra 25-30. günler arasında hastanın ve araştırmacının uygun olduğu bir gün planlanarak gerçekleştirilmiştir. Ev ziyareti sırasında ‘Ev Ziyareti Kontrol Formu’ (Ek-VI) kullanılmıştır. Ev ziyaretinde hasta ve ailesinin hastanede araştırmacı tarafından verilen eğitimlerin ne kadarını uygulayıp uygulamadığı, uygulamadıysa nedeni sorgulanmış, gerekli müdahalede bulunulmuş ve hastanın fizik muayenesi yapılmıştır. Hasta/ailesi ile görüşülemediği takdirde (hastanın randevuya uymaması vb) hasta ile tekrar ev ziyareti planlanmış ve 25-30. günler arasında ziyaret gerçekleştirilmiştir. Ev ziyareti sırasında; fiziksel muayene bulguları normal, verilen eğitimleri uygulamış olan hastanın olumlu yönleri araştırmacı tarafından desteklenmiştir. Ayrıca hastaya bakım verenler tebrik edilmiş ve cesaretlendirilmiştir. Eğitim ve önerilere uymayan ya da fizik muayenede normal olmayan bulgu/bulgular fark edildiğinde ise nedeni araştırılmış ve hemşirelik süreci çerçevesinde gerekli hemşirelik girişimleri yapılmıştır. Acil müdahale edilmesi ve sektörler arası işbirliği yapılması gereken durumlarda araştırmacı tarafından ilgili kişi/kurum (hekim, KVC servis sorumlu hemşiresi, diyetisyen, eczacı, fizyoterapist, psikolog) aranmıştır. İşbirliği yapılan kişi/kurumun önerisine göre hasta ilgili birime yönlendirilmiştir.

### **Plansız Başvuruların Belirlenmesi**

Müdahale grubundaki hastalar taburcu olduktan sonra, kontrol randevuları dışında hastaneye her başvuru yaptıklarında araştırmacı tarafından hastanenin ‘Cerebral’ isimli sistemi kullanılarak ilgili verilere ulaşılmış ve bu veriler ‘Hastaneye Plansız Başvuru İle İlgili Özellikler Formu (Ek-V) ‘na kaydedilmiştir.

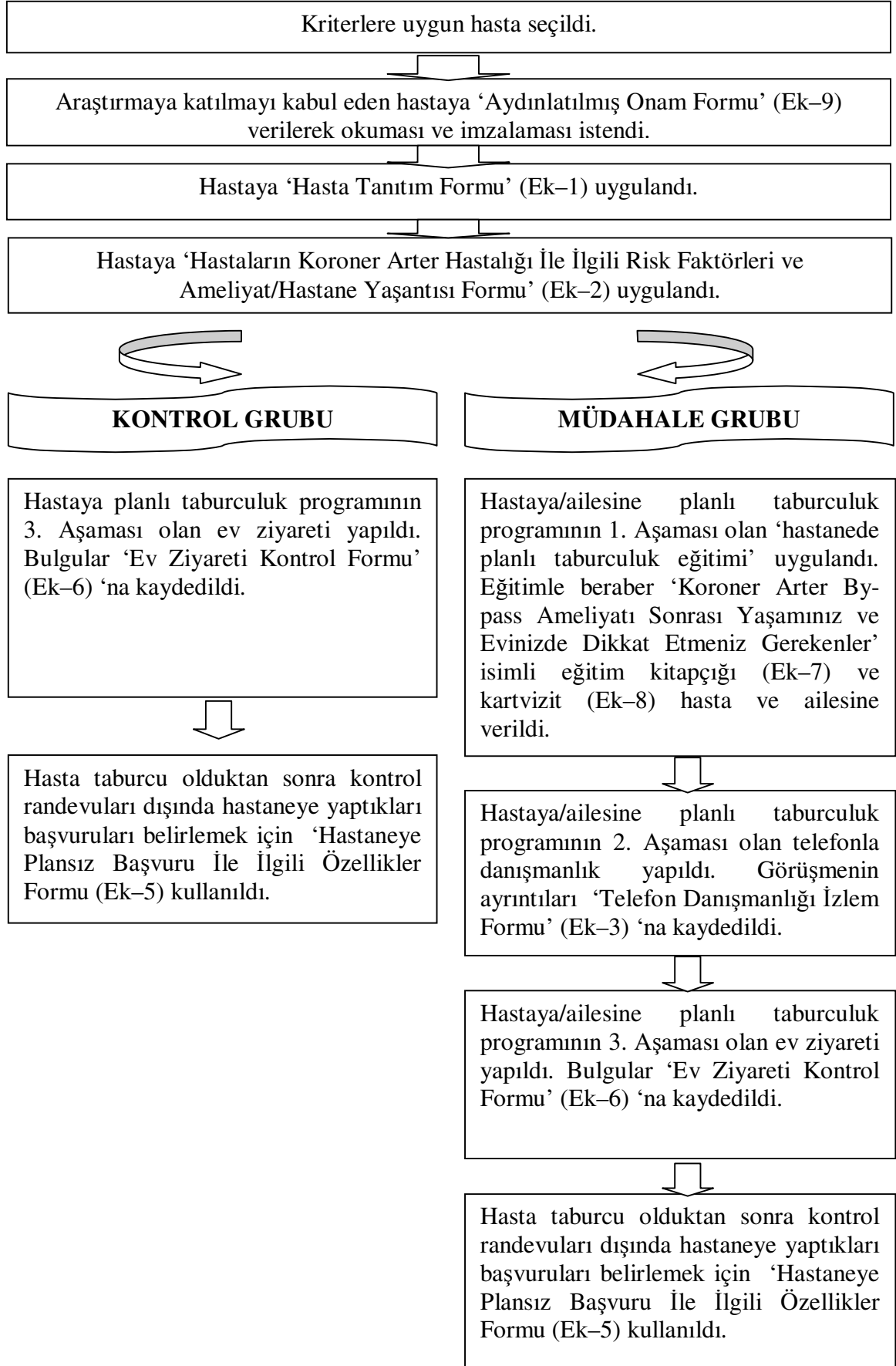
### **3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Elde edilen veriler toplandıktan sonra bilgisayarda SPSS 15.0 (Statistical Program for Social Sciences) paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde exact ki kare testi, Mc Nemar testleri kullanılmıştır (104). Tüm karşılaştırmalarda  $\alpha$  yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır. Hastalara ilişkin veriler tablolarda sayı, yüzdelik dağılımları şeklinde verilmiştir. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonrasında hastalara ilişkin tanıtıcı

özellikler Tablo 4.1’de, hastaların KAH’la ilgili risk faktörleri ve ameliyat/hastane yaşantısına ilişkin özellikleri Tablo 4.2’de, ev ziyareti özellikleri Tablo 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7’de hastaneye plansız geri dönüşler ile ilgili özellikleri Tablo 4.9 tablolarında incelenmiştir. Bu tablolar nitel veri özelliği taşımaktadır. Telefonla danışmanlık ile ilgili sonuçlar ise uzman görüşleri alınarak yapılmıştır ve Tablo 4.8’ gösterilmiştir. Bu tablo nicel veri niteliği taşımaktadır.

### **3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ**

Çalışmaya başlamadan önce Acıbadem Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan (2010/73) izin alınmıştır. Aynı zamanda çalışmayı kabul eden hastalardan yazılı ve sözel onam alınmıştır. Uygulamaya kontrol grubu hastaları alınarak başlanmıştır. Aynı serviste yatan ve eş zamanlı ameliyat olan hastaların bir kısmına taburculuk programı uygulayıp bir kısmına uygulamamak etik açıdan uygun olmadığı için önce kontrol grubu hastalar araştırma kapsamına alınmış, sonra müdahale grubuna alınmıştır.



**Şekil 3.3.** Araştırma Kapsamına Alınan Gruplara Veri Toplama Basamağında Kullanılan Formlar ve Yapılan Uygulamalar

## 4. BULGULAR

48 Koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastanın sosyo-demografik özellikleri, KAH'la ilgili risk faktörleri, ameliyat/hastane yaşantısı, taburculuk programı sonrası yapılan ev ziyaretine ilişkin bilgiler, telefonla danışmanlık ve plansız geri dönüşlerle ilgili verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

| Tanıtıcı Özellikler | Müdahale Grubu (n=24) |      | Kontrol Grubu (n=24) |      | <i>p</i> * |
|---------------------|-----------------------|------|----------------------|------|------------|
|                     | Sayı                  | %    | Sayı                 | %    |            |
| Yaş                 |                       |      |                      |      |            |
| 46-49 yaş           | 1                     | 4.2  | 1                    | 4.2  | 0.680      |
| 50-59 yaş           | 12                    | 50.0 | 8                    | 33.3 |            |
| 60-75 yaş           | 11                    | 45.8 | 15                   | 62.5 |            |
| Cinsiyet            |                       |      |                      |      |            |
| Kadın               | 4                     | 16.7 | 5                    | 20.8 | 1.000      |
| Erkek               | 20                    | 83.3 | 19                   | 79.2 |            |
| Medeni durum        |                       |      |                      |      |            |
| Evli                | 22                    | 91.7 | 22                   | 91.7 | 1.000      |
| Bekâr               | 2                     | 8.3  | 2                    | 8.3  |            |

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

| Tanıtıcı Özellikler            | Müdahale Grubu (n=24) |      | Kontrol Grubu (n=24) |      | <i>p</i> * |
|--------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|------------|
|                                | Sayı                  | %    | Sayı                 | %    |            |
| Eğitim Durumu                  |                       |      |                      |      |            |
| Okur-yazar                     | 7                     | 29.2 | 4                    | 16.7 | 0.573      |
| İlköğretim                     | 8                     | 33.3 | 11                   | 45.8 |            |
| Lise                           | 9                     | 37.5 | 8                    | 33.3 |            |
| Üniversite                     | 0                     | 0.0  | 1                    | 4.2  |            |
| Çalışma Durumu                 |                       |      |                      |      |            |
| Çalışıyor                      | 7                     | 29.2 | 5                    | 20.8 | 0.740      |
| Çalışmıyor                     | 17                    | 70.8 | 19                   | 79.2 |            |
| Yaşadığı Yer                   |                       |      |                      |      |            |
| Kentsel Bölge                  | 16                    | 66.7 | 17                   | 70.8 | 1.000      |
| Kırsal Bölge                   | 8                     | 33.3 | 7                    | 29.2 |            |
| Yaşadığı Kişinin Eğitim Durumu |                       |      |                      |      |            |
| Okur-yazar değil               | 5                     | 20.8 | 4                    | 16.7 | 0.846      |
| Okur-yazar                     | 6                     | 25.0 | 8                    | 33.3 |            |
| İlköğretim                     | 8                     | 33.4 | 9                    | 37.5 |            |
| Lise                           | 5                     | 20.8 | 3                    | 12.5 |            |
| Sosyal Güvence Durumu          |                       |      |                      |      |            |
| Emekli Sandığı                 | 8                     | 33.3 | 5                    | 20.8 | 0.112      |
| SSK/Bağ kur/YK                 | 13                    | 54.2 | 19                   | 79.2 |            |
| Özel Sigorta                   | 3                     | 12.5 | 0                    | 0.0  |            |
| Ekonomik Durum                 |                       |      |                      |      |            |
| Gelir giderden az              | 1                     | 4.2  | 0                    | 0.0  | 0.666      |
| Gelir gider dengeli            | 20                    | 83.3 | 22                   | 91.7 |            |
| Gelir giderden fazla           | 3                     | 12.5 | 2                    | 8.3  |            |

**Tablo 4.1.** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (Devamı)

| Tanıtıcı Özellikler                  | Müdahale Grubu (n=24) |      | Kontrol Grubu (n=24) |      | <i>p</i> * |
|--------------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|------------|
|                                      | Sayı                  | %    | Sayı                 | %    |            |
| Birlikte Yaşadığı Kişi Sayısı        |                       |      |                      |      |            |
| Yalnız yaşayan                       | 0                     | 0.0  | 1                    | 4.2  | 0.016      |
| 2 kişi                               | 15                    | 62.5 | 5                    | 20.8 |            |
| 3-4 kişi                             | 6                     | 25.0 | 14                   | 58.3 |            |
| 5 +                                  | 3                     | 12.5 | 4                    | 16.7 |            |
| Sosyal Destek (Kendi ifadesine göre) |                       |      |                      |      |            |
| Çok iyi                              | 8                     | 33.4 | 8                    | 33.3 | 0.551      |
| İyi                                  | 14                    | 58.3 | 16                   | 66.7 |            |
| Yetersiz/Destek yok                  | 2                     | 8.3  | 0                    | 0.0  |            |

\*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Müdahale grubu hastaların yaş ortalaması  $59.7 \pm 7.9$  kontrol grubu hastaların ise  $63.8 \pm 7.7$ ’dir ve gruplar benzerlik göstermektedir ( $p > 0.05$ ). Müdahale grubu hastaların %83.3’ü, kontrol grubu hastaların %79.2’sinin erkek olduğu görülmektedir. Müdahale grubu hastaların %33.3’ü, kontrol grubu hastaların %45.8’i ilköğretim mezunudur. Müdahale grubu hastaların %54.2’sinin sigortası SSK/Bağkur/YK, %83.3’ünün gelir gideri dengeli, %58.3’ünün sosyal desteğinin iyi olduğu belirlenmiştir. Aynı bulgular kontrol grubunda sırayla %79.2, %91.7, %66.7 olarak belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubu hastalar bu özellikleri yönünden benzerlik göstermektedir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.2.** Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat / Hastane Yaşantısına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

| Hastaların Özellikleri          | Müdahale Grubu (n=24) |      | Kontrol Grubu (n=24) |      | p*    |
|---------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|-------|
|                                 | Sayı                  | %    | Sayı                 | %    |       |
| Daha önce ameliyat olma durumu* |                       |      |                      |      |       |
| Olan                            | 15                    | 62.5 | 10                   | 41.7 | 0.248 |
| Olmayan                         | 9                     | 37.5 | 14                   | 58.3 |       |
| KAH'ı ne kadar süredir yaşadığı |                       |      |                      |      |       |
| < 3 ay                          | 8                     | 33.4 | 5                    | 20.9 | 0.576 |
| 4–12 ay                         | 5                     | 20.8 | 8                    | 33.3 |       |
| 13–120 ay                       | 11                    | 45.8 | 11                   | 45.8 |       |
| Kronik Hastalık                 |                       |      |                      |      |       |
| Yok                             | 8                     | 33.3 | 8                    | 33.3 | 1.000 |
| Diyabet                         | 5                     | 20.9 | 2                    | 8.3  |       |
| Hipertansiyon                   | 8                     | 33.3 | 11                   | 45.9 |       |
| Diyabet ve Hipertansiyon        | 3                     | 12.5 | 3                    | 12.5 |       |
| Sürekli İlaç Kullanma           |                       |      |                      |      |       |
| Kullanan                        | 19                    | 79.2 | 20                   | 83.3 | 1.000 |
| Kullanmayan                     | 5                     | 20.8 | 4                    | 16.7 |       |
| Alkol                           |                       |      |                      |      |       |
| Kullanan                        | 3                     | 12.5 | 1                    | 4.2  | 0.609 |
| Kullanmayan                     | 21                    | 87.5 | 23                   | 95.8 |       |
| Sigara                          |                       |      |                      |      |       |
| Kullanan                        | 5                     | 20.8 | 8                    | 33.3 | 0.443 |
| Kullanmayan                     | 10                    | 41.7 | 6                    | 25.0 |       |
| Eski Kullanıcı                  | 9                     | 37.5 | 10                   | 41.7 |       |
| Lipid Düşürücü İlaç Kullanma    |                       |      |                      |      |       |
| Kullanan                        | 7                     | 29.2 | 8                    | 33.3 | 1.000 |
| Kullanmayan                     | 17                    | 70.8 | 16                   | 66.7 |       |

\*Müdahale grubundan 1. kontrol grubundan 1 kişi daha önce kalp ameliyatı geçirmiştir. Diğer ameliyatlar kalp dışında operasyonlardır.

**Tablo 4.2.** Hastaların Koroner Arter Hastalığı İle İlgili Risk Faktörleri ve Ameliyat / Hastane Yaşantısına İlişkin Özelliklerin Dağılımı (**Devamı**)

| Hastaların Özellikleri                        | Müdahale Grubu (n=24) |      | Kontrol Grubu (n=24) |      | <i>p</i> * |
|-----------------------------------------------|-----------------------|------|----------------------|------|------------|
|                                               | Sayı                  | %    | Sayı                 | %    |            |
| Spor Yapma Durumu                             |                       |      |                      |      |            |
| Yapan                                         | 7                     | 29.2 | 8                    | 33.3 | 1.000      |
| Yapmayan                                      | 17                    | 70.8 | 16                   | 66.7 |            |
| BKİ                                           |                       |      |                      |      |            |
| Normal                                        | 7                     | 29.1 | 6                    | 25.0 | 0.513      |
| Hafif Şişman/Toplu                            | 10                    | 41.7 | 15                   | 62.5 |            |
| 1.derece şişman                               | 3                     | 12.5 | 2                    | 8.3  |            |
| 2.derece şişman                               | 4                     | 16.7 | 1                    | 4.2  |            |
| Birinci derece akrabalarda KAH olma durumu    |                       |      |                      |      |            |
| Olan                                          | 20                    | 83.3 | 20                   | 83.3 | 1.000      |
| Olmayan                                       | 4                     | 16.7 | 4                    | 16.7 |            |
| Birinci derece akrabalarda bypass olma durumu |                       |      |                      |      |            |
| Olan                                          | 17                    | 70.8 | 11                   | 45.8 | 0.079      |
| Olmayan                                       | 7                     | 29.2 | 13                   | 54.2 |            |
| Bypass yapılan damar sayısı                   |                       |      |                      |      |            |
| 1                                             | 2                     | 8.3  | 0                    | 0.0  | 0.018      |
| 2                                             | 7                     | 29.2 | 2                    | 8.4  |            |
| 3                                             | 12                    | 50.0 | 11                   | 45.8 |            |
| 4+                                            | 3                     | 12.5 | 11                   | 45.8 |            |
| Yoğun bakımda kalma süresi                    |                       |      |                      |      |            |
| 24-45 saat                                    | 22                    | 91.7 | 21                   | 87.5 | 1.000      |
| 46-65 saat                                    | 2                     | 8.3  | 3                    | 12.5 |            |
| Hastanede yatma süresi                        |                       |      |                      |      |            |
| 6 gün                                         | 3                     | 12.5 | 1                    | 4.2  | 0.700      |
| 7-10 gün                                      | 20                    | 83.3 | 21                   | 87.5 |            |
| 11-15 gün                                     | 1                     | 4.2  | 2                    | 8.3  |            |

\*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.2’de hastaların Koroner Arter Hastalığı ile ilgili risk faktörleri ve ameliyat / hastane yaşantısına ilişkin özellikleri verilmiştir. Hem müdahale hem de kontrol grubu hastaların %45.8’inin 13–120 aydır KAH hastası olduğu belirlenmiştir. Müdahale grubu hastaların %20.9’u diyabet, %33.3’ü hipertansiyon, kontrol grubu hastaların ise %8.3’ü diyabet, %45.9’i hipertansiyon hastasıdır. Hem müdahale hem de kontrol grubu hastaların %12.5’i hem diyabet ve hem hipertansiyon hastasıdır ve hastaların %80’i sürekli ilaç kullanmaktadır. Müdahale grubu hastaların %29.2’si, kontrol grubu hastaların %33.3’ü lipid düşürücü ilaç kullanmaktadır. Müdahale grubu hastaların %20.8’inin sigara kullandığı, %29.2’sinin spor yaptığı, %29.1’sinin BKİ’nin normal sınırlarda olduğu belirlenmiştir. Aynı bulgular kontrol grubunda sırayla %33.3, %33.3, %25.0’dır. Müdahale grubu hastaların %91.7’si, kontrol grubu hastaların ise %87.5’i yoğun bakımda 24–45 saat kalmışlardır. Müdahale grubu hastaların %83.3’ü, kontrol grubu hastaların ise %87.5’i hastanede 7–10 gün yatmışlardır. 11–15 gün hastanede kalan müdahale grubundan bir, kontrol grubundan iki hasta kalpte ritim problemi yaşamaları nedeniyle hastanede uzun süre kalmışlardır. Müdahale ve kontrol grubu hastalar bu özellikleri yönünden benzerlik göstermektedir ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Belirlenen Bakıma İlişkin Yapılması Gerekenlere Uyuma Durumlarının Dağılımı

| Bakıma İlişkin Yapılması Gerekenler                    | Müdahale Grubu (n=24) |       |         |      | Kontrol Grubu (n=24) |       |         |      | p*     |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|-------|---------|------|----------------------|-------|---------|------|--------|
|                                                        | Uyan                  |       | Uymayan |      | Uyan                 |       | Uymayan |      |        |
|                                                        | Sayı                  | %     | Sayı    | %    | Sayı                 | %     | Sayı    | %    |        |
| Egzersiz                                               |                       |       |         |      |                      |       |         |      |        |
| Solumun egzersizi yapmak                               | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 1                    | 4.2   | 23      | 95.8 | <0.001 |
| Triflow kullanmak                                      | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 14                   | 58.3  | 10      | 41.7 | 0.001  |
| Ökstrüt egzersizi yapmak                               | 23                    | 95.8  | 1       | 4.2  | 1                    | 4.2   | 23      | 95.8 | <0.001 |
| Banyo ve Yara Yeri Bakımı                              |                       |       |         |      |                      |       |         |      |        |
| Ilık su ile oturarak duş almak                         | 22                    | 91.7  | 2       | 8.3  | 19                   | 79.2  | 5       | 20.8 | 0.416  |
| Kesileme. lifleme yapmamak                             | 23                    | 95.8  | 1       | 4.2  | 7                    | 29.2  | 17      | 70.8 | <0.001 |
| Yaralarına dokunmadan önce elleri yıkamak              | 23                    | 95.8  | 1       | 4.2  | 2                    | 8.3   | 22      | 91.7 | <0.001 |
| Varis Çorabı                                           |                       |       |         |      |                      |       |         |      |        |
| Varis çorabını eğitim kriterlerine göre giyip çıkarmak | 23                    | 95.8  | 1       | 4.2  | 1                    | 4.2   | 23      | 95.8 | <0.001 |
| Tercih Etmesi Gereken Besinler                         |                       |       |         |      |                      |       |         |      |        |
| Yağsız et. tavuk. balık (haşlama) tüketmek             | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 7                    | 29.2  | 17      | 70.8 | <0.001 |
| Kaymağı alınmış süt ve yoğurt tüketmek                 | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 6                    | 25.0  | 18      | 75.0 | <0.001 |
| Her türlü sebze ve meyve tüketmek                      | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 19                   | 79.2  | 5       | 20.8 | 0.050  |
| Yemeklerin pişirilmesinde sıvı yağ tüketmek            | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 10                   | 41.7  | 14      | 58.3 | <0.001 |
| Kepekli ekmek. bulgur. pirinç. makarna tüketmek        | 23                    | 95.8  | 1       | 4.2  | 14                   | 58.3  | 10      | 41.7 | 0.004  |
| Kuru baklagiller tüketmek                              | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 24                   | 100.0 | 0       | 0.0  | -      |
| Çorba tüketmek                                         | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 23                   | 95.8  | 1       | 4.2  | 1.000  |
| Yumurta akı tüketmek                                   | 24                    | 100.0 | 0       | 0.0  | 23                   | 95.8  | 1       | 4.2  | 1.000  |
| Günde en az 8-10 bardak su içmek                       | 21                    | 87.5  | 3       | 12.5 | 4                    | 16.7  | 20      | 83.3 | <0.001 |

**Tablo 4.3.** Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Belirlenen Bakıma İlişkin Yapılması Gerekenlere Uyma Durumlarının Dağılımı (Devamı)

| Bakıma İlişkin Yapılması Gerekenler                     | Müdahale Grubu (n=24) |       |              |      | Kontrol Grubu (n=24) |      |              |       | p*     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|-------|--------------|------|----------------------|------|--------------|-------|--------|
|                                                         | Uyan Sayı             | %     | Uymayan Sayı | %    | Uyan Sayı            | %    | Uymayan Sayı | %     |        |
| Tercih Etmemesi Gereken Besinler                        |                       |       |              |      |                      |      |              |       |        |
| Tereyağı, içyağı, kuyruk yağı, katı margarin tüketmemek | 20                    | 83.3  | 4            | 16.7 | 0                    | 0.0  | 24           | 100.0 | <0.001 |
| Yumurta sarısı yememek                                  | 13                    | 54.2  | 11           | 45.8 | 1                    | 4.2  | 23           | 95.8  | <0.001 |
| Sakatlat tüketmemek                                     | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 10                   | 41.7 | 14           | 58.3  | <0.001 |
| Sucuk, salam, sosis tüketmemek                          | 23                    | 95.8  | 1            | 4.2  | 13                   | 54.2 | 11           | 45.8  | 0.002  |
| Yağlı etler, kabuklu deniz ürünleri tüketmemek          | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 4                    | 16.7 | 20           | 83.3  | <0.001 |
| Tavuk ve diğer kanatlıların derileri tüketmemek         | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 1                    | 4.2  | 23           | 95.8  | <0.001 |
| Tuz, salamura besinler tüketmemek                       | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 10                   | 41.7 | 14           | 58.3  | <0.001 |
| Kuruyemiş tüketmemek                                    | 23                    | 95.8  | 1            | 4.2  | 2                    | 8.3  | 22           | 91.7  | <0.001 |
| Kola ve diğer gazlı içecekler tüketmemek                | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 4                    | 16.7 | 20           | 83.3  | <0.001 |
| Kahve, kakao tüketmemek                                 | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 5                    | 20.8 | 19           | 79.2  | <0.001 |
| Alkollü içkiler tüketmemek                              | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 20                   | 83.3 | 4            | 16.7  | 0.109  |
| Tatlılar, çikolata, pasta, kek, Kurabiye vb tüketmemek  | 23                    | 95.8  | 1            | 4.2  | 5                    | 20.8 | 19           | 79.2  | <0.001 |
| Bal, reçel, pekmez tüketmemek                           | 16                    | 66.7  | 8            | 33.3 | 2                    | 8.3  | 22           | 91.7  | <0.001 |
| Yağda kızartılmış tüm besinler tüketmemek               | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 6                    | 25.0 | 18           | 75.0  | <0.001 |
| Cipsleri tüketmemek                                     | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 14                   | 58.3 | 10           | 41.7  | 0.017  |
| İlaç                                                    |                       |       |              |      |                      |      |              |       |        |
| İlaçlarını düzenli olarak kullanmak                     | 23                    | 95.8  | 1            | 4.2  | 20                   | 83.3 | 4            | 16.7  | 0.348  |

**Tablo 4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Belirlenen Bakıma İlişkin Yapılması Gerekenlere Uyuma Durumlarının Dağılımı (Devamı)**

| Bakıma İlişkin Yapılması Gerekenler                      | Müdahale Grubu (n=24) |       |              |      | Kontrol Grubu (n=24) |       |              |       | p*     |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-------|--------------|------|----------------------|-------|--------------|-------|--------|
|                                                          | Uyan Sayı             | %     | Uymayan Sayı | %    | Uyan Sayı            | %     | Uymayan Sayı | %     |        |
| Egzersiz, Dinlenme ve Boş Zaman Değerlendirme            |                       |       |              |      |                      |       |              |       |        |
| Yürüyüş yapmak                                           | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 5                    | 20.8  | 19           | 79.2  | <0.001 |
| Dinlenme halindeyken ayakları yukarıda tutmak            | 21                    | 87.5  | 3            | 12.5 | 0                    | 0.0   | 24           | 100.0 | <0.001 |
| Güç gerektiren işler yapmamak                            | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 18                   | 75.0  | 6            | 25.0  | 0.245  |
| Araba Kullanmamak                                        | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 10                   | 41.7  | 14           | 58.3  | 0.001  |
| Günde en az 8 saat uyumak                                | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 10                   | 41.7  | 14           | 58.3  | 0.001  |
| Dinlenme halinde sağa sola dönmek                        | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 3                    | 12.5  | 21           | 87.5  | <0.001 |
| Taburculuğun ilk günlerinde hafif aktiviteler yapmak     | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 24                   | 100.0 | 0            | 0.0   | -      |
| Taburculuktan 1 ay sonra aktivitelerin dozunu artırmak   | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 5                    | 20.8  | 19           | 79.2  | <0.001 |
| Cinsel Yaşam ve Stres                                    |                       |       |              |      |                      |       |              |       |        |
| Bir ay cinsel ilişkiye girmek                            | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 19                   | 79.2  | 5            | 20.8  | 0.050  |
| Cinsel ilişki sırasında aktif olmamak/kendini zorlamamak | 0                     | 0.0   | 0            | 0.0  | 5                    | 100.0 | 0            | 0.0   | -      |
| Stresle baş etme yöntemlerinden en az 1'ini kullanmak    | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 5                    | 20.8  | 19           | 79.2  | <0.001 |
| Boşaltım                                                 |                       |       |              |      |                      |       |              |       |        |
| Kabız olmamak                                            | 19                    | 79.2  | 5            | 20.8 | 5                    | 20.8  | 19           | 79.2  | <0.001 |
| Diğer                                                    |                       |       |              |      |                      |       |              |       |        |
| Sigarayı kullanmamak                                     | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 16                   | 66.7  | 8            | 33.3  | 0.004  |
| Ziyaretçi kısıtlamak                                     | 21                    | 87.5  | 3            | 12.5 | 0                    | 0.0   | 24           | 100.0 | <0.001 |
| Eve uyum sağlamak                                        | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 9                    | 37.5  | 15           | 62.5  | <0.001 |
| Kontrol randevusuna gelmek                               | 24                    | 100.0 | 0            | 0.0  | 18                   | 75.0  | 6            | 25.0  | 0.022  |

\*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.3’de müdahale ve kontrol grubundaki hastaların ev ziyaretine ilişkin özelliklere uyma durumlarının dağılımı verilmiştir. Hastaların; solunum egzersizleri, banyo ve yara yeri bakımı, tercih etmesi ve etmemesi gereken besinler, egzersiz, dinlenme ve boş zamanı değerlendirme, cinsel yaşam, stresle baş etme, varis çorabı kullanma, boşaltım, sigara kullanma, ziyaretçi kısıtlama, eve uyum sağlama ve kontrol randevusuna gitme gibi konularda müdahale grubu hastaların tamamının ya da çoğunluğunun hastanede verilen planlı taburculuk eğitimlerine uygun ve doğru uygulama yaptıkları, kontrol grubu hastaların ise çoğunluğunun hatalı/yanlış uygulama yaptıkları bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Tablo incelendiğinde, “banyo ve yara yeri bakımına ilişkin ‘ılık su ile duş almak’, tercih etmesi gereken besinlere ilişkin ‘kuru baklagil, çorba ve yumurta akı tüketmek’, tercih etmemesi gereken besinlere ilişkin ‘alkol kullanmak’, ilaçları düzenli kullanmak, egzersiz ve dinlenmeye ilişkin ‘güç gerektiren işler yapmamak ve 5 kilodan fazla ağırlık taşımamak’, boş zaman değerlendirmeye ilişkin ‘taburculuğun ilk günlerinde hafif aktiviteler yapmak” gibi konularda müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Alkol kullanımına ilişkin anlamlı fark bulunmamasına karşın eğitim alan grubun hiçbiri alkol kullanmazken, eğitim almayan grupta 4 hastanın alkol kullanması önemli bir bulgudur. Ayrıca eğitim alan grupta bir hasta, eğitim almayan grupta ise 4 hasta ilaçlarını düzenli kullanmamıştır.

**Tablo 4.4.** Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Fizik Muayene Bulgularının Normal Olma Durumlarının Dağılımı

| Ev Ziyaretinde Fizik Muayene Bulguları           | Müdahale Grubu (n=24) |       |              |      | Kontrol Grubu (n=24) |       |              |       | p*               |
|--------------------------------------------------|-----------------------|-------|--------------|------|----------------------|-------|--------------|-------|------------------|
|                                                  | Normal                |       | Normal Değil |      | Normal               |       | Normal Değil |       |                  |
|                                                  | Sayı                  | %     | Sayı         | %    | Sayı                 | %     | Sayı         | %     |                  |
| Sistolik KB                                      | 15                    | 62.5  | 9            | 37.5 | 7                    | 29.2  | 17           | 70.8  | <b>0.041</b>     |
| Diastolik KB                                     | 16                    | 66.7  | 8            | 33.3 | 7                    | 29.2  | 17           | 70.8  | <b>0.020</b>     |
| Nabız                                            | 24                    | 100.0 | 0            | 0    | 19                   | 79.2  | 5            | 20.8  | <b>0.050</b>     |
| Ateş                                             | 24                    | 100.0 | 0            | 0    | 19                   | 79.2  | 5            | 20.8  | <b>0.050</b>     |
| Solunum Sayısı                                   | 23                    | 95.8  | 1            | 4.2  | 19                   | 79.2  | 5            | 20.8  | 0.188            |
| Barsak sesleri                                   | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 4                    | 16.7  | 20           | 83.3  | <b>&lt;0.001</b> |
| Kalp sesi                                        | 24                    | 100.0 | 0            | 0    | 24                   | 100.0 | 0            | 0     | -                |
| Kalp ritmi                                       | 24                    | 100.0 | 0            | 0    | 24                   | 100.0 | 0            | 0     | -                |
| Ödem                                             | 18                    | 75.0  | 6            | 25.0 | 0                    | 0     | 24           | 100.0 | <b>&lt;0.001</b> |
| Yara yeri (Sternum) rengi                        | 24                    | 100.0 | 0            | 0    | 9                    | 37.5  | 15           | 62.5  | <b>&lt;0.001</b> |
| Yara yeri (Sternum) kanama,akıntı                | 24                    | 100.0 | 0            | 0    | 9                    | 37.5  | 15           | 62.5  | <b>&lt;0.001</b> |
| Yara Yeri (damar alınan insizyon) rengi          | 24                    | 100.0 | 0            | 0    | 18                   | 75.0  | 6            | 25.0  | <b>0.022</b>     |
| Yara Yeri (damar alınan insizyon) kanama. akıntı | 22                    | 91.7  | 2            | 8.3  | 19                   | 79.2  | 5            | 20.8  | 0.416            |
| Triflow kullanımı (3 top kaldırabilme)           | 21                    | 87.5  | 3            | 12.5 | 2                    | 8.3   | 22           | 91.7  | <b>&lt;0.001</b> |
| Akciğer sesi                                     | 21                    | 87.5  | 3            | 12.5 | 4                    | 16.7  | 20           | 83.3  | <b>&lt;0.001</b> |

\*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.4 incelendiğinde müdahale grubu hastaların tamamına yakınının sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı, nabız, ateş, barsak sesi, ödem, sternumdaki yara yeri, damar alınan bölgedeki yara yeri, triflow kullanımı ve akciğer sesi gibi fizik muayene bulgularının normal olduğu, kontrol grubu hastaların ise normal olmadığı ve aralarındaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Solunum sayısı, kalp sesi, kalp ritmi ve damar alınan insizyon yerinde kanama/akıntı gibi fizik muayene

bulgularında müdahale grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmamasına karşın müdahale grubundaki hastalardan bir, kontrol grubundan ise beş hastanın solunum sayısının normal olmadığı bulunmuştur. Ayrıca müdahale grubundaki hastalardan iki, kontrol grubundan ise beş hastanın damar alınan insizyon bölgesinde kanama akıntı olması önemli bir bulgudur.

**Tablo 4.5.** Müdahale Grubu Hastaların Planlı Taburculuk Programı Öncesi ve Sonrası BKİ Karşılaştırmaları

| Müdahale Grubu |                 | Eğitim Sonrası |              |                 |                 |           |            |
|----------------|-----------------|----------------|--------------|-----------------|-----------------|-----------|------------|
|                |                 | Normal         | Hafif Şişman | 1.Derece Şişman | 2.Derece Şişman | Total     | <i>p</i> * |
| Eğitim Öncesi  | Normal          | 7              | 0            | 0               | 0               | 7         | 0.392      |
|                | Hafif Şişman    | 1              | 9            | 0               | 0               | 10        |            |
|                | 1.derece şişman | 0              | 1            | 2               | 0               | 3         |            |
|                | 2.derece şişman | 0              | 0            | 1               | 3               | 4         |            |
|                | <b>Toplam</b>   | <b>8</b>       | <b>10</b>    | <b>3</b>        | <b>3</b>        | <b>24</b> |            |

\*Mc nemar testi yapılmıştır.

Tablo 4.5 incelendiğinde; müdahale grubunda eğitim öncesi BKİ'si normal olan toplam 7 hasta varken eğitim sonrası 8 hasta olmuştur. Eğitim öncesi 2. Derece şişman olan toplam 4 hasta varken eğitim sonrası bu sayı 3'e düşmüştür ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Kontrol Grubu Hastaların Planlı Taburculuk Programı Öncesi ve Sonrası BKİ Karşılaştırmaları

| Kontrol Grubu |                    | Eğitim Sonrası |                    |                 |                 |           |            |
|---------------|--------------------|----------------|--------------------|-----------------|-----------------|-----------|------------|
|               |                    | Normal         | Hafif Şişman/Toplu | 1.Derece Şişman | 2.Derece Şişman | Total     | <i>p</i> * |
| Eğitim Öncesi | Normal             | 5              | 1                  | 0               | 0               | 6         | 0.223      |
|               | Hafif Şişman/Toplu | 0              | 13                 | 2               | 0               | 15        |            |
|               | 1.derece şişman    | 0              | 0                  | 2               | 0               | 2         |            |
|               | 2.derece şişman    | 0              | 0                  | 0               | 1               | 1         |            |
|               | <b>Toplam</b>      | <b>5</b>       | <b>14</b>          | <b>4</b>        | <b>1</b>        | <b>24</b> |            |

\*Mc nemar testi yapılmıştır.

Tablo 4.6 incelendiğinde; kontrol grubunda BKİ'si normal olan toplam 6 hasta varken eğitim sonrası bu sayı 5'e düşmüştür. Eğitim öncesi 1. Derece şişman olan toplam hasta sayısı 2 iken eğitim sonrası bu sayının artarak 4'e yükseldiği görülmektedir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7.** Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ev Ziyaretinde Acil Durum/ Komplikasyon Yaşama Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

| Ev Ziyaretinde Acil Durum/Komplikasyon Yaşamaya İlişkin Özellikleri | Müdahale Grubu (n=24) |     |           |       | Kontrol Grubu (n=24) |      |           |       | p*     |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|-----------|-------|----------------------|------|-----------|-------|--------|
|                                                                     | Yaşayan               |     | Yaşamayan |       | Yaşayan              |      | Yaşamayan |       |        |
|                                                                     | Sayı                  | %   | Sayı      | %     | Sayı                 | %    | Sayı      | %     |        |
| Dilaltı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı                             | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 19                   | 79.2 | 5         | 20.8  | <0.001 |
| Nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı                            | 1                     | 4.2 | 23        | 95.8  | 15                   | 62.5 | 9         | 37.5  | <0.001 |
| Dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı                                  | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 7                    | 29.2 | 17        | 70.8  | 0.009  |
| Günde 1-1.5 kg dan fazla kilo artışı                                | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 20                   | 83.3 | 4         | 16.7  | <0.001 |
| Görmede ani değişiklikler                                           | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 2                    | 8.3  | 22        | 91.7  | 0.489  |
| Kolda ve bacakta ani güç kaybı                                      | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 1                    | 4.2  | 23        | 95.8  | 1.000  |
| Bayılma hissi                                                       | 1                     | 4.2 | 23        | 95.8  | 6                    | 25.0 | 18        | 75.0  | 0.097  |
| Hızlı veya düzensiz kalp atışları                                   | 1                     | 4.2 | 23        | 95.8  | 1                    | 4.2  | 23        | 95.8  | 1.000  |
| 38 C dereceyi geçen vücut ısı                                       | 1                     | 4.2 | 23        | 95.8  | 12                   | 50.0 | 12        | 50    | 0.001  |
| İdrar zorluğu ve kanlı idrar                                        | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 1                    | 4.2  | 23        | 95.8  | 1.000  |
| Makattan taze kan gelmesi                                           | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 0                    | 0.0  | 24        | 100.0 | -      |
| Kahve telvesi şeklinde kusma                                        | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 0                    | 0.0  | 24        | 100.0 | -      |
| İnsizyon bölgesinde iltihaplı akıntı                                | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 18                   | 75.0 | 6         | 25.0  | <0.001 |
| İlaç yan etkisi                                                     | 0                     | 0.0 | 24        | 100.0 | 3                    | 12.5 | 21        | 87.5  | 0.234  |

\*Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.7’de yer alan acil durum/komplikasyon deneyimleme incelendiğinde müdahale grubu hastaların tamamına yakınının “Göğüste, omuzda, boyunda veya çenede dinlenmeye ve dilaltı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı, nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı, dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı, günde 1-1.5 kg dan fazla kilo artışı, 38 °C dereceyi geçen vücut ısı, insizyon bölgesinde iltihaplı akıntı olması, kızarması, şişmesi, sıcaklığında artış olması” gibi komplikasyonları hiç yaşamadığı yada bir hastanın yaşadığı, kontrol grubu hastaların çoğunluğunun ise bu komplikasyonları yaşadığı ve aralarındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Müdahale grubundaki hastaların tamamı/tamamına yakını görmede ani değişiklik, kolda ve bacakta ani güç kaybı, bayılma hissi, düzensiz kalp atışı, kanlı idrar ve ilaç yan etkisi gibi komplikasyonları yaşamazken, kontrol grubu hastalar bu komplikasyonları %4.2-25 oranında yaşamışlardır ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.8. Müdahale Grubundaki Hastaların Telefonla Danışmanlık Alma Nedenleri, Müdahale ve Sonuçları

| Hastanın Arama Nedeni                                                    | Yapılan Hemşirelik Müdahalesi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Sonuç                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ağrı (1 bacak, 2 kol, 7 omuz, 4 sternum ağrısı yaşayan hasta var) (n=14) | Ağrının nedeni sorgulandı.<br>Nedene göre ağrıyla baş etme yöntemlerinden uygun olanları önerildi.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Hekimle işbirliği yapılarak ağrı kesici düzenlendi.<br>Müdahale sonrası durum kontrolü için hasta arandı ve durumu öğrenildi. Şikâyet devam ediyor ise hastanın hastaneye gelmesi önerildi.                                                                                                                                                                                             | Şikâyeti geçti (13 hasta)<br>Şikâyeti azaldı (1 hasta)<br>Visual Ağrı Skalasına (VAS) göre; müdahale öncesi ağrı ortalaması $7 \pm 1.03$ (min 5, max 8) iken; müdahale sonrası ağrı ortalaması $2.78 \pm 1.12$ (min 0, max 4)'düşmüştür. |
| Bacakta gode bırakan ödem, şişlik (n=8)                                  | İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Görüşme sonrası durum kontrolü için hasta arandı ve yeni durum öğrenildi. (3 saat sonra). Yeni duruma göre şikâyet devam ediyor ise hastanın hastaneye gelmesi önerildi.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Şikâyeti geçti (5 hasta)<br>Şikâyeti azaldı (2 hasta)<br>Hastaneye çağırıldı (1 hasta)                                                                                                                                                   |
| Solumun problemi, balgam çıkarmada zorluk, öksürük, halsizlik (n=8)      | İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Hastaya uygun olan önerilerde bulunuldu. (Soğuk buhar, 3 dakikalık sauna, postural drenaj, 2,5 – 3 lt su, yürüyüş, saat başı solunum ve öksürük egzersizleri)<br>Balgam çıkarması için cesaretlendirildi.<br>Görüşme sonrası durum kontrolü için hasta arandı ve durumu öğrenildi. Yeni duruma göre şikâyet devam ediyor ise hastanın hastaneye gelmesi önerildi.                                                                                        | Şikâyeti geçti (7 hasta)<br>Hastaneye çağırıldı (1 hasta)                                                                                                                                                                                |
| Korku, stres, uykusuzluk (n=5)                                           | Kendini ve sorunlarını ifade etmesi için cesaretlendirildi.<br>Hastanın korkuları dinlendi ve kendini ifade etmek için zaman tanındı.<br>Stresle başa çıkma yöntemlerinden hastaya uygun olanlar önerildi ve kullanması için cesaretlendirildi.<br>Uykusuzlukla baş etmek için hastaya uygun olan yöntemler önerildi ve kullanması için cesaretlendirildi.<br>Psikolog ile işbirliği yapıldı.<br>Görüşme sonrası durum kontrolü için hasta arandı ve yeni durum öğrenildi. Yeni duruma göre şikâyet devam ediyor ise hastanın hastaneye gelmesi önerildi. | Şikâyeti geçti (4 hasta)<br>Hastaneye çağırıldı (1 hasta)                                                                                                                                                                                |

**Tablo 4.8.** Müdahale Grubundaki Hastaların Telefonla Danışmanlık Alma Nedenleri, Müdahale ve Sonuçları (Devamı)

| <b>Hastanın Arama Nedeni</b>                                                                                   | <b>Yapılan Hemşirelik Müdahalesi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Sonuç</b>                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Boşaltım (kabızlık, idrar yaparken yanma)<br>(n=3)                                                             | İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.                                                                                                                                                                                                                                                    | Şikâyeti geçti (2 hasta)<br>Şikâyeti azaldı (1 hasta)       |
| Kontrol randevusu ile ilgili sorunlar, Hekim/Birim tercih etme<br>(n=3)                                        | Servis hemşiresi ile işbirliği yapılarak randevu ayarlandı.<br>Hastaya yeni durum ile ilgili bilgi verildi.                                                                                                                                                                                                                                      | Şikâyeti geçti (3 hasta)                                    |
| Sternum ile ilgili sorunlar<br>(n=3)                                                                           | İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Sternum' unu koruması için desteklendi ve cesaretlendirildi.<br>Dikkat etmediği takdirde ne tür olumsuzluklar yaşayabileceği hatırlatıldı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.                                          | Şikâyeti geçti (2 hasta)<br>Şikâyeti devam ediyor (1 hasta) |
| Banyo yapma ve yara yeri bakımı (sternum yarada akıntı, kanama ve yara kenarları) ile ilgili sorunlar<br>(n=3) | İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Görüşme sonrası durum kontrolü için hasta arandı ve yeni durum öğrenildi. Yeni duruma göre şikâyet devam ediyor ise hastanın hastaneye gelmesi önerildi.                                                                                        | Şikâyeti geçti (2 hasta)<br>Hastaneye çağırıldı (1 hasta)   |
| Acil Durumlar (bayılma, çarpıntı, tansiyon yükselmesi)<br>(n=3)                                                | Acil duruma neden olan olay sorgulandı.<br>Acil durumlarda ne yapılması gerektiği açıklandı.<br>Hastanın beklememesi gereken bir durum ise ambulans ile hastaneye ulaşması sağlandı.<br>Görüşme sonrası durum kontrolü için hasta arandı ve yeni durum öğrenildi. Yeni duruma göre şikâyet devam ediyor ise hastanın hastaneye gelmesi önerildi. | Şikâyeti geçti (2 hasta)<br>Hastaneye çağırıldı (1 hasta)   |
| Beslenme ile ilgili sorunlar<br>(n=2)                                                                          | İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Eğitim kitapçığında yer alan alternatif yiyecekler listesini kullanması önerildi.                                                                                                                                                                                                                           | Şikâyeti geçti (2 hasta)                                    |

**Tablo 4.8.** Müdahale Grubundaki Hastaların Telefonla Danışmanlık Alma Nedenleri, Müdahale ve Sonuçları (Devamı)

| <b>Hastanın Arama Nedeni</b>                                                                                      | <b>Yapılan Hemşirelik Müdahalesi</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Sonuç</b>             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Evden dışarı çıkma, merdiven inip çıkma korkusu, Yürüyemediğini ifade etme (egzersiz ve günlük aktivite)<br>(n=2) | Kendini ve sorunlarını ifade etmesi için cesaretlendirildi. Egzersiz yapma konusunda hasta cesaretlendirildi.<br>İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Dikkat etmezse neler yaşayabileceği hatırlatıldı.                                                                                                              | Şikâyeti geçti (2 hasta) |
| İlaç Kullanımı ile ilgili sorunlar<br>(n=2)                                                                       | Hekime ile işbirliği yapıldı.<br>İlaç kartı yeniden düzenlendi.<br>Yeni ilaç önerildiyse ilaç kullanımı ile ilgili bilgi verildi.                                                                                                                                                                                    | Şikâyeti geçti (2 hasta) |
| Diyabet ve şeker dengesizlikleri<br>(n=1)                                                                         | İlgili eğitim konusu tekrarlandı. Dikkat etmezse neler yaşayabileceği hatırlatıldı.<br>Diyabet eğitim hemşiresi ile işbirliği yapılarak hasta yönlendirildi.                                                                                                                                                         | Şikâyeti geçti (1 hasta) |
| Evde sıkıldığını ifade etme ve işe geri dönüş ile ilgili sorunlar<br>(n=1)                                        | Kendini ve sorunlarını ifade etmesi için cesaretlendirildi.<br>Hastanın korkuları dinlendi ve kendini ifade etmek için zaman tanındı.<br>Stresle başa çıkma yöntemlerinden hastaya uygun olanlar önerildi ve kullanması için cesaretlendirildi.<br>İşe erken başlarsa ortaya çıkabilecek olumsuzluklar hatırlatıldı. | Şikâyeti geçti (1 hasta) |
| Cinsellik ile ilgili sorunlar<br>(n=1)                                                                            | İlgili eğitim konusu tekrarlandı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Kendini ve sorunlarını ifade etmesi için cesaretlendirildi.<br>Hastanın korkuları dinlendi ve kendini ifade etmek için zaman tanındı.                                                                               | Şikâyeti geçti (1 hasta) |

Tablo 4.8’de telefonla danışmanlık yapılan müdahale grubu hastaların çoğunlukla ağrı, ödem, solunum problemi, korku, stres, uykusuzluk, kabızlık, kontrol randevusu, sternumu koruma, banyo yapma yara yeri bakımı, yaşanan acil durum/komplikasyon gibi nedenlerde araştırmacıyı aramışlardır. Ağrı nedeniyle arayan hastaların Görsel Ağrı Skalasına (VAS) göre müdahale öncesi ağrı ortalaması  $7 \pm 1.03$  iken, müdahale sonrası ağrı ortalaması  $2.78 \pm 1.12$ ’ye düşmüştür. Araştırmacı, hastalar tarafından toplamda 59 kez aranmıştır. Telefon görüşmesi sırasında hasta/ailesinin şikâyetine göre gerekli hemşirelik girişiminde bulunulmuş, multidisipliner işbirliği yapılmış, hasta/ailesi yönlendirilmiş, girişim sonrası sonuçlar telefonla öğrenilmiş ve kaydedilmiştir. Telefonla girişimde bulunulan hastalardan 49’u şikâyetinin geçtiğini, 5 hasta şikâyetinin azaldığını ifade etmiş, 5 hastanın ise hastaneye geri dönüş yapması istenmiştir. Hastaneye geri dönüşü istenen 5 hastadan 3’ü hastaneye geri dönüş yapmışlardır (Tablo 4.8). Multidisipliner işbirliği ile hasta hastanede ilgili birime araştırmacı tarafından yönlendirilmiş ve gerekli müdahale hastanede gerçekleştirilmiştir. Hastanın şikâyet sonrası durumu ilgili birimden ve hasta/ailesinden öğrenilmiş ve sonuçlar kaydedilmiştir. Hastalar genellikle ilk 1 hafta ve 6. hafta araştırmacıyı yoğun olarak aramışlardır. Hemşire hasta/ailesine telefonla danışmanlık yaparak 59 aramadan 54’ünün hastaneye plansız geri dönüşünü engellemiş ve gerekli gördüğü 5 hastanın hastaneye geri dönüşünü istemiştir.

**Tablo 4.9.** Müdahale ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneye Plansız Geri Dönüş Durumları ve Başvuruya Neden Olan Sorunların Dağılımı

| Plansız Başvuruya Neden Olan Sorunlar                          | Müdahale Grubu       |               | Kontrol Grubu        |               |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|---------------|----------------------|---------------|
|                                                                | 1.Başvuru (n)        | 2.Başvuru (n) | 1.Başvuru (n)        | 2.Başvuru (n) |
| Göğüs Ağrısı                                                   | 0                    | 0             | 3                    | 2             |
| Damar alınan insizyon yerinde enfeksiyon                       | 0                    | 0             | 3                    | 1             |
| Solunum Problemi                                               | 1                    | 0             | 3                    | 0             |
| Sternumdaki insizyon yerinde kanama                            | 1                    | 0             | 3                    | 0             |
| Sternumdaki insizyon yerinde enfeksiyon                        | 0                    | 0             | 3                    | 0             |
| Uykusuzluk                                                     | 0                    | 0             | 3                    | 1             |
| Kabızlık                                                       | 0                    | 0             | 2                    | 0             |
| Sol kolda Uyuşma                                               | 0                    | 0             | 1                    | 0             |
| Bayılma                                                        | 1                    | 0             | 1                    | 0             |
| Ödem                                                           | 0                    | 0             | 0                    | 1             |
| <b>Toplam Hasta Sayısı</b>                                     | 3                    | 0             | 22                   | 5             |
| <b>Hastanede Ortalama Kalış Süre Ortalaması/ Gün (Min-Max)</b> | 1.57±1.15 gün (1, 3) | -             | 1.93±1.44 gün (1, 5) | 1 (0-1)       |

Tablo 4.9 incelendiğinde kontrol grubu hastalarının çoğunlukla göğüs ağrısı, damar alınan insizyon yerinde enfeksiyon, solunum problemi, sternumdaki insizyon yerinde kanama ve enfeksiyon, uykusuzluk gibi problemler ile hastaneye geri dönüş yaptıkları ve ortalama 1.93±1.44 gün hastanede kaldıkları belirlenmiştir. Hastalar göğüs ağrısı, damar alınan insizyon yerinde enfeksiyon, uykusuzluk ve ödem gibi problemler için 2. kez hastaneye başvuruda bulunmuşlardır ve ortalama 1 gün hastanede kalmışlardır. Kontrol grubu hastaları birinci başvuruda toplamda 22 kez, 2. Başvuruda 5 kez plansız başvuru yapmışlardır. Müdahale grubu hastalarından üçü solunum problemi,

sternumdaki insizyon yerinde kanama ve bayılma nedeniyle hastaneye plansız geri dönüş yapmışlardır ve ortalama 1.5 gün hastanede kalmışlardır. Müdahale grubundaki hastaların tamamı hastaneye 2. kez başvuru yapmamışlardır.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Koroner Arter Bypass Graft ameliyatı; uzun sürmesi, geniş sternotomi, ameliyat sonrası yaklaşık 12-24 saat süren ventilatör desteği, ameliyat sonrası hastanede yatış süresinin kısa olması, 6-8 hafta süren iyileşme dönemi nedeni ile inme (stroke), multiple organ yetmezliği ve koagülopati gibi komplikasyonların gelişebildiği majör bir ameliyattır. KABG ameliyatı olmak için hastaneye yatan hasta ve ailesinin en önemli beklentileri, başarılı bir ameliyat geçirmek, ameliyattan sonra hastane ve evde bakım sürecinde herhangi bir sorun gelişmeden en kısa sürede eski sağlığına ve yaşantısına geri dönmektir. Bunu sağlamak için hastalara ev ziyareti yapılmalı, fiziksel bulguları ve ameliyat sonrası yaşantısı gözlemlenmelidir (66-68).

Çalışmalar KABG ameliyatından sonra verilen taburculuk eğitimi ve ev ziyaretlerinin sistolik kan basıncını normal sınırlarda tutmada ve sigarayı bırakmada etkili olduğunu göstermektedir (69-72,103). Bu araştırmada yapılan ev ziyaretiyle taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmeti verilen müdahale grubu hastaların; solunum egzersizlerini etkin yapma ve sigarayı bırakma konularında eğitime uygun hareket ettikleri, kontrol grubu hastaların çoğunluğunun ise uygun hareket etmediği bulunmuştur (Tablo 4.3) Müdahale grubu hastaların fizik muayeneleri incelendiğinde; sistolik ve diyastolik kan basıncı, solunum sayısı, triflow'u etkin kullanma ve akciğer sesi gibi bulgularının yüksek oranda normal olduğu, kontrol grubu hastaların ise %70-91 oranında normal olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Sigara kullanımı KABG sonrası Yoğun Bakım Ünitesi'nde

solunumla ilgili komplikasyonların ortaya çıkmasına ve YBÜ’nde kalma süresinin uzamasına neden olmaktadır (62,73-75). Hastaların sigara kullanma durumları incelendiğinde; müdahale grubu hastaların %20,8’inin, kontrol grubunun ise %33,3’ünün sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 4.2). Eğitim ve danışmanlık sonrası müdahale grubunda sigara kullanan hastaların tamamı sigarayı bırakırken, kontrol grubunda sigara kullanan hastaların tamamı sigara içmeye devam etmiştir. Müdahale grubu hastaların akciğer sesleri %80.0’ında normalken, kontrol grubu hastaların aynı oranda normal olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Aynı zamanda KABG ameliyatında yapılan greftlerin açıklığının sürdürülmesi ve diğer damarlarda aterosklerozun oluşumunun engellenmesi için hastaların sigarayı bırakmaları gerekmektedir (62,66,76). Yapılan çalışmalarda; sigara içmenin bypass yapılan ve yapılmayan damarlardaki aterosklerozu ve trombozu arttırdığı, ameliyattan sonra komplikasyonların ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı, ameliyat sonrası içilmeye devam edilmesi durumunda tansiyon değerlerindeki artış nedeniyle ölüm riskini iki kat artırdığı belirtilmektedir (39,70,77–81). Bu çalışmada kontrol grubunda sigara içmeye devam eden hastaların (%33.3) ölüm riskinin arttığı söylenebilir. Benzer şekilde bizim araştırmamızda sigarayı bırakmış olan müdahale grubunun %65.0’nın sistolik ve diyastolik kan basıncı normalken, sigara içmeye devam eden kontrol grubunda sistolik ve diyastolik kan basıncı %70.0 normal olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4). Sistolik basınçta her 10 mm Hg’lık artışın tekrar ameliyat riskini %22.5 arttırdığı düşünülürse, eğitim verilmeyen ve normal olmayan kan basıncı değerleri olan kontrol grubunda komplikasyon gelişmesi ve tekrar ameliyat olma olasılığı artmaktadır (6,8,39,62,66,103). Eğitim verilen müdahale grubunda bu sorunlar yaşanmadığı için komplikasyon gelişme riskinin önemli oranda azaldığı söylenebilir (Tablo 4.7). (H<sub>02</sub> hipotezi red edilmiştir).

Yapılan çalışmalarda; ameliyat sonrası verilen taburculuk eğitiminin diyetle uyum, fiziksel aktivitede artış, kilo kontrolünün sağlanması, düzenli spor yapma, düzenli bağırsak alışkanlığı kazanma, banyo ve yara yeri bakımı gibi konularda hastaları olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (69-72). Benzer olarak bu çalışmada da; müdahale grubu hastalarının ameliyat sonrası uygun besinlerin seçimi, kabız olmama, banyo ve yara yeri bakımı, egzersiz, dinlenme ve boş zamanı değerlendirme konularında eğitime uygun hareket ettikleri, kontrol grubu hastaların çoğunluğunun ise uygun hareket etmediği bulunmuştur (Tablo 4.3). Müdahale grubu hastaların %70.8’i ameliyat öncesi hiç egzersiz yapmazken eğitim sonrası %91.7’si düzenli egzersiz yapmaya başlamış, kontrol grubu

hastaların %66.7'si egzersiz yapmazken ameliyat sonrası dönemde %79.2'sinin egzersiz yapmadığı belirlenmiştir. Eğitime uygun hareket eden müdahale grubunun fizik muayene sonuçlarında hastaların barsak sesleri normal sınırlarda, sternum ve damar alınan insizyon bölgesinin normal renkte olduğu, bölgede kanama ve akıntının olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.4). Eğitim yapılmayan kontrol grubunda ise bu bulguların (%65-85) normal sınırlarda olmadığı belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Ayrıca hastaların BKİ bulguları incelendiğinde müdahale grubu hastalarda normal değerlere doğru bir ilerleme görülürken, kontrol grubu hastalarda normal değerlerde azalma ve normal olmayan değerlere doğru bir ilerleme belirlenmiştir (Tablo 4.5, Tablo 4.6). KABG ameliyatı sonrası beslenme ve egzersiz hastanın sağlığı için oldukça önemli unsurlardır. Dengeli ve yeterli beslenme; hastanın ameliyat sonrası tansiyon kontrolü, kan yağları kontrolü, yara iyileşmesi, BKİ'nin ve barsak seslerinin normal sınırlarda olmasını sağlamaktadır. Ayrıca düzenli egzersiz yapmak, bazal metabolizmayı arttırmakta, günlük aktivitelerde myokardiyal oksijen ihtiyacını azaltmakta ve psikososyal iyileşmeyi sağlamaktadır. Egzersiz ani kardiyak ölümlerin önlenmesinde önemli bir tedavi yöntemi olarak önerilmektedir (79,82). Eğitim verilen müdahale grubunun fizik muayene sonuçları (Tablo 4.4) incelendiğinde; doğru beslenme, egzersiz, dinlenme ve yara bakımı konularında verilen eğitimin hastaların tamamına yakınında komplikasyon gelişme riskini azalttığı söylenebilir. Bu sonuçlar kalp ameliyatından sonra hemşire tarafından yapılan taburcuk eğitimi, danışmanlık ve ev ziyaretlerinin; hastanın sağlığını koruduğu ve geliştirdiği, iyileşmeyi hızlandırdığı, hastanın yaşam kalitesini yükselttiği ve komplikasyonları önleyerek ölümleri ve hastaneye geri dönüşleri azalttığı için ülke ekonomisine büyük oranda katkıda bulunduğunu söyleyebiliriz.

Ameliyat sonrası varis çorabını doğru kullanma dolaşımın düzenlenmesini, bacakta oluşan ödemin azalmasını ve tromboemboli gelişme riskini azaltmaktadır. Yine stresle uygun yöntemlerle baş etme hastanın yaşam bulgularını normal sınırlarda tutmakla birlikte psikosoyal olarak hastayı desteklemektedir. Bir ay cinsel ilişkiden uzak kalmak ise hastanın sternumunu zorlamaması ve yara iyileşmesinin gecikmemesi için önemlidir (83-84). Bu çalışmada; müdahale grubu hastalarının ameliyat sonrası varis çorabı, cinsel yaşam ve stresle baş etme konularında evde bakımlarına ilişkin uygun şekilde hareket ettikleri, kontrol grubu hastaların ise bu alanlarda sorunlar yaşadığı belirlenmiştir ( $p<0.001$ ) (Tablo 4.3). Fizik muayene sonuçları incelendiğinde, müdahale grubundaki hastalar varis çorabını doğru kullandıkları için bacakta ödem oluşmamış, kontrol grubu

hastaların tamamında ise bacakta ödem bulunmuştur (Tablo 4.4). Bacakta oluşan ödem tromboemboliye, tromboemboli ise ameliyat sonrası ani ölüme neden olmaktadır (6,8,62,66). Bu durum kontrol grubundaki hastaların ani ölümle karşı karşıya olabileceğini göstermektedir. Aynı şekilde kontrol grubundaki hastaların %79.2'si stresle uygun baş edememiş, müdahale grubundaki hastaların tamamı stresle baş etme yöntemlerinden en az 1'ini kullanmışlardır. Stresle uygun baş etmeme ve cinsel ilişkiden bir ay uzak kalmama (Tablo 4.3) hastanın ameliyat sonrası yaşama uyumunu zorlaştırmakta, sternumla ilgili komplikasyon ve ağrı yaşamalarına neden olmakta ve hastaneye plansız geri dönüşleri artırmaktadır (Tablo 4.9).

Çalışmada Tablo 4.3 incelendiğinde taburculuk eğitimleri ve ev ziyaretlerinin etkin olduğu, hastaların bu eğitimlere uygun davrandıkları görülmektedir. Bunun nedeni; hasta/ailesinin bu eğitimleri bir ihtiyaç olarak görmesinin yanı sıra verilen eğitimin ameliyat öncesi dönemden başlayarak taburculuk anına kadar her gün bir program dâhilinde (Tablo 3.1) verilmiş olması, eğitim verilirken pek çok öğretim yönteminin yetişkin eğitim özellikleri dikkate alınarak kullanılması, bu eğitimler verilirken hasta/ailenin bakıma katılmış olması, sağlık ekibi ile yeterli iletişimin ve işbirliğinin sağlanmış olması, hasta eğitimlerinin bireye özel ele alınması, hastaya hastanede yattığı süre içerisinde ihtiyaçları olduğu anda danışmanlık verilmesi, desteklenmesi, hastanın fiziksel durumunun ve motivasyonunun dikkate alınması, uygun eğitim ortamının sağlanabilmiş olması olabilir (68,72,80,85).

KABG ameliyatı olan hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarının saptanması ve bu doğrultuda eğitim ve danışmanlık verilmesi önemli hemşirelik fonksiyonlarından biridir. Çünkü hemşireler hasta ve ailelerini ameliyat sonrası bakım ve risk faktörleri yönünden eğiterek/danışmanlık yaparak; ameliyat sonrası komplikasyon gelişmesini önlemek, hastaneye yapılan plansız geri dönüşleri azaltmak, bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek, bireylerin tutum ve davranışlarını değiştirme konusunda önemli role sahiptirler (86,77,87,103). Hemşirelerin alana özgü taburculuk eğitimi ve danışmanlık konusunda bilgi ve deneyiminin olması gerekmektedir. Hemşireler bu konularda hem lisans hem de mezuniyet sonrasında eğitilmelidirler. Hemşire, hasta ve ailesini ameliyat öncesi/sonrası bakım, risk faktörleri ve evde bakımları ile ilgili eğitim vermenin yanı sıra telefonla danışmanlık yaparak desteklemelidir. Çünkü verilen taburculuk eğitimleri hasta taburcu olduktan sonra evine döndüğünde, hasta ve ailesi tarafından

hatırlanamayabilmektedir. Bu nedenle hastanede başlayan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin taburculuk sonrası telefonla danışmanlık şeklinde yürütülmesi önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda (8,76,88-91); hemşireler tarafından uygulanan hastaların kendi bakımlarını yapmalarını sağlayacak taburculuk eğitimi, telefonla danışmanlık ve multidisipliner olarak yürütülen ev ziyaretlerinin hastane dışındaki ölümleri azalttığı ve hastaneye plansız başvuruları önlediği belirtilmiştir. Bu çalışmada taburculuk eğitimi ve ev ziyaretinin yanında telefonla danışmanlık yapılmıştır.

Bu uygulamalar sonrasında hastada komplikasyon geliştiğini gösteren belirtiler incelenmiştir (Tablo 4.7). Müdahale grubunda dil altı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı, nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı, dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı, günde 1-1,5 kg'dan fazla kilo artışı, 38 dereceyi geçen vücut ısısı, insizyon bölgesinde iltihaplı akıntı belirtileri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde az görülmüştür ( $p<0.001$ ). Bu belirtilerin görülmesi, hastada ciddi komplikasyonların yaşanabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle komplikasyonların önlenmesi ve gelişmesi durumunda erken müdahale edilmesi için hastanın ameliyat sonrası hastanede ve evde bakım sürecinde yakından izlenmesi gerekmektedir. Çalışmada görülmektedir ki, taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlığın bir arada yürütülmesi hastaların ameliyat sonrası uyumlarını kolaylaştırmış, kendi bakımlarını doğru bir şekilde uyguladıkları için komplikasyon gelişme riski azaltılmıştır. Kontrol grubunda ise bu uygulamalar yapılmadığı için hastalar ciddi komplikasyonlarla karşı karşıya kalmışlardır (Tablo 4.7) ( $H_{01}$  hipotezi red edilmiştir). Bilinmektedir ki bu komplikasyonlar iyileşme süresini uzatmakta, zorlaştırmakta ve hasta/ailesini ekonomik olarak zorlamaktadır. Hastanın fiziksel acı çekmesinin yanı sıra ölüm korkusu, sosyal yaşamdan uzak kalma, aile içi rollerini uzun süre yerine getirememesi hastanın ruh sağlığını da olumsuz olarak etkilemektedir.

Yapılan çalışmalarda (88-99); KABG ameliyatından sonra telefonla danışmanlık alan hastalarda; ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, göğüs ve bacak insizyonunda ödem, göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, aritmi, çarpıntı, kol uyuşması, diyare, konstipasyon, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, kilo kaybı, tedavinin ve aktivitenin uygulanmasına ilişkin anksiyete, güçsüzlük, baş ağrısı, baş dönmesi ve psikolojik problemler olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada hasta/ailesinin telefonla aradıklarında ifade ettikleri en önemli sorunların; ağrı, ödem, solunum problemi, halsizlik ve korku olduğu görülmüştür. Hasta/ailesi 59 kez araştırmacıyı aramış ve telefonla danışmanlık almıştır.

Yapılan müdahale sonucunda sadece 5 hastanın hastaneye geri dönmesi istenmiştir. 54 aramaya yapılan danışmanlık sonucu hastanın şikâyetinin azaldığı ve geçtiği görülmüştür (Tablo 4.8). Telefonla danışmanlık hizmeti verilmeyen kontrol grubu hastaları yaşadıkları her problemde danışmanlık alamadıkları için hastaneye plansız başvuru yapmışlardır.

Hastaneye plansız geri dönüşler incelendiğinde müdahale grubundan 3, kontrol grubundan 22 hastanın hastaneye ilk plansız başvurusunu yaptığı, ikinci plansız başvuruda kontrol grubundan 5 hastanın başvurduğu, müdahale grubunda ise hiç başvuru olmadığı belirlenmiştir. Kontrol grubu hastaları çoğunlukla göğüs ağrısı, damar alınan insizyon yerinde enfeksiyon, solunum problemi, sternumdaki insizyon yerinde kanama ve enfeksiyon, uykusuzluk gibi problemler ile hastaneye geri dönüş yapmışlar ve 1.9 gün hastanede kalmışlardır. Ayrıca ev ziyaretinde kontrol grubu hastaların yaşadığı sorunlardan sıkıldığı, yorgun olduğu, sağlığını koruma ve geliştirme davranışlarını yapacak güce sahip olmadıkları gözlemlenmiştir. Bu durum onların yaşam kalitelerinin düşmesine ve beklenen yaşam sürelerinin kısalmasına neden olabilecektir. Kontrol grubu hastalar yaşadıkları bu sorunlar nedeniyle her defasında hastaneye başvurmuş ve yatarak tedavi görüp uzun süre hastanede kalmışlardır (Tablo 4.9). Müdahale grubu hastalara multidisipliner işbirliği ve danışmanlık yapılmıştır. Müdahale sonrası hastanın şikâyeti devam eder ve hemşire gerekli görürse hasta hastaneye çağırılmıştır. Böylece hemşire telefonla danışmanlık hizmeti yaparak hastaneye plansız başvuruları önlemiştir. Nitekim müdahale grubu hastalarının hastaneye plansız geri dönüşleri azdır (Tablo 4.8). Böylece gereksiz harcanan para, ilaç israfı ve yatak işgalinin önüne geçilmiş ve hastanın maliyeti düşürülmüştür. Kalp cerrahisi geçiren hastanın bir günlük maliyeti 250 TL'dir. Kontrol grubu hastaların ortalama iki gün hastanede kaldıkları ve 27 kez plansız geri dönüş yaptıkları düşünülürse yaklaşık olarak 14.000 TL harcanmakta, hastaya ve ülke ekonomisine gereksiz bir yük getirmektedir. Hastaların komplikasyon nedeniyle geri dönüş yaptıkları düşünülürse daha pahalı ilaçlar kullanılacak, hasta yoğun bakımda yatabilecek ve tekrar ameliyat olabilecektir. Bu durum maliyeti daha da artıracak, hastanın ameliyat sonrası seyrini olumsuz etkileyecektir (100-103). Araştırmada hasta/ailesine hastane ve evde bakım sürecinde uygulanan taburculuk programı sayesinde komplikasyon gelişmesi ve hastaneye plansız geri dönüşlerin azaltıldığı düşünülürse bu paranın harcanması önlenmiştir. Hastalara yapılan ev ziyaretleri ile ameliyat sonrası bakımın seyri kontrol edilmiş, gitmezlik varsa hemşirelik girişimi ve multidisipliner işbirliği ile önlenmiştir. Böylece hastaya erken müdahalede bulunma, eğitim eksiği varsa

nedenini bulma ve giderme, hasta/ailesini motive etme gibi konularda desteklenmişlerdir. Bu durumun hastanın kendine güvenmesini sağladığı, eve uyumunu kolaylaştırdığı, komplikasyon yaşamasını azalttığı, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemesini sağladığı düşünülmektedir. Ev ziyareti yapıldığı için hasta/ailesi ev ortamında görülerek bireye özgü bakım verilmiş, ihtiyaçları doğrultusunda girişimde bulunulmuş, komplikasyon yaşamaları önlenmiş, hastaneye plansız geri dönüşleri engellenmiş ve böylece maliyet düşürülmüştür.

#### **Bu araştırmanın sonucunda;**

KABG ameliyatı geçiren hastalara hemşire tarafından uygulanan planlı taburculuk programı içinde yer alan taburculuk eğitimi, telefonla danışmanlık hizmeti ve ev ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası dönemde;

- Doğru solunum egzersizi yapmalarını, sigarayı bırakmalarını, düzenli egzersiz yapmalarını, diyetle uyumlarının artmasını, varis çorabını doğru kullanmalarını, banyo ve yara yeri bakımını doğru yapmalarını, eve kolay uyum sağlamalarını,
- Yaşamsal ve fiziksel bulgularının normal sınırlara dönmesini,
- Hastalar bakımlarını doğru yönetebildikleri için komplikasyonların azalmasını,
- Hastaneye plansız geri dönüşlerin azalmasını sağlamıştır.

#### **Çalışma sonucunda;**

- Hastanın taburcu olduktan sonra yaşadığı sıkıntıları azaltmaya veya ortadan kaldırmaya yönelik olarak, interdisipliner ekip anlayışıyla geliştirilecek olan taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin uygulamaya geçirilmesi,
- Hasta ve ailelerin hastanede ve ameliyat sonrası evde kullanabilecekleri eğitim kitapçığının hastalara rutin olarak verilmesi,
- Telefonla danışmanlık hizmetinin kurulması, hastanın ucuz ve kesintisiz şekilde ulaşılacağı hale getirilmesi, hasta ve ailesine hemşire bilgilerinin yer aldığı kartvizit verilmesi,
- Hemşirenin hastanede başladığı eğitim ve danışmanlığı evde bakım kapsamında ev ziyareti yaparak sürdürmesi,

- Hastanelerde ameliyat sonrası telefonla danışmanlık ve ev ziyaretlerini yürütebilecek kadrolu halk sağlığı hemşiresi atamasının yapılması,
- Taburculuk eğitimi ve danışmanlık hizmetinin olumlu sonuçlarının hekim ve hemşirelik yönetim birimleri ile paylaşılması ve bu hizmetlerin kurumsallaştırılması,
- Kardiyovasküler Cerrahi servis ve yoğun bakımda aynı kalitede eğitimlerin ve danışmanlığın sürdürülebilmesi için çalışan hemşirelerin KABG ameliyatı olan bireyde taburculuk eğitimi ve danışmanlık konusunda eğitilmeleri,
- Hastane web sitesinde hastaların telefonla danışmanlık aldıkları konulara göre “soru ve cevaplar” bölümü hazırlanması ve hastalara nasıl kullanacaklarının öğretilmesi önerilebilir.

## 6. KAYNAKLAR

1. Onat A, Sarı İ, Tuncer M, Karabulut A, Yazıcı M, Türkmen S, Doğan Y, Keleş İ, Sansoy V. TEKHARF çalışması takibinde gözlemlenen toplam ve koroner mortalitenin analizi. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2004; 32: 595.
2. Onat A. Ulusal kalp sağlığı politikası ve kalp damar hastalıklarından korunma stratejileri. Türk Kardiyoloji Dern Arş 2004; 32: 596–602.
3. Yava A. Açık kalp cerrahisi geçiren bireylerde postoperatif nöropsikolojik değişikliklerin değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2000: 50–53.
4. Edgar F at al. Mıdcab. Journal of Advanced Nursing 1999; 99(7): 40–45.
5. (2011), American Heart Association, [http://my.americanheart.org/professional/Research/Research\\_UCM\\_316889\\_SubHomePage.jsp](http://my.americanheart.org/professional/Research/Research_UCM_316889_SubHomePage.jsp), (15.01.2001).
6. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği (Surgical Nursing) Genişletilmiş IV. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2000: 103–136, 312–334.
7. (2011), Türkiye Genel Nüfus Sayımı Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri 2000, <http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do>, (15.01.2011)
8. Naylor MD, Broton D, Campbell R, et al. Comprehensive discharge planning and home follow up of hospitalized elders a randomized clinical trial. JAMA 1999; 281(7): 613–620.

9. Maloney CH, Preston F. An overview of home care effort patients with cancer. *Cancer Nursing* 1992; 19(1): 75–80.
10. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik bakımı 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2004; 79–81.
11. National Health Service (NHS) Protocol on patient discharge from hospital (2004).
12. Ertem Ü, Ay F. Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar Birinci baskı, Ay F (Edt), Medikal yayıncılık, İstanbul, 2007: 133–135.
13. McKenna H, Keeney S, Glenn A, Gordon P. Discharge planning: An Exploratory Study. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 594–601.
14. Department of Health (DoH) Discharge workbook: A manual of hospital discharge practice London (1994).
15. (2011), American Medical Association (AMA) Report of the Council on Scientific Affairs Evidence-based principles of discharge and discharge criteria, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-532.html>, (23.03.2011).
16. Cleary M, Horsfall J, Hung G. Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *Issues and Innovations in Nursing Practice* 2003; 42(3): 269–277.
17. Pethybridge J. How team working influences discharge planning from hospital: A Study of Four Multi-Disciplinary Teams in an Acute Hospital in England. *Journal of Interprofessional Care* 2004; 18(1): 29–41.
18. (2011), Discharge Planning Process Guideline, [www.webstandarts.org](http://www.webstandarts.org), (21 Eylül 2010).
19. Parkes J, Shepperd S. Discharge Planning from Hospital to Home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 4: CD000313.
20. Demiralp M. Hastaneye kabul ve taburculuk işlemlerinde hemşirenin rolü, Arpacıoğlu O (Edt), Gata Basımevi, Ankara, 1997: 56–59.
21. Mahaney A, Doyle A, Couster C. Coordinating hospital discharge. *Australian Nursing Journal* 2000; 8: 1–5.
22. Dai TH, Chang Y, Hsieh YC, Tai YT. Effectiveness of Pilot Project of Discharge Planning Research in Taiwan. *Nursing & Health* 2003; 26: 53–63.
23. Fricse CR. Hospital nursing outcomes for surgical oncology patients, Presented to the Faculties of the University of Pennsylvania in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor in Philosophy. UMI 2005; no 31797332.

24. Preen D, Bailey B, Wright A, Kendall P et al. Effects of multidisciplinary, post discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care* 2005; 17: 43–51.
25. Anthony D, Chetty VK, Kartha A, McKenna K et al. Re-engineering the hospital discharge: an example of a multifaceted process evaluation. *Advances in Patient Safety* 2005; 2: 373–394.
26. Fadiloğlu Ç. Kanser ve Palyatif Bakım, Uyar M, Uslu R, Kuzeyli Y (Edt), Meta Basım, İzmir, 2006; 345–402.
27. Patricia J, Richards S, Larrabee J. Discharge planning process Aplying a Model for Evidence Based Practise. *Journal of Nursing Care Quality* 2004; 19(2): 123–129.
28. National Health Service (NHS) Nurse Led Discharge (2005).
29. Naylor M, Brooten D, Jones R, Mourney L et al. Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. *Annals of Internal Medicine* 1994; 120(12): 999–1006.
30. McCaughan E, Thompsan K. Information needs of cancer patients receiving chemotherapy at a day case unit in Northern Ireland. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 851–858.
31. Dukkers DM, Ros WJ, Berns MP. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liasion nurse in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30(5): 1186–1194.
32. Peters P, Fleuren M, Wijkel D. The quality of discharge planing process: The effect of liaison nurse. *International Journal of Quality in Health Care* 1997; 9(4): 283–287.
33. Ergin A, Sözütek Y ve ark. Risk faktörlerinin koroner arter bypass greftlerinin açıklık oranlarına etkisi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi* 1991; 4(4): 241.
34. Aksayan S, Çimete, G. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri, olanakları ve tercihleri, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Çimete G (Edt), Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaası, İstanbul, 1998: 2–33.
35. Emiroğlu G. Evde Sağlık Bakımı, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, Çimete G (Edt), Marmara Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Teknik Eğitim Fakültesi Matbaası, İstanbul, 1998: 50–51.

36. (2011), Kalp Damar Cerrahisi, <http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kalpdamar/kalp-akciger.html>, (20 Ekim 2009).
37. (2011), JCI akreditasyon bakımın sürekliliği, <http://tr.jointcommissioninternational.org/entr/>, (20 Ekim 2010).
38. Heper C. Multidisipliner Kardiyoloji, Nobel ve Güneş Tıp Yayınevi, Bursa, 2005: 1–97, 301–348.
39. Onat A. Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı (TEKHARF) (Turkish Heart Health), Yelken Mat, İstanbul, 2005: 9–17, 20–27.
40. Kaş Y, Şahin M. Ateroskleroz, Aterotromboz ve Kardiyovasküler Korunma, Sanofi-Avantis, İstanbul, 2003: 1–16.
41. Tokcan A, Yalınız H. Kalp ve damar cerrahisi, Duran E (Edt), Çapa Tıp Kitabevi İstanbul, 2004: 13–20.
42. Köksal C, Sarıkaya S, Özcan V, Zengin M, Meydan B, Helvacı A ve ark. SSK Süreyyapaşa Hastanesi'nde açık kalp cerrahisi: İlk 100 vaka. Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi 2002; 10: 264–266.
43. Annesi SM, Bautch JC, Brunn JAB, Byers JF, Gab KC, Casey PE, et al. Brunner & Suddarth's Textbook Of Medical Surgical Nursing 10th Ed, Smeltzer SC, Bare BG (Edt), Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2006: 751–748.
44. Guyton A, Hall J. Tıbbi Fizyoloji 9. Baskı, H Çavuroğlu (Çev. Edt), Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1996: 265–263.
45. Duitz AA, Boeke S, Taams MA, et al. Prediction of Quality of life After Coronary artery bypass graft surgery. Psychosomatic Medicine 1997; 59(3): 257–268.
46. Bowles KH, Foust JB, Naylor MD. Hospital Discharge Referral Decision Making: A Multidisciplinary Perspective. App Nurs Res 2003; 16(3): 134–143.
47. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of Nursing; Concepts, Process and Practice 4th Ed, Mosby Year Book, Indonesian, 2005: 121.
48. Savaşer S. Kanseri Çocukun Taburculuğa Hazırlanması ve Evde Bakımında Hemşirenin Rolü. Atatürk Üniv. HYO Dergisi 2000; 3(1): 51–56.
49. Collier EJ, Harrington C. Discharge Planning, Nursing Home Placement and the Internet. Nurs Outlook 2005; 53: 95–103.

50. Okumuş H, Yıldız H, Uysal Ü. Kalite Geliştirme Açısından Taburculuk Planlarının Değerlendirilmesi, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s 79, 15–17 Kasım 1995, Ankara.
51. Huang TT, Liang SH. A Randomized Clinical Trial of the Effectiveness of a Discharge Planning Intervention in Hospitalized Elders with Hip Fracture due to Falling. *J Clin Nurs* 2005; 16: 1193–1201.
52. Lagoe RJ, Noetscher CM, Murphy M. Hospital Readmission: Predicting Risk. *J Nurs Care Qual* 2001; 15(4): 69–83.
53. Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, et al. An International Study of Hospital Readmissions and Related Utilization in Europe and the USA. *Health Policy* 2002; 61: 269–278.
54. London F. How to Prepare Families for the Discharge in the Limited Time Available. *Pediatr Nurs* 2004; 30(3): 212–216.
55. Hacıoğlu N, Özer N. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaya evde bakım veren aile üyelerinin evde bakımı algılayışları ve bakım konusundaki gereksinimleri, 4.Ulusal ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, s 467–478, 22–26 Ekim 2003, Ege Üniversitesi, İzmir.
56. Öztekin D, Akyolcu N. MIDKAB deneyimi: cerrahi teknik, ameliyat sonrası hemşirelik bakımı ve hasta eğitime genel bakış, I. Uluslararası & V Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongresi, s 307–308, 15–22 Eylül 2001, Nevşehir.
57. Goodman H. Patients Perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing* 1997; 25: 1241–1251.
58. Öztekin D, Aksoy G, Öztekin G. Koroner arter by pass cerrahisinde eşlerin deneyimledikleri kaygılar ve istekleri. *Hemşirelik Bülteni* 1999; 11(43–44): 185–195.
59. Öztekin D, Akyolcu N. Minimal invaziv direkt koroner arter bypass sonrası hemşirelik bakımı ve hasta eğitimi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2003; 7(2): 88–95.
60. Bocher MA, Edelman MA, Edmisson KW, et al. *Handbook of Medical Surgical Nursing* 4th, Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia, 2006; 208–211.
61. Çalışkan M. Bilgi ve Fiziksel Gereksinimlerine yönelik Planlı taburculuk programı ve evde bakımın kanserli çocuklarda etkililiği, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2006: 50–62.
62. Özcan N. Koroner Kalp Hastalıkları, GATA yayınları, Ankara, 1997: 1–58, 473–532.

63. Aksakoğlu G, Kılıç B, Uçku R. Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir. Toplum Hekim Temmuz-Ağustos 2003; 18(4): 251–257
64. Baysal A, Aksoy M, Besler HT ve ark. Diyet El Kitabı 5. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2008: 80–92, 289–312.
65. Erdine S. Ağrı, Nobel Tıp Kitabevleri Alemdar Ofset Savaş Ciltevi, İstanbul, 2000: 37–40.
66. Yorgancıoğlu AC, Tokmakoğlu H. Kalp ve Damar Cerrahisi Kardiyovasküler Fonksiyon ve Fizyoloji, Paç M, Akçevin M, Aykut AS. ve ark.(Edt), Medikal Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2004: 21–32.
67. Özdemir L. Koroner Yoğun bakımda kalan hastaların deneyimlerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2010; 1: 10–12.
68. Babae G, Keshavarz M, Hidarnia A, Shayegan M. Effect of a Health Education Program on quality of life patients undergoing coronary artery bypass surgery. Acta Medica Iranica 2007; 45(1): 69–75.
69. Beggs VL, Willis SB, Maislen EL. Patient education for discharge after coronary bypass surgery in the 1990s: are patients adequately prepared. Journal of Cardiovascular Nursing 1998; 12: 72–84.
70. Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G. Self care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. Nursing Research 2000; 49: 139–145.
71. Boudrez H, DeBacker G. Psychological status and the role of coping style after coronary artery bypass graft surgery results of prospective study. Quality of Life Research 2001; 10: 37–47.
72. Jaarsma T, Halfens R, Tan F. Self-care and quality-of-life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart and Lung: The Journal of Critical Care 2000; 29: 319–330.
73. Doering LV, Esmailian F, Imperial-Perez F, Monsein S. Determinants of intensive care unit length of stay after coronary artery bypass graft surgery. Heart & Lung 2001; 30(1): 9–17.
74. Doering LV, Esmailian F, Laks H. Perioperative predictors of ICU and hospital costs in coronary artery bypass graft surgery. Chest 2000; 118(3): 737–743.

75. Doering LV, Imperial-Perez F, Monsein S, Esmailian F. Preoperative and postoperative predictors early and delayed extubation after coronary artery bypass surgery. *American Journal of Critical Care* 1998; 7(1): 37–45.
76. McHugh F, Lindsay GM, Hanlon P, et al. Nurse-led shared care for patients on the waiting list for coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. *Heart* 2001; 86: 317–323.
77. Martinez LG, House-Fancher MA. In *Medical Surgical Nursing Assessment and Management of Clinical Problems* 5th edn, Vol. 1, Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (Eds), Mosby, St. Louis, 2000: 79–90, 841–886, 905–915.
78. Shulldham CM. Pre-operative education for the patient having coronary artery bypass surgery. *Patient Education and Counseling* 2001; 43: 129–137.
79. Kurçer MA, Özbaş A. Koroner Arter hastalarında uygulanan yaşam tarzı eğitim ve danışmanlığının yaşam kalitesine etkisi. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2011; 11: 107–113.
80. Cebeci F, Çelik SŞ. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 412–420.
81. Vaccarino V, et al. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. *Journal of the American Collage of Cardiology* 2003; 41: 307–314.
82. Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47(5): 483–491.
83. Karayurt Ö. Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1998; 2(1): 20–26.
84. Naylor MD, McCauley KM. The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common and surgical cardiac conditions. *Journal of Cardiovascular Nursing* 1999; 14: 5–10.
85. Driscoll A. Managing post discharge care at home: an analysis of patients and their care givers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(5): 1165–1173.
86. Jickling JL, Grayden JE. The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have under- gone coronary artery by-pass grafting: a pilot study. *Heart and Lung* 1997; 26: 350–357.

87. Lindsay GM, Smith LN, Hanlon P, Wheatley DJ. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass grafting. *Heart* 2001; 85: 80–86.
88. Johnson K. Use of telephone follow-up for post cardiac surgery patients. *Intensive Critical Care Nursing* 2000; 16: 144–150.
89. Hartford K. Telenursing and patients recovery from bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 50(5): 459–468.
90. Savage LS, Grap MJ. Telephone monitoring after early discharge for cardiac surgery patients. *American Journal of Critical Care* 1999; 8: 154–159.
91. Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi (the effect of preoperative education on postoperative complications and patient satisfaction), Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2000: 54–60.
92. Capuano TA, Barber R, Sullivan K. Bridging the care continuum for open heart surgery patients. *Nursing Management* 1997; 28: 32.
93. Elitoğ N, Erkuş B. CABG Operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 10. Ulusal Kongresi Bildiri Kitabı, s 95, 17–21 Ekim 2008, Çeşme.
94. Yüksel M, İslamoğlu F, Atay Y, Yağdı T, Büket S, Bilkay Ö. Koroner bypass reoperasyonları sonuçlarımız ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahi Dergisi* 2000; 8: 668–673.
95. Fitzsimons D, Parahoo K, Richardson SG, Stringer M. Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery: A qualitative and quantitative analysis. *Heart & Lung* 2003; 32(1): 23–31.
96. Akkaş A, Gürsoy A. Ameliyat öncesi hastaların kaygı düzeyleri ve kaygıya neden olabilecek etmenlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Dergisi* 2001; 1(1): 23–29.
97. Asilioğlu K, Çelik SS. The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling* 2004; 53: 65–70.
98. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Aydemir Ö, Köroğlu E (Edt), Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık, Ankara, 2000: 121–160.

99. Rothenhausler HB, Grieser B, Nollert G, Reichart B, Schelling G, Kapfhammer HP. Psychiatric and psychosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow- up study. *General Hospital Psychiatry* 2005; 27: 18–28.
100. Kunt AS, Darcin OT, Andac MH. Coronary artery bypass surgery in high- risk patients. *Current Controlled Trials in Cardiovascular Medicine* 2005; 6: 13.
101. Kurki TS, Kataja MJ, Reich DL. Validation of a preoperative risk index as a predictor of perioperative morbidity and hospital costs in coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* 2002; 16(4): 401–404.
102. Lazar H, Fitzgerald CA, Ahmad T, Bao Y, Colton T, Shapira MO, Shemin RJ. Early discharge after coronary artery bypass graft surgery: Are patients really going home earlier. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2001; 121(5): 943-950.
103. Charslon ME. Koroner arter bypass sonrası bakım. Çayır A (Çev. Edt), *Literatür* 2003; 38: 408–418.
104. Özdamar K. Paket programları ile istatistiksel veri analizi Dördüncü Baskı. Etam A.Ş. Matbaa, Eskişehir, 2002: 40–61, 55–73.

**EKLER**

## EK-I

### HASTA TANITIM FORMU

**HASTA  
ETİKETİ**

**1. Tel No:**

**2. Açık Adres:**

**3. Yaşı:**

39-49 ( ) 50-59 ( ) 60-69 ( ) 70+ ( )

**4. Cinsiyetiniz:**

Kadın ( ) Erkek ( )

**5. Medeni Durum:**

Evli ( ) Bekâr ( )

**6. Eğitim durumunuz:**

Okur-yazar ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )

**7. Çalışma /iş durumunuz:**

Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( )

**8. Yaşamın en fazla geçtiği yerleşim yeri:**

Kentsel Bölge ( ) Kırsal Bölge ( )

**9. Birlikte yaşadığınız kişinin eğitim düzeyi:**

Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Üniversite ( )  
Lisansüstü ( )

**10. Sosyal güvenceniz:**

Emekli sandığı ( ) SSK+ Bağ kur+YK ( ) Acıbadem Sigorta+ Özel ( ) Yok ( )

**11. Ekonomik Durumunuz:**

Gelir giderden az ( ) Gelir gider dengeli ( ) Gelir giderden fazla ( )

**12. Birlikte yaşanan kişiler:**

Yalnız yaşayan ( ) 2 ( ) 3-4 ( ) 5+ ( )

**13. Sosyal çevrenin verdiği destek:**

Çok iyi ( ) İyi ( ) Yetersiz+Destek yok ( )

## EK-II

### HASTALARIN KORONER ARTER HASTALIĞI İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ VE AMELİYAT / HASTANE YAŞANTISI FORMU

**1. Daha önce ameliyat oldunuz mu?**

Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise ne ameliyatı? .....

**2. KAH (Kronik Arter Hastalığı) ne kadar süredir yaşıyorsunuz?**

<3 ay ( ) 4-12 ay ( ) 13-120 ay ( )

**3. Ek bir kronik hastalığınız var mı?**

Olmayan ( ) 1 Kronik hastalığı olan ( ) 2+ Kronik hastalığı olan

**4. Diyabetiniz var mı?**

Evet ( ) Hayır ( )

**5. Hipertansiyonunuz var mı?**

Evet ( ) Hayır ( )

**6. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?**

Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise ne ilacı? .....

**7. Alkol kullanıyor musunuz?**

Evet ( ) Hayır ( )

**8. Sigara kullanıyor musunuz?**

Evet ( ) Hayır ( )

**9. Lipid düşürücü Tedavi Alma Durumu:**

Alan ( ) Almayan ( )

**10. Düzenli spor yapma durumu:**

Yapan ( ) Yapmayan ( )

11. Boy: Kilo: BMI:

**12. Birinci derece akrabalarda KAH olma durumu:**

Var ( ) Yok ( )

**13. Yakınlarında Bypass ameliyatı olma durumu:**

Olan ( ) Olmayan ( )

**14. Değiştirilen damar sayısı nedir?**

1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4+ ( )

**15. Yoğun bakımda kalma süresi:**

24-45 saat ( ) 46-65 saat ( ) 66-85 saat ( ) 86-105 saat ( ) 106+ saat ( )

**16. Hastanede yatma süresi:**

6 gün ( ) 7-10 gün ( ) 11-15 gün ( ) 16-20 gün ( ) 21-25 gün ( )

**EK-III**

**TELEFON DANIşMANLIğI İZLEM FORMU**

| <b>Görüşme<br/>tarihi</b> | <b>Görüşme nedeni</b> | <b>Yapılan/Önerilen<br/>Girişim</b> | <b>Sonuç</b> |
|---------------------------|-----------------------|-------------------------------------|--------------|
|                           |                       |                                     |              |
|                           |                       |                                     |              |
|                           |                       |                                     |              |
|                           |                       |                                     |              |

#### EK-IV

#### VİSUAL ANALOG SKALA (VAS)

0-10 arasındaki hatta, hissettiğiniz ağrı şiddetini kırmızı şeridi hareket ettirerek işaretleyiniz.



**EK-V**

**HASTANEYE PLANSIZ BAŞVURU İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER FORMU**

| <b>Başvuru tarihleri</b> | <b>Hastanede Kalış Süresi</b> | <b>Başvuru Nedeni</b> | <b>Sonuç</b> |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------|--------------|
|                          |                               |                       |              |
|                          |                               |                       |              |
|                          |                               |                       |              |
|                          |                               |                       |              |

**EK-VI**

| <b>EV ZİYARETİ KONTROL FORMU</b>                     |                                                                               | <b>Evet/<br/>Uyguluyor</b> | <b>Hayır/<br/>Uygulamıyor</b> | <b>Hayır ise Nedeni</b> |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <b>Solunum<br/>Egzersizleri</b>                      | Solunum Egzersizi yapmak                                                      |                            |                               |                         |
|                                                      | Trüflow kullanmak                                                             |                            |                               |                         |
|                                                      | Öksürük Egzersizi (sırasında sternumunu yastıkla destekleyerek) yapmak        |                            |                               |                         |
| <b>Banyo ve Yara<br/>Yeri Bakımı</b>                 | Ilık su ile oturarak duş almak                                                |                            |                               |                         |
|                                                      | Keseleme, lifleme yapmak                                                      |                            |                               |                         |
|                                                      | Yaralarına dokunmadan önce elleri yıkamak                                     |                            |                               |                         |
| <b>Tercih Etmesi<br/>Gerekten<br/>Besinler</b>       | Yağsız et, tavuk, balık (haşlama) tüketmek                                    |                            |                               |                         |
|                                                      | Kaymağı alınmış süt ve yoğurt tüketmek                                        |                            |                               |                         |
|                                                      | Her türlü sebze ve meyve tüketmek                                             |                            |                               |                         |
|                                                      | Yemeklerin pişirilmesinde sıvı yağ tüketmek                                   |                            |                               |                         |
|                                                      | Kepekli ekmek, bulgur, pirinç, makarna tüketmek                               |                            |                               |                         |
|                                                      | Kuru baklagiller tüketmek                                                     |                            |                               |                         |
|                                                      | Çorba tüketmek                                                                |                            |                               |                         |
|                                                      | Yumurta akı tüketmek                                                          |                            |                               |                         |
|                                                      | Günde enaz 8-10 bardak su içmek                                               |                            |                               |                         |
| <b>Tercih<br/>Etmemesi<br/>Gerekten<br/>Besinler</b> | Tereyağı, içyağı, kuyruk yağı, katı margarin tüketmek                         |                            |                               |                         |
|                                                      | Yumurta sarısı                                                                |                            |                               |                         |
|                                                      | Sakatat tüketmek                                                              |                            |                               |                         |
|                                                      | Sucuk, salam, sosis tüketmek                                                  |                            |                               |                         |
|                                                      | Yağlı etler, kabuklu deniz ürünleri tüketmek                                  |                            |                               |                         |
|                                                      | Tavuk ve diğer kanatlıların derileri tüketmek                                 |                            |                               |                         |
|                                                      | Tuz, salamura besinler tüketmek                                               |                            |                               |                         |
|                                                      | Kuruyemiş tüketmek                                                            |                            |                               |                         |
|                                                      | Kola ve diğer gazlı içecekler tüketmek                                        |                            |                               |                         |
|                                                      | Kahve, kakao tüketmek                                                         |                            |                               |                         |
|                                                      | Alkollü içkiler tüketmek                                                      |                            |                               |                         |
|                                                      | Tatlılar, çikolata, pasta, kek, kurabiye, kremadan yapılmış dondurma tüketmek |                            |                               |                         |
|                                                      | Bal, reçel, pekmez tüketmek                                                   |                            |                               |                         |
|                                                      | Yağda kızartılmış tüm besinler tüketmek                                       |                            |                               |                         |
|                                                      | Cipsleri tüketmek                                                             |                            |                               |                         |

|                                           |                                                                                            |  |  |  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>İlaç</b>                               | İlaçlarını düzenli olarak kullanmak                                                        |  |  |  |
| <b>Egzersiz ve Dinlenme</b>               | Yürüyüş yapmak                                                                             |  |  |  |
|                                           | Dinlenme halindeyken ayakları yukarıda tutmak                                              |  |  |  |
|                                           | Güç gerektiren işler yapmak ve 5 kilodan fazla ağırlık taşımak                             |  |  |  |
|                                           | Araba Kullanmak                                                                            |  |  |  |
|                                           | Günde en az 8 saat uyumak                                                                  |  |  |  |
|                                           | Dinlenme halinde sağa sola dönmemek                                                        |  |  |  |
| <b>Eğlence ve Boş Zaman Değerlendirme</b> | Taburculuğun ilk günlerinde hafif aktiviteler yapmak                                       |  |  |  |
|                                           | Taburculuktan 1 ay sonra aktivitelerin dozunu artırmak                                     |  |  |  |
| <b>Cinsel Yaşam</b>                       | 1 ay cinsel ilişkiye girmek                                                                |  |  |  |
|                                           | Cinsel ilişki sırasında aktif olmak/kendini zorlamak                                       |  |  |  |
| <b>Stres</b>                              | Stresle baş etme yöntemlerinden en az 1'ini kullanmak                                      |  |  |  |
| <b>Varis Çorabı</b>                       | Varis çorabını eğitim kritelerine göre giyip çıkarmak                                      |  |  |  |
| <b>Boşaltım</b>                           | Kabız olmak                                                                                |  |  |  |
| <b>Diğer</b>                              | Sigarayı kullanmak                                                                         |  |  |  |
|                                           | Ziyaretçi kısıtlamak                                                                       |  |  |  |
|                                           | Eve Uyum sağlamak                                                                          |  |  |  |
|                                           | Kontrol randevusuna gelmek                                                                 |  |  |  |
|                                           | Kilo alma                                                                                  |  |  |  |
|                                           | Kilo verme                                                                                 |  |  |  |
| <b>Acil Durumlar</b>                      | Göğüste, omuzda, boyunda veya çenede dinlenmeye ve dilaltı hap almaya rağmen geçmeyen ağrı |  |  |  |
|                                           | Nefes darlığı ile birlikte olan çarpıntı                                                   |  |  |  |
|                                           | Dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı                                                         |  |  |  |
|                                           | Günde 1-1,5 kg dan fazla kilo artışı                                                       |  |  |  |
|                                           | Görmede ani değişiklikler                                                                  |  |  |  |
|                                           | Kolda ve bacakta ani güç kaybı ve tutamama hali                                            |  |  |  |
|                                           | Bayılma hissi                                                                              |  |  |  |
|                                           | Çok yavaş, hızlı veya düzensiz kalp atışları                                               |  |  |  |
|                                           | 38 C dereceyi geçen vücut ısısı                                                            |  |  |  |
|                                           | İdrar zorluğu ve kanlı idrar                                                               |  |  |  |
|                                           | Makattan taze kan gelmesi                                                                  |  |  |  |
|                                           | Kahve telvesi şeklinde kusma                                                               |  |  |  |
|                                           | İnsizyon bölgesinde iltihaplı akıntı olması, kızarması, şişmesi, sı                        |  |  |  |
|                                           | İlaç yan etkisi olarak mide ağrısı, kusma, ishal, deri döküntüsü                           |  |  |  |

| FİZİK<br>MUAYENE |                                                     | Normal | Normal<br>Değil | Açıklama |
|------------------|-----------------------------------------------------|--------|-----------------|----------|
|                  | Tansiyon                                            |        |                 |          |
|                  | Nabız                                               |        |                 |          |
|                  | Ateş                                                |        |                 |          |
|                  | Solunum                                             |        |                 |          |
|                  | Barsak sesleri                                      |        |                 |          |
|                  | Kalp sesi                                           |        |                 |          |
|                  | Kalp ritmi                                          |        |                 |          |
|                  | Ödem                                                |        |                 |          |
|                  | Yara Yeri (Sternum) Renk                            |        |                 |          |
|                  | Yara Yeri (Sternum) Kanama, akıntı                  |        |                 |          |
|                  | Yara Yeri (Damar Alınan insizyon) Renk              |        |                 |          |
|                  | Yara Yeri (Damar Alınan insizyon)<br>Kanama, akıntı |        |                 |          |
|                  | Kilo                                                |        |                 |          |
|                  | Boy                                                 |        |                 |          |
|                  | BKİ                                                 |        |                 |          |
|                  | Trüflow kaç top kalkıyor                            |        |                 |          |
|                  | Akciğer Sesi                                        |        |                 |          |

## **EK-VII ve EK-VIII**

(Eğitim kitapçığı ve kartvizit, tezin sonunda ki kapak kısmında ekte sunulmuştur)

## **EK-IX**

### **AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (MÜDAHALE GRUBU)**

Bu formun amacı; koroner arter bypass ameliyatı olmaya karar verip Acıbadem Kayseri Hastanesi'ne yattığınız zaman ameliyatınız ve bakımınızla ilgili taburculuk eğitim programına katılımınızı sağlayarak sağlığınıza ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve doğru davranış değişikliklerini kazanmanızı sağlamaktır. Bu çalışma; sağlığınıza tekrar kavuşmanızı, ameliyat sonrası güvenli bir iyileşme sağlamanızı ve eve uyumunuzu kolaylaştırmak amacıyla planlanmıştır.

Bu taburculuk programı Acıbadem Kayseri Hastanesinde koroner arter bypass grefti ameliyatı geçiren ve bu taburculuk eğitim programına (planlı taburculuk eğitimi, telefon danışmanlığı, ev ziyareti ) katılmayı kabul eden hastalarımıza uygulanacaktır.

Taburculuk programına katılarak ameliyatınız öncesi / sonrası verilecek eğitimleri, telefonla danışmanlık hizmetini ve ev ziyaretini kabul etmek ya da etmemek kendi özgür kararınıza bağlıdır.

### **Uygulanacak İşlemler**

Size ve onaylarsanız evde bakımınıza katılacak yakınınıza, hastanede yattığınız süre boyunca her gün sizinle birlikte karar vereceğimiz saatlerde 15–20 dakika süre ile hem teorik hem de uygulamalı olarak Eğitim ve Gelişim Uzman Hemşiresi Betül Özen tarafından eğitimler verilecektir. Eğitim hemşiresi sizin, ameliyat öncesi ve sonrası bakımınıza primer hemşireniz ile birlikte katılacaktır. Size ve varsa yakınınıza ameliyat ve bakımınızla ilgili hazırlanan bir eğitim kitapçığı verecektir. Bu kitapçık anlatılan eğitimlerdeki bilgilere istediğiniz zaman ulaşmanızı sağlayacaktır.

Hastanede yattığınız süre boyunca sıkıntı duyduğunuz bir zamanda, bir şey sormak istediğinizde, sağlığınıza ya da ameliyat sonrası bakımınız ile ilgili yapıp yapmamaya karar veremediğiniz durumlarda Eğitim ve Gelişim Hemşiresine Betül Özen'e telefonla ulaşabilirsiniz. (Eğitim Hemşiresi size kart vizit'ini verecektir.) Eğitim Hemşireniz her telefon görüşmesi sonrasında probleminizi, eğitim gereksiniminizi ve yapılan girişimi

size ait bir forma kaydedecektir. Bu formdaki bilgileriniz gizli tutulacak herhangi bir kiři ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Hemřireniz önemli bir sorun olduėunu dūřındıėında doktorunuz ile iletiřime gećecek ve gerekli tedavi/bakım giriřimleri uygulanacaktır.

Taburcu olduktan sonra size verilen kontrol randevunuzda hekim kontrolünden sonra sizinle tekrar gürüşülecek ve Eėitim Hemřiresi fiziksel bulgularınızı kontrol etmek, komplikasyon riski / belirtisi olup olmadığını kontrol etmek, size öğretilen uygulamaları doğru yapıp yapmadığınızdan emin olmak, , yanlış bir uygulama varsa bunu düzeltmek için sizi bilgilendirilecektir. Bu dönemde hastaneye plansız olarak başvurunuz gerćekeřirse hastanede eğitim hemşirenizi arayabileceksiniz. Eėitim hemşiresi sizinle gürüşüp plansız başvurunuzun nedenini araştıracaktır. Hastanede kalış süresini ve başvuru ile ilgili bilgileri “Hastaneye Plansız Başvuru ile ilgili özellikler” formuna kaydedecektir.

Taburculuktan itibaren 30. günde Eėitim Hemřireniz sizi evde ziyaret edecek, genel sağlık durumunuzu değerlendirecek, eğitim gereksinimlerinizi belirleyecek ve gerekirse spontane eğitim verecektir. Yapmadığınız ya da yapamadığınız uygulamaları neden uygulayamadığınızın nedenini araştıracaktır. Sizinle ve varsa yakınınız ile gürüşülerek bakımda yaşadığınız tecrübeleriniz, kolaylıklarınız ve zorluklarınız sorgulanacaktır. Bu veriler “ev ziyareti kontrol formu”na kaydedilecektir. Formdaki bilgileriniz özel ve gizlidir. Herhangi bir kiři ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Hastaneye gelmeniz gereken bir durum olduğunu dūřınılırse eğitim hemşiresi doktorunuz ile iletişime gećecek ve size gerekćelerini açıklarak hastaneye gelmenizi önerecektir.

#### **Olası yararları;**

- Ameliyat öncesi hastanede yattığınız süre boyunca neler yaşayacaksınız, size dūřen sorumluluklar neler vb bilgilendirmeler sayesinde bilinmezliğe bağlı olarak ortaya çıkacak olan korkularınız azalabilir
- Ameliyat sonrası yapmanız ve yapmamanız gereken uygulamaları bilmeniz bilinćli davranmanıza neden olabilir. Bu durum iyileşme süresine katkıda bulunabilir
- Ameliyatınız sonrası sağlığınıza tekrar kavuşmanız, sağlıklı yaşama dönüşünüz ve eve uyum süreciniz kolaylaşabilir

- Evde bakımınıza yardım edecek bir yakınınız varsa onu da eğitim programına dahil ederek tedavi, bakım ve uyumunuza destek olmasını sağlayabilir.
- Ameliyat sonrası neler yapıp yapmayacağınızı öğreneceğiniz için olumlu davranış değişikliği geliştireceğiniz düşünülerek olası komplikasyon gelişme riskini azaltabilir
- Komplikasyon gelişmezse ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştikçe tedavi etkin olur, hastaneye plansız geri dönüşünüz azalır ve tekrarlı yatışlarınız önlenmiş olur
- Evde acil durumlar olarak nitelendirdiğimiz durumları yaşadığınızda hissedebileceksiniz. Böylece erken müdahale olasılığı artabilir.
- Sağlığınızı yeniden kazanmak, sağlığınızı korumak, sürdürmek, geliştirmek, tedavinin etkinliği artırmak ve komplikasyon gelişmesini önlemek için kişisel sağlık durumunuza bağlı olarak sizi de bakımınıza katarak verilen bakım ve eğitimler sağlığınız üzerinde otonominizi (kendi kendinize karar vermenizi) artırabilir.

Bu araştırma siz ve yakınlarınız için risk teşkil etmemektedir ve zarar verecek uygulama içermemektedir. Eğitimi almak istemezseniz tıbbi tedavi ve bakımda herhangi sıkıntı yaşamayacaksınız. Eğitimlerde devam zorunluluğu bulunmamaktadır. Verilecek bu eğitim programı için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Eğitim süresinde ve sonunda size herhangi bir ödül verilmeyecektir. Size eğitim veren Eğitim ve Gelişim Hemşiresinin programdan herhangi bir maddi kazancı yoktur.

Eğitim ve Gelişim Uzman Hemşiresi  
Betül ÖZEN (KOCATÜRK)

Söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Hastanın Adı Soyadı ve İmzası**

**Tarih ve Saat**

## AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU)

Bu çalışmanın amacı; koroner arter bypass ameliyatı olmaya karar veren, Acıbadem Kayseri Hastanesi'ne yatan hastaların komplikasyon gelişimi ve hastaneye geri dönüşlerini belirlemektir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüzyüze görüşerek soru formları doldurulacaktır. Hastanın hastanede yattığı sürede tedavi ve bakım süreci takip edilecek, herhangi bir müdahalede bulunulmayacaktır.

Taburculuktan itibaren 30. günde Eğitim Hemşireniz sizi evde ziyaret edecek, genel sağlık durumunuzu değerlendirecek, eğitim gereksinimlerinizi belirleyecek ve gerekirse spontane eğitim verecektir. Yapmadığınız ya da yapamadığınız uygulamaları neden uygulayamadığınızın nedenini araştıracaktır. Sizinle ve varsa yakınınız ile görüşülerek bakımda yaşadığınız tecrübeleriniz, kolaylıklarınız ve zorluklarınız sorgulanacaktır. Bu veriler “ev ziyareti kontrol formu”na kaydedilecektir. Formdaki bilgileriniz özel ve gizlidir. Herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Hastaneye gelmeniz gereken bir durum olduğunu düşünülürse eğitim hemşiresi doktorunuz ile iletişime geçerek ve size gerekçelerini açıklayarak hastaneye gelmenizi önerecektir.

Bu araştırma siz ve yakınlarınız için risk teşkil etmemektedir ve zarar verecek uygulama içermemektedir. Çalışmaya katılmak istemezseniz tıbbi tedavi ve bakımda herhangi sıkıntı yaşamayacaksınız. Sizi takip eden Eğitim ve Gelişim Hemşiresinin bu çalışmadan herhangi bir maddi kazancı yoktur.

Eğitim ve Gelişim Uzman Hemşiresi  
Betül ÖZEN (KOCATÜRK)

Söz konusu çalışmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Hastanın Adı Soyadı ve İmzası**

**Tarih ve Saat**



T.C.  
**ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ**

**TIBBİ ARAŞTIRMALARI DEĞERLENDİRME KOMİSYONU**

SAYI:B.30.2.ACÜ.0.00.00.9000/36

KONU: ATADEK 2010/73

08 Temmuz 2010

Sayın Betül KOCATÜRK

Kayseri Acibadem Hastanesi

Eğitim ve Gelişim Hemşiresi

Hemşire Betül Kocatürk tarafından yürütülecek **"Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olan Hastalarda Planlı Taburculuk Programının Etkililiği"** başlıklı doktora tezinin başvuru dosyası 6 Temmuz 2010 tarihinde Komisyonumuzca incelenmiş, başvuru dosyasında eksikliklerin giderilmiş olduğu görüldüğünden, Komisyonumuzca, tıp etiği açısından uygun olduğuna karar (Karar No: 2010/73) verilmiştir.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)

Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman (Genel Sekreter)

Prof. Dr. Beyazıt Çirakoğlu

Prof. Dr. Ahmet Şahin

Prof. Dr. Alpay Çeliker

Prof. Dr. Aydın Sav

Prof. Dr. Mert Ülgen

Doç. Dr. Nadi Bakırcı

Doç. Dr. İbrahim Ünsal

Doç. Dr. Eser Vardareli

## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı, Soyadı:** Betül ÖZEN

**Uyruğu:** Türkiye (TC)

**Doğum Tarihi ve Yeri:** 27.03.1982, Kayseri

**Medeni Durumu:** Evli

**Tel:** +90 352 437 49 37 \*42 560

**Fax:** +90 352 437 92 81

**e-mail:** betulozen@erciyes.edu.tr

**Yazışma Adresi:** Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 38039 Talas / KAYSERİ

### EĞİTİM

| Derece        | Kurum                                  | Mezuniyet Tarihi |
|---------------|----------------------------------------|------------------|
| Yüksek Lisans | CÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri | 2007             |
| Lisans        | OMÜ Sağlık Yüksek Okulu, Ordu          | 2004             |

### İŞ DENEYİMLERİ

| Yıl         | Kurum                                                                           | Görev                          |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 2010- Halen | Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi<br>Halk Sağlığı Hemşireliği ABD | Öğretim Görevlisi              |
| 2009–2010   | Acıbadem Kayseri Hastanesi                                                      | Eğitim ve Gelişim<br>Hemşiresi |
| 2007–2008   | Erciyes Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu                                 | Öğretim Elemanı                |
| 2006–2007   | Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Göğüs Cerrahi<br>Servis ve Yoğun Bakım        | Hemşire                        |

### YABANCI DİL

İngilizce

## YAYINLAR

1. Demir G, Ünsal A, **Özen B**. Huzurevindeki Yaşlılarda Demans Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri, Sağlığın Geliştirilmesi ve Hemşirelik Sempozyumu, 12-13 Ocak 2012, İstanbul (Poster Bildiri).
2. Yıldırım A, **Özen B**, Zincir A, Büyükçelik A. Determination of Home Care Needs and Quality of Lives of Women With Breast Cancer, Turkey, 14th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology&Infertility, 17–20 Kasım 2011, Paris France (Poster Bildiri).
3. Demir G, Özcan A, **Özen B**. Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 18-22 Ekim 2010, İzmir (Poster Bildiri).
4. **Kocatürk B**. “Üretken Yaşlılığın Yolu Sağlıklı Yaşlanmaktan Geçer”, Acıbadem Hastanesi Hemşirelik Elektronik Dergisi, Mayıs 2010.
5. **Kocatürk B**. Yaşlı Sağlığı Politikaları, Acıbadem Hastanesi Hemşirelik Elektronik Dergisi, Mayıs 2010.
6. Akyüz F, **Özen B**, Türk A, Kılıç A. Hizmet Planlaması İçin Acil Servise Başvuran Hastaların Özellikleri, 12. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Kongresi, 20–24 Ekim 2009, Sivas (Poster Bildiri).
7. Üstüner T, **Özen B**. Hastane Enfeksiyonlarının Önlenmesinde Sağlık Personeline Verilen Eğitimin Bilgi Düzeylerine Etkisi, 12. Ulusal (Uluslararası Katılımlı) Hemşirelik Kongresi, 20–24 Ekim 2009, Sivas (Poster Bildiri).
8. Aydın Avcı İ, Altay B, **Kocatürk B**. Ebe Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesine Yönelik Sağlık İnançları, Meme Sağlığı Dergisi 2008, 4(1): 25-28.
9. **Kocatürk B**, Zincir H, Kaya Z. Yuvada Kalan Çocukların Fiziksel Sorunlarının Belirlenmesi, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-26 Ekim 2007, Denizli (Poster Bildiri).
10. Aydın İ, **Kocatürk B**. Ebelik Öğrencilerinin Kendi Kendine Meme Muayenesi İnançlarının Belirlenmesi, IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 5-6 Mayıs 2005, Ordu (Poster Bildiri).
11. Aydın İ, **Kocatürk B**. Histerektomi Ameliyatı Geçiren Kadınların Depresyon Düzeyleri ve Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Hemşirelik Forumu Dergisi 2005, Mart-Nisan.