# AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARA ÖZ BAKIM MODELİ KULLANILARAK EVDE VERİLEN BAKIMIN ÖZ ETKİLİLİK VE SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ

**Rabia SAĞLAM AKSÜT**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı**
**Doç. Dr. Dilek KILIÇ**

**Doktora Tezi - 2016**

**T.C**
**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

# AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARA ÖZ BAKIM MODELİ KULLANILARAK EVDE VERİLEN BAKIMIN ÖZ ETKİLİLİK VE SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ

**Rabia SAĞLAM AKSÜT**

**Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı**
**Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı**
**Doç. Dr. Dilek KILIÇ**

**ERZURUM**
**2016**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

# AÇIK KALP AMELİYATI OLAN HASTALARA ÖZ BAKIM MODELİ KULLANILARAK EVDE VERİLEN BAKIMIN ÖZ ETKİLİLİK VE SEMPTOM YÖNETİMİNE ETKİSİ

**Rabia SAĞLAM AKSÜT**

**Tez Savunma Tarihi** : 18.07.2016

**Tez Danışmanı** : Doç. Dr. Dilek KILIÇ (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Nadiye ÖZER (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM (Akdeniz Üniversitesi)

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Nuran GÜLER (Cumhuriyet Üniversitesi)

**Onay**

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

**Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM**
Enstitü Müdürü

**Doktora Tezi**
**ERZURUM - 2016**

# İÇİNDEKİLER

**TEŞEKKÜR** ..... **V**

**ÖZET** ..... **VI**

**ABSTRACT** ..... **VII**

**SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ** ..... **VIII**

**ŞEKİLLER DİZİNİ** ..... **IX**

**TABLOLAR DİZİNİ** ..... **XI**

**1. GİRİŞ** ..... **1**

**2. GENEL BİLGİLER** ..... **6**

2.1. Koroner Arter Hastalıkları ve Epidemiyolojisi ..... 6

2.2. Kalp Kapağı Hastalıkları ..... 6

2.2.1. Mitral Darlık ..... 8

2.2.2. Mitral Yetmezlik ..... 8

2.2.3. Aort Darlık ..... 8

2.2.4. Aort Yetmezliği ..... 8

2.2.5. Triküspit Darlık ..... 9

2.2.6. Triküspit Yetmezlik ..... 9

2.3. Kalp Tümörleri ..... 9

2.4. Kalp Travmaları ..... 9

2.5. Açık Kalp Ameliyatı ..... 10

2.5.1. Koroner Arter Bypass Greft ..... 11

2.5.2. Kalp Kapağı Tamiri ve Replasmanı ..... 12

2.6. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ..... 13

2.7. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Görülebilecek Semptomlar ve Semptom Yönetimi .. 17

2.8. Orem'in Öz Bakım Modeli ..... 20
2.8.1. Öz Bakım Kuramı ..... 23
2.8.2. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı ..... 24
2.8.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı ..... 25
2.9. Öz Etkililik ..... 26
2.9.1. Kişisel Deneyimler ..... 28
2.9.2. Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar ..... 28
2.9.3. Sosyal Onay ..... 29
2.9.4. Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu ..... 29
2.10. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Öz Bakım, Öz Etkililik ve Semptom Yönetimi ile İlgili Literatür İncelemesi ..... 30
**3. MATERYAL ve METOT ..... 35**
3.1. Araştırmanın Şekli ..... 35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri ..... 35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi ..... 35
3.4. Veri Toplama Araçları ..... 36
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu ..... 36
3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu ..... 37
3.4.3. Semptom Kontrol Listesi ..... 38
3.5. Veri Toplama Yöntemi ..... 39
3.5.1. Ön Test Verilerinin Toplanması ..... 39
3.5.2. Ara Test Verilerinin Toplanması ..... 39
3.5.3. Son Test Verilerinin Toplanması ..... 40
3.6. Araştırmanın Değişkenleri ..... 40
3.7. Hemşirelik Girişimi ..... 40

3.7.1. Eğitim ..... 41
3.7.2. Bakım ..... 43
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi ..... 44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ..... 45
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu ..... 45
**4. BULGULAR ..... 47**
**5. TARTIŞMA ..... 73**
**6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER ..... 84**
**KAYNAKLAR ..... 86**
**EKLER ..... 100**
**EK-1. ÖZGEÇMİŞ ..... 100**
**EK-2. HASTA TANITIM FORMU ..... 101**
**EK-3. BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KALP CERRAHİSİ VERSİYONU ..... 103**
**EK-4. SEMPTOM KONTROL LİSTESİ ..... 105**
**EK-5. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (GİRİŞİM GRUBU) ..... 107**
**EK-6. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU) ..... 109**
**EK-7. EĞİTİM KİTAPÇIĞI ..... 110**
**EK-8. EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ KURSU KURS KATILIM BELGESİ ..... 136**
**EK-9. DR. JEAN WATSON İNSAN BAKIM BİLİMİ VE POST MODERN HEMŞİRELİK KURSU KURS KATILIM BELGESİ ..... 137**
**EK-10. GİRİŞİM GRUBUNDAKİ HASTALARIN TELEFONLA REHBERLİK ALMA NEDENLERİ, MÜDAHALE VE MÜDAHALE SONUÇLARI ..... 138**
**EK-11. OREM'İN ÖZ BAKIM MODELİNE GÖRE HAZIRLANMIŞ HASTA İZLEM FORMU ..... 140**

**EK-12. ETİK KURUL ONAY FORMU ..... 141**

**EK-13. BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ ÖLÇEĞİ: KARDİYAK CERRAHİ VERSİYONU İÇİN İZİN BELGESİ ..... 142**

# TEŞEKKÜR

Hayatımın dönüm noktalarında ve bu çalışmanın her aşamasında desteğini, ilgisini ve sabrını esirgemeyen, beni her konuda yüreklendiren ve yolumu aydınlatan tez danışmanım ve çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez izleme komitesinde yer alarak bilgisi, tecrübesi ve anlayışı ile beni her daim destekleyen çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nadiye ÖZER'e ve tezimin her aşamasında tez izlem komitesinde olduğu kadar istatistiksel analizlerde de bana destek olan, emeğini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli hocam Sayın Doç.Dr. Cantürk ÇAPIK'a teşekkürlerimi sunuyorum. Yürüdüğüm bu yolda her zaman elimden tutan, bana her daim sevgisini hissettiren, bu çalışmanın ortaya çıkmasında sadece eşim olarak değil, bir hekim olarak ta beni daima destekleyen ve hastalarımla aramdaki o güzel bağın kurulmasında emeği olan sevgili eşim Op. Dr. Mehmet AKSÜT'e yürekten teşekkür ediyorum. Lisans hayatımdan bu yana örnek aldığım, beni her haliyle, tavrıyla kendisine hayran bırakan, tez savunma sınavıma gelerek beni onurlandıran çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM'e teşekkürlerimi sunuyorum. Yüksek lisans eğitimimde tanıştığım, öz verisi, anlayışı ve sabrıyla bana çok değerli katkılar sağlayan ve tez savunma sınavıma gelerek beni onurlandıran çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nuran GÜLER'e teşekkürlerimi sunuyorum. Tüm hayatım boyunca her zaman arkamda duran, kelimelerle anlatamayacağım kadar çok sevdiğim canım anneciğime ve canım aileme çok teşekkür ediyorum. Ayrıca, bana sıcacık evlerini açan tüm hastalarıma, bana her zaman sonsuz anlayış gösteren Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü ve çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU'na, Yrd. Doç. Dr. Seher YURT'a, Yrd. Doç. Dr. Şenay ÖZTÜRK'e, canım Emel ERNALBANT'a, Esra KÜÇÜK'e ve bu süreçte yanımda olan tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ediyorum.

# ÖZET

## Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Öz Bakım Modeli Kullanılarak Evde Verilen Bakımın Öz Etkililik ve Semptom Yönetimine Etkisi

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı, açık kalp ameliyatı olan hastalara öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakımın öz etkililik ve semptom yönetimine etkisini belirlemektir.

**Materyal ve Metot:** Araştırma, Ocak-2015-Haziran 2016 tarihleri arasında ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir çalışma olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında Erzincan il merkezinde bulunan on beş farklı aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan ve açık kalp ameliyatı olan bireyler oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 30 girişim, 30 kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında, Hasta Tanıtım Formu, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kalp Cerrahisi Versiyonu ve Semptom Kontrol Listesi kullanıldı. Araştırmada girişim grubundaki hastalara taburculuğu izleyen ilk altı hafta boyunca toplam yedi ev ziyareti ve telefonla rehberlik hizmeti verildi. Bu ev ziyaretleri sırasında hastalara öz bakım modeline göre hazırlanmış eğitim ve bakım verildi. Kontrol grubundaki hastalara herhangi bir girişim uygulanmadı. Son test verileri her iki grupta da taburculuğun sekizinci haftasında toplandı. Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programında ortalama, standart sapma, yüzdelik, ki kare, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Friedman tesi ve Wilcoxon testi kullanılarak yapıldı.

**Bulgular:** Araştırmada girişim grubundaki hastaların Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği son test puan ortalamalarının kontrol grubundaki hastalara göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$) ve kontrol grubundaki hastaların semptomlarının taburculuğun sekizinci haftasında da devam ettiği ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca, kontrol grubundaki hastaların %46.7'si, girişim grubundaki hastaların ise %23.3'ü taburcu olduktan sonra yaşadıkları sorunlar nedeniyle hastaneye geri dönüş yapmıştır.

**Sonuç:** Bu araştırmadan elde edilen bulgular; açık kalp ameliyatı olan hastalara Orem'in öz bakım modeli kullanılarak evde verilen eğitim ve bakımın hastaların semptomlarını azalttığı ve öz etkililiklerini artırdığını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Açık Kalp Ameliyatı, Evde Bakım, Ev Ziyareti, Hemşirelik, Öz Bakım, Öz Etkililik, Semptom Yönetimi

# ABSTRACT

## The Effect of Home Care Given to Patients who had Open Heart Surgery using the Self-Care Model on Self-Efficacy and Symptom Management

**Objective:** To determine the effect of home care given to patients who had open heart surgery using the self-care model on self-efficacy and symptom management.

**Materials and Methods:** This experimental study with pretest-posttest and a control group was carried out between January 2015 and June 2016. The study population consisted of individuals who lived in the vicinities of fifteen different family healthcare centers in the province of Erzincan and who had an open heart surgery between January and December 2015. The study sample consisted of 60 patients, 30 in the interventional group and 30 in the control group, who met the inclusion criteria. The data were collected using a Patient Description Form, the Barnason Efficacy Expectation Scale - Cardiac Surgery Version and a Symptom Checklist. The patients in the interventional group were paid seven home visits and were allowed phone guidance throughout the first six weeks following their discharge. During these home visits, the patients were given education and care prepared in line with the self-care model. No intervention was attempted for the patients in the control group. The posttest data were collected from both groups in the eighth week of discharge. The data were analyzed using means, standard deviations, percentiles and the chi-square test, and in independent groups using the t-test, Mann Whitney U test, Friedman test and Wilcoxon test on the SPSS 15.0 package program.

**Results:** The mean posttest Barnason Efficacy Expectation Scale score of the patients in the interventional group was found higher than that of the patients in the control group ($p<0.05$) and the difference between the two groups was statistically significant ($p<0.05$). Besides, %46.7 of the patients in the control group returned back to the hospital while %23.3 of the patients in the interventional group had readmissions because of their health problems.

**Conclusion:** The results obtained from this study showed that the home-based education and care given to the patients who had an open heart surgery using Orem's self-care model decreased the symptoms of patients and improved their self-efficacy.



**Keywords:** Home Care, Home Visit, Nursing, Open Heart Surgery, Self Care, Self-Efficacy, Symptom Management

# SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**ASM** : Aile Sağlığı Merkezi

**BEBÖ** : Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği: Kardiyak Cerrahi Versiyonu

**BKİ** : Beden Kitle İndeksi

**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü

**EKS** : Ekstra Korporeal Sirkülasyon

**KABG** : Koroner Arter Bypass Greft

**KAH** : Koroner Arter Hastalığı

**KKH** : Koroner Kalp Hastalıkları

**KPB** : Kardiyo Pulmoner Bypass

**PDA** : Patent Duktus Arteriosus

**TUİK** : Türkiye İstatistik Kurumu

**NANDA** : Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği

# ŞEKİLLER DİZİNİ

**Şekil No** **Sayfa No**

**Şekil 3.1.** Araştırmanın Yürütüldüğü Bölgeler ..... 35

**Şekil 3.2.** Araştırma Planı ..... 46

**Şekil 4.1.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Nefes Darlığı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 58

**Şekil 4.2.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çarpıntı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 59

**Şekil 4.3.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ateş Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 59

**Şekil 4.4.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Alt Ekstremitelerde Ödem Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 60

**Şekil 4.5.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yorgunluk ve Halsizlik Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 61

**Şekil 4.6.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uykusuzluk Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 61

**Şekil 4.7.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların İştah Problemleri Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 63

**Şekil 4.8.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Bölgesinde Ağrı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 63

**Şekil 4.9.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Bölgesinde Akıntı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 64

**Şekil 4.10.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların KonstipasyonYönünden Grup İçi Karşılaştırılması ..... 64

**Şekil 4.11.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması..... 67

**Şekil 4.12.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz Bakım Yönetimi Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması..... 67

**Şekil 4.13.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Diyet Modifikasyonu Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması ..... 68

**Şekil 4.14.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Fonksiyon Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması ..... 69

**Şekil 4.15.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması ..... 69

**Şekil 4.16.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması ..... 70

# TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo No** **Sayfa No**

**Tablo 3.1.** Orem'in Öz Bakım Modeline Göre Hazırlanmış Eğitim Konuları, Süreleri, Öğretim Yöntemleri ve Materyaller ..... 42

**Tablo 4.1.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması ..... 47

**Tablo 4.2.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tıbbi Öykülerinin ve Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması ..... 49

**Tablo 4.3.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 50

**Tablo 4.4.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... .51

**Tablo 4.5.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (1. Ziyaret) ..... 51

**Tablo 4.6.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (1. Ziyaret) ..... 52

**Tablo 4.7.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (2. Ziyaret) ..... 53

**Tablo 4.8.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (2. Ziyaret) ..... 54

**Tablo 4.9.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (3. Ziyaret) ..... 54

**Tablo No** **Sayfa No**

**Tablo 4.10.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (3. Ziyaret) ..... 55

**Tablo 4.11.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ..... 56

**Tablo 4.12.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... .56

**Tablo 4.13.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması ..... .57

**Tablo 4.13.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (Devam)..... .62

**Tablo 4.14.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Alt Ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması ..... .66

**Tablo 4.15.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneye Geri Dönüş Durumları..... .71

**Tablo 4.16.** Girişim Grubundaki Hastaların Orem'in Öz Bakım Modeli ile Kesişen NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı ..... .72

# 1. GİRİŞ

Kalp ve damar hastalıkları küresel ölçekte bir numaralı ölüm sebebidir ve 2012 yılında tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin yüzde 46.2'si (17.5 milyon) kalp ve damar hastalıkları nedeniyle meydana gelmiştir. Bu ölümlerin 7.4 milyonu kalp krizlerine, 6.7 milyonu ise inmelere bağlıdır. Kalp ve damar hastalıklarına bağlı ölümler, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı 70 yaş altı ölümlerin yüzde 37'sinden sorumludur ve bu ölümlerin 2030 yılında artarak 22.2 milyon olacağı tahmin edilmektedir[1].

Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) ölüm verileri, kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin toplam ölümler içinde gittikçe daha da artmakta olduğunu göstermektedir. Kalp hastalıklarına bağlı ölümler, 2009'da %40, 2013'te %39.6, 2014'te %40.4 ile tüm ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almıştır[2,3]. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasında, tanı konmuş koroner kalp hastalığı sıklığının erkeklerde %3.8, kadınlarda %2.3 olduğu ve akut miyokard enfarktüsü öyküsünün erkeklerde %2.3, kadınlarda %1.1 olduğu belirlenmiştir[4].

Açık kalp ameliyatı kardiyovasküler hastalığı tedavi etmede yaygın olarak kullanılan bir tedavi yöntemidir[5(s.139)]. Tüm dünyada ortalama yıllık her bin kişiden biri açık kalp ameliyatı geçirmektedir[6]. Açık kalp ameliyatı yaşamsal komplikasyonların gelişebildiği major bir ameliyattır ve komplikasyonlar genellikle ilk altı hafta içinde görülmektedir[7].

Bu ameliyat yöntemi avantajlı olmasına rağmen, hastaların taburculuk sonrası öz bakım yeteneklerinde azalmaya yol açmakta ve bireyin fiziksel ve psikolojik işlevselliğinde değişikliklere neden olmaktadır[6]. Açık kalp ameliyatı sonrası yaşanan komplikasyonlar üzerine yapılan çalışmalar hastaların göğsünde ya da bacaklarında ağrı, yara enfeksiyonu, insizyona bağlı bacak ödemi, kollarda uyuşma, dispne, aritmi,

konstipasyon, mide bulantısı, kusma, iştah kaybı, kilo kaybı, uyku bozukluğu, yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, bilişsel problemler, psikososyal uyumda ve seksüel aktivitede azalma gibi bir dizi semptom yaşadıklarını göstermekte ve bu sorunlar hastaların öz bakımlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir[8-10].

Açık kalp ameliyatı geçiren hastaların taburcu edildikten sonra; besin ve sıvı alımını izleme, banyo, giyinme ve hareket gibi aktivite değişikliklerini değerlendirebilme, karışık ilaç tedavilerinin yönetimi, ağrı, nefes darlığı, yorgunluk, ödem, yara ve gastrointestinal sisteme ilişkin semptomları erken tanıma ve belirtilere erken cevap verme gibi öz bakım sorumluluklarını almaları beklenmektedir[11]. Koroner Arter Bypass Greft (KABG) ameliyatı olan hastalarla yapılan bir araştırmada, hastaların ev ortamında öz bakımlarını gerçekleştirmede yeterli olabilmeleri için yakınlarının yardımına, iyi bir danışmanlık hizmetine ve destekleyici hizmetlere ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada bakım sürecine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen hastaların öz bakımlarının daha iyi olduğu saptanmıştır[9]. KABG ameliyatı olan hastalarla yapılan başka bir araştırmada, telefonla danışmanlık hizmeti ve ev ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası dönemde; doğru solunum egzersizi yapmalarını, sigarayı bırakmalarını, düzenli egzersiz yapmalarını, diyete 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 ve hastaneye plansız geri dönüşlerin azalmasını sağladığı belirlenmiştir[12]. Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bir çalışmada ise, hastalara verilen öz bakım eğitiminin fiziksel aktivite ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar üzerinde hastaların öz etkililiğini artırdığı belirlenmiştir[13].

Literatürde öz etkililiği yüksek olan bireylerin sağlıkla ilgili davranışları geliştirebilmek ve öz bakımını gerçekleştirebilmek için daha fazla çaba harcadığı ve bir

engelle karşılaştığında daha uzun süre mücadele edebildikleri belirtilmektedir[14-15]. Yapılan bir araştırmada, açık kalp ameliyatı geçiren hastalara evde verilen kardiyak rehabilitasyon hizmetlerinin hastaların öz etkililikleri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu bildirilmiştir[16].

Açık kalp ameliyatı geçiren bir hasta genellikle ortalama 5-7. günde hastaneden taburcu edilmektedir. Taburcu olan hastanın iyileşmesi tamamlanmamıştır ve semptomların (yorgunluk, uykusuzluk, insizyon bölgesinde ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem gibi) sıklıkla taburculuk sonrası 1-3. haftada yaşandığı ve bu sorunların ameliyattan sonraki ilk 6-8. haftada iyileştiği araştırmacılar tarafından belirtilmektedir[7,17-18]. Hastanede yatış süresinin kısa olması hastaların ameliyat sonrası dönemde evde yaşayabilecekleri semptomlar ve dikkat etmesi gerekenlerle ilgili eğitimin zamanını sınırlandırmaktadır[17-19]. Bu nedenle hemşireler, açık kalp ameliyatından sonra semptom yönetimi ve hastaları değerlendirmeye ilişkin bakımı evde sağlayabilirler. Yaygın semptomlar ve bu semptomların yönetimi hastalara post operatif eğitim yoluyla sağlanır. Ayrıca, ağrı yönetimi, anksiyetenin azaltılması ve egzersiz gibi konulara ilişkin girişimler de semptom yönetimi için sıklıkla kullanılan hemşirelik girişimleridir[19]. Telefon yoluyla hastaların semptomlarının izlendiği bazı çalışmalarda, ev temelli semptom yönetiminin fiziksel aktivite düzeyini yükselttiği, tekrarlı kardiyak olayları, yorgunluk, depresyon, uyku problemleri, ağrı ve sağlık bakım harcamalarını azalttığı bildirilmektedir[20-22].

Bireylerin kalp hastalıklarından korunmasında, hastalık gelişmesi durumunda ise tedavilerine, özellikle açık kalp ameliyatı gibi cerrahi girişim sonrası değişen yaşam şekli ve sağlık davranışlarına uyumunda hemşireler önemli bir role sahiptir[23]. Sağlığı geliştirici davranışların kazanılması ve sürdürülmesi için bireyin güçlendirilmesi ve öz etkililiği geliştirecek hemşirelik bakımının planlanması da hemşirenin sorumlulukları

arasındadır[24]. Açık kalp ameliyatı geçiren hastalara verilen hemşirelik bakımının amacı, hastaların sağlığını koruyup geliştirirken mümkün olduğunca kısa bir sürede ihtiyaçlarını karşılamak, öz bakımlarını gerçekleştirebilmelerini sağlamak ve günlük yaşam aktivitelerini kendi kendilerine yapabilene kadar onlara yardım etmektir[25]. Açık kalp ameliyatı sonrası hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim, taburculuk sonrası danışmanlık hizmetleri ve evde bakım hizmetleri taburculuktan sonra yaşanan problemleri azaltmada önemli bir rol oynayabilir[26-27].

Yapılan çalışmalarda, açık kalp ameliyatı olan hastaların yaşadığı sorunların erken saptanması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için ev ortamında etkili bakım verilmesi gerektiği bildirilmektedir[7-9,12,28(s.95-97)]. Fakat, açık kalp ameliyatı olan bireylere ev ziyareti yoluyla ve bir model çerçevesinde verilen evde bakımın hastaların öz etkililik ve semptom yönetimine etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Orem'in öz bakım kuramı temelli yürütülen bu çalışmanın, açık kalp ameliyatı olan bireylerde öz etkililiği yükselteceği, ameliyat sonrası görülen semptomları ve hastaneye geri dönüşleri azaltacağı ve ameliyat sonrası dönemde hastalara yönelik sağlık hizmetlerinin planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalara öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakımın öz etkililik ve semptom yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaca yönelik araştırma hipotezleri şöyledir;

1- $H_1$: Açık kalp ameliyatı olan hastalara Orem'in öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakım kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastaların semptomlarını azaltır.
2- $H_1$**:** Açık kalp ameliyatı olan hastalara Orem'in öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakım kontrol grubuna göre girişim grubundaki hastaların öz etkililiğini artırır.

Ayrıca bu araştırmada; “Girişim grubundaki hastalara verilen hemşirelik bakımı hastaneye geri dönüşleri kontrol grubuna göre azalttı mı?” sorusunun cevabı aranmıştır.

# 2. GENEL BİLGİLER

Kalbin cerrahi girişim gerektiren hastalıkları koroner arter hastalıkları (KAH), kalp kapağı hastalıkları, kalp tümörleri ve kalp travmaları olarak sıralanabilir[29].

## 2.1. Koroner Arter Hastalıkları ve Epidemiyolojisi

KAH, kalbi besleyen koroner arterlerin, beslediği bölgelere yeterli kanı taşıyamaması sonucu oluşan iskemiye veya koroner arterlerdeki ateroskleroza bağlı olarak gelişen hastalıklardır. KAH aynı zamanda koroner kalp hastalıkları (KKH) olarak ta isimlendirilmektedir[5(s.267)].

Koroner arter hastalıklarının oluşmasında rol oynayan bazı risk faktörleri vardır ve bu risk faktörlerinin bazıları kontrol edilebilirken bazılarının kontrol altına alınması mümkün olmamaktadır. Kontrol edilemeyen risk faktörleri; aile öyküsü/genetik yatkınlık (birinci derece akrabalardan erkekte 55, kadında 65 yaşından önce koroner arter hastalığı bulunması), yaş (erkeklerde ≥45, kadınlarda ≥55) ve cinsiyettir. Kontrol edilebilen risk faktörleri ise; sigara/alkol kullanımı, kan basıncı yüksekliği (140/90 mmHg üzeri), diyabetes mellitüs (DM), HDL kolesterol değerinin düşük (45 mg/dl altı), LDL kolesterol değerinin yüksek (130 mg/dl üzeri) olması, total kolesterol (200mg/dl üzeri), dengesiz diyet, şişmanlık/obezite, stres, düzenli egzersiz yapılmaması ve hareketsiz yaşamdır[29-32].

KAH, sıklıkla ameliyat gerektiren bir durumdur. Koroner kalp hastalıklarının tedavisinde ilaçla tedaviden çok, cerrahi girişimin daha etkin olduğu bildirilmektedir[32,33].

## 2.2. Kalp Kapağı Hastalıkları

Kalpte dört kalp kapağı bulunmaktadır ve sağlıklı/normal kalp kapakları, kanın kalp içinde akışını kolaylaştırır. Bu kapaklar; vücudun alt ve üst bölümlerinden gelerek sağ atriumda toplanan kanın kalbin gevşemesi sırasında sağ atriumdan sağ ventriküle

geçmesine izin veren ancak kasılma sırasında sağ ventrikülden sağ atriuma kanın geri kaçmasını önleyen ve üç yaprakçıktan oluşan "triküspit kapak", kalbin kasılması sırasında sağ ventrikülden pompalanan kanın pulmoner artere geçişine izin veren fakat gevşeme sırasında sağ ventriküle geri kaçmasını önleyen "pulmoner kapak", pulmoner arter aracılığıyla akciğerlere giden, burada oksijenlenen ve karbondioksitten temizlenerek pulmoner venler yoluyla sol atriuma dönen kanın, kalbin gevşemesi sırasında sol atriumdan sol ventriküle geçişine izin veren fakat kasılma sırasında sol atriuma geri kaçmasına engel olan iki yapraklı "mitral kapak", kalbin kasılması sırasında sol ventrikülden pompalanan kanın vücuda dağılmak üzere aortaya geçişine izin veren fakat gevşeme sırasında sol ventriküle geri kaçmasını önleyen "aort kapağı" olarak adlandırılırlar[34]. Kapak hastalıklarının oluşmasında genetik faktörler, travmalar, kimyasal ve enfeksiyöz ajanlar gibi bazı faktörler rol oynayabilir. Romatizmal kapak hastalığı en sık mitral kapağı etkilemekle birlikte aort kapağını ve triküspit kapağı da etkileyen bir hastalıktır. Pulmoner kapak ise romatizmal süreçlerden en az etkilenen kapaktır[35(s.1-2)].

Kalp kapak hastalıkları geri kalmış ya da gelişmekte olan ülkelerde, Beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının yeterli tedavi edilmemesine bağlı sekonder olarak gelişmekte olup görülme oranı oldukça yüksektir. Nkomo ve ark.[36] tarafından yapılan bir çalışmada, kapak hastalıklarının görülme sıklığında cinsiyet farkı olmamakla beraber, belirtilerin kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görüldüğü, 75 yaş üzerindeki kişilerde kalp kapağı hastalıklarının diğer yaşlara oranla yaklaşık 15 kat arttığı görülmüştür.

Mitral ve aortik kapak darlığı ya da yetmezlikleri en sık görülen kapak hastalıklarıdır. Triküspit ve pulmoner kapaklarda darlık ve yetmezlik ise daha az

görülen kapak hastalıklarıdır. Kalp kapak hastalıkları tedavi edilmemesi durumunda kalp yetmezliğine neden olur[35(s.7-27)].

### 2.2.1. Mitral Darlık

Erişkinlerde mitral kapak alanı 4-6 $cm^2$ kadardır. Bu alanın diastolde sol atriumdaki kanın tamamının sol ventriküle rahatlıkla akamayacak derecede daralmasına mitral darlık denir. Mitral darlığın sebebi genellikle romatizmal ateştir[37].

### 2.2.2. Mitral Yetmezlik

Mitral kapağın tam kapanamaması sonucu sistol sırasında kanın sol ventrikülden sol atriyuma geri kaçmasıdır[35(s.37)]. Mitral yetmezlik, romatizmal kalp hastalıkları, konjenital anomaliler, enfektif endokardit, aort kapağı hastalıkları, myokard infarktüsünden sonra papiller kas rüptürü ve mitral kapak prolapsusu nedeniyle de gelişebilir. Tıbbi ve cerrahi yöntemlerle tedavi edilebilir. Cerrahi tedavi olarak, açık kalp cerrahisi yöntemi ile mitral kapak değişimi ya da valvuloplasti yapılır[38].

### 2.2.3. Aort Darlık

Sol ventrikül kasılmasında kanın, aortaya rahatça gönderilememesidir. Aort darlığı konjenital, romatizmal, atheroskleroz ve bakteriyel endokardit kaynaklı olabilir. Tedavisinde ise aort kapağı değiştirilir[35(s.116-117)].

### 2.2.4. Aort Yetmezliği

Aortaya atılan kanın bir kısmının, aort kapağının tam olarak kapanamaması nedeniyle ventrikül diastolü sırasında sol ventriküle geri dönmesidir. Aort yetmezliğine; romatizmal endokardit, marfan sendromu, sifiliz, aort kapağı rüptürü, asenden aort anevrizması, aort kökünün hipertansif atherosklerotik dilatasyonu gibi durumlar neden olabilir. Aort yetmezliğinde tıbbi tedavi çoğunlukla yetersiz kalır. Cerrahi tedavi olarak valvuloplasti yapılabilse de, genellikle kapak değişimi yapılarak aort yetmezliği ortadan

kaldırılır[39]. Künt göğüs travmalarından sonra gelişen en sık kapak lezyonu aort yetmezliğidir[35(s.153)].

### 2.2.5. Triküspit Darlık

Triküspit darlık diğer kapak hastalıklarına oranla daha az görülür. En iyi bilinen nedeni romatizmal kalp hastalıklarıdır[35(s.207)].

### 2.2.6. Triküspit Yetmezlik

Triküspit kapağın tam kapanamaması sonucu sistolde kanın sağ ventrikülden sağ atriyuma geri kaçmasıdır. Triküspit yetmezliğin nedenleri arasında sağ ventrikül dilatasyonu, konjenital anomaliler, mitral darlık, pulmoner hipertansiyon, bakteriyel endokardit, travma, karsinoma ve sağ ventriküle yerleştirilen piller sayılabilir. Triküspit yetmezliğinin tedavisinde tıbbi tedavinin yanı sıra kapağın durumuna göre annuloplasti, valvuloplasti ya da kapak değişimi yapılmaktadır[35(s.217-228)].

## 2.3. Kalp Tümörleri

Yaklaşık % 80'i otopsiler sırasında saptanan kalp tümörleri kalbin nadir görülen hastalığıdır. Kalp tümörleri primer ve sekonder olarak sınıflandırılır ve metastatik olanları primer tümörlerden üç kat daha fazla görülür. Kalp tümörlerinin bening ve malign olanları vardır. Miksomalar, fibroma, rhabdomiyoma kalbin bening tümörleri; anjiyosarkom, rhabdomiyosarkom ise kalbin malign tümörleridir[5(s.1065-1066)].

## 2.4. Kalp Travmaları

Kalp travmaları künt ya da penetran (delici-kesici) yaralanmalara bağlı olarak meydana gelir. Künt göğüs travmaları sonucunda kalbin yaralanma oranı %10-15'tir. Künt travmalar sonucu kalbin duvarında rüptür oluşursa akut tamponad bulguları (sistolik basınçta düşme, diyastolik basınç ve venöz basınçta yükselme, kalp seslerinin derinden gelmesi gibi) ortaya çıkar ve acil cerrahi girişimlerle yırtık tamiri yapılır. Delici-kesici aletle meydana gelen kalp yaralanmalarından hemen sonra genellikle ani

ölüm görülmektedir. Hastaların ancak % 15-20'si hastaneye ulaşabilmektedir. Penetran yaralanmalarda akut kalp tamponadı, hemorajik şok görülür ve müdahale edilmezse hasta kaybedilebilir. Hızlı tanı ve acil cerrahi, kritik hastaların hayatını kurtarmada önemli bir role sahiptir. Hızlı transport, uygun resüsitasyon ve acil operasyon kalp travmalarında mortalite ve morbidite oranlarını yüksek oranda düşürebilir[5(s.1017-1034)].

### 2.5. Açık Kalp Ameliyatı

Anestezi ve tanı yöntemlerindeki ilerlemeler ve 19. yüzyılın sonları ile 20. yüzyılın ilk yarısında bilim ve teknolojideki gelişmeler kalp cerrahisinin hızla gelişmesinde büyük rol oynamıştır[40]. Modern kalp cerrahisi, 1938 yılında Gross'un başarılı Patent Duktus Arteriosus (PDA) ligasyonu ile başlamıştır. Türkiye'de ise modern kalp cerrahisinin ilk adımları 1953 yılında kapalı mitral komissurotomi ile başlamıştır. Türkiye'de ilk kalp nakli 1968'de Dr. Kemal Beyazıt ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. 1974 yılı Şubat ayında ülkemizdeki ilk koroner bypass ameliyatı Dr. Aytaç tarafından, safen ven kullanılarak başarıyla gerçekleştirilmiştir[40,41].

Kalp cerrahisi, kalp kapaklarına yönelik girişimleri, konjenital lezyonların ve patolojilerin onarımını, koroner damarlara greft uygulanmasını (KABG) ve kalp transplantasyonunu içermektedir[42]. Açık kalp ameliyatı, kalp hastalıklarının cerrahi yöntemle tedavisinde kullanılan, hastada geçici kardiyak arrestin oluşturulduğu, myokardı koruma uygulamalarının ve kardiyo pulmoner bypass (KPB) tekniklerinin kullanıldığı ameliyat şeklidir[43].

Açık kalp cerrahisi ilk başladığı günlerden bu yana sürekli gelişme göstermektedir ve daha önceleri mortalite oranı daha düşük risk grubundaki hastalar ameliyat edilebilirken, günümüzde ek hastalıkları olan, mortalitesi daha yüksek hastalar KPB tekniği ile rahatlıkla ameliyat edilebilmektedir[44]. Kalp hastalıklarının cerrahi girişimleri açık ve kapalı kalp ameliyatı olmak üzere iki türde yapılmaktadır. Kapalı

kalp ameliyatı ekstra korporeal sirkülasyon (EKS) cihazı olmaksızın yapılmakta, açık kalp ameliyatı ise kardiyopulmoner bypass tekniği ile KPB cihazı kullanılarak yapılmaktadır. KPB cihazı kanın oksijenlenmesini ve dolaşımın mekanik olarak sürdürülmesini sağlar. KPB kullanımı, kalp cerrahisinin diğer cerrahi girişimlerden farklı olmasını sağlar ve hastalarda ameliyat sonrasında diğer cerrahi girişimlerden farklı komplikasyonlar görülmesine sebep olur. Kalp, beyin ve diğer organlara giden kan akımının azalmasından dolayı ameliyat sonrasında organ işlev bozuklukları görülebilir[45].

Açık kalp ameliyatları, koroner arter bypass greft, kapak replasmanı, kalp transplantasyonu ve konjenital kalp ameliyatları şeklinde yapılmaktadır.

### 2.5.1. Koroner Arter Bypass Greft

KABG ameliyatı, koroner arterin daralan bölümü nedeniyle kanlanamayan myokardın arter ve ven greftler kullanılarak beslenmesi ve oksijenlenmenin sağlanması amacıyla yapılır. KABG ameliyatı için kullanılan en yaygın yaklaşım median sternotomi insizyonudur. Perikardium açıldıktan sonra kalp ve aortaya ulaşılır ve hasta kardiyopulmoner bypass için hazır hale getirilir. Ameliyat esnasında kalbin boş ve çalışmıyor olması gerekmektedir. Bu amaçla kardiyopulmoner bypass makinesi kullanılır. Hastadan venöz kan, venöz kanül yoluyla kardiyotomi rezervuarına akar ve oksijenatör içinde oksijen ve karbondioksit değişimi olur. Kan sonra ısı değiştiriciye gelir burada öncelikli olarak soğutulur, sonra yeniden ısıtılır. Ameliyat esnasında kan pompa yoluyla normal kalp fonksiyonu olmayan non pulsatif akımın oluştuğu dolaşıma gönderilir. Bu işlem yoluyla %75-80'den daha fazla daralmış koroner arterin arkasından kan akımı sağlanarak myokardiumun distalindeki daralmış alana kan gönderilir ve iskemi düzeltilir[5(s.773-781)]. KABG ameliyatı ile hastada iskemiye bağlı semptomlar

giderilir, myokard infarktüsü, ani ölüm gibi komplikasyonlar önlenir ve ağrı olmaksızın hastanın günlük yaşamını sürdürmesi sağlanır[46].

### 2.5.2. Kalp Kapağı Tamiri ve Replasmanı

Kalp kapağı hastalıklarında uygulanan cerrahi tedavi, kapağın tamiri ya da değiştirilmesini (replasman) içermektedir. Kalp kapaklarının cerrahi olarak tamiri, annuloplasti, kommissurotomi, kordoplasti, yaprakçık onarımı, balon valvuloplasti gibi çeşitli tekniklerle yapılmaktadır. Kalp kapağı onarımı ameliyatlarının replasman ameliyatına göre çeşitli üstünlükleri vardır. Bunlar; tamir edilen kapakların değiştirilen kapaklara göre uzun süre işlevselliğini koruması, sürekli antikoagulan ilaç kullanımı gerektirmemesi ve bazı onarım ameliyatlarında kalp-akciğer pompasına gereksinim duyulmamasıdır[35(s.104-112)].

Kalp kapağı replasmanı, sık olarak uygulanan cerrahi işlemlerden biridir ve işlem sırasında tamir edilemeyecek derecede bozulan kalp kapağının açık kalp ameliyatı ile çıkarılarak yerine biyolojik veya mekanik kalp kapağı yerleştirilir. Kalp kapağı replasmanında çeşitli protez kalp kapakları kullanılmaktadır. Kapak protezleri, uygun hasta grubunda semptomları azaltmakta ve yaşam süresini önemli ölçüde uzatmaktadır. Bu amaçla mekanik ve biyolojik kapaklar kullanılmaktadır. Her kapak protez tipinin kendine özgü avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır[5(s.721-728)]. Kapak seçiminde hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyokültürel durumu, kapağın patolojisi, antikoagülan tedavi alıp almadığı, kadın hastaların çocuk sahibi olup olmadığı ve hastanın tercihi dikkate alınır. Mekanik kapaklar, diğer protez kapaklara oranla çok daha uzun süre dayanmaktadır. Mekanik kapakların en önemli dezavantajı tromboz riski nedeniyle hastaların ömür boyu antikoagülan tedavi almaları zorunluluğudur. Biyolojik kapaklar, insan dışında bir canlıdan alınmış ise ‘heterogreft’, insan kadavrasından alınmış ise ‘homogreft’ veya ‘allogreft’ olarak tanımlanmaktadır. Biyolojik kapaklar

kullanıldığında uzun sureli antikoagülan tedavi gerekli olmadığı için tromboemboli ve kanama gibi komplikasyonların görülme riski daha düşüktür[35(104-112)].

### 2.6. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri

Evde bakım, bireylerin sağlığını korumak, yükseltmek ve yeniden sağlığa kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin profesyonel düzeyde veya aile bireyleri tarafından bireyin kendi evinde ya da yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Evde bakımda amaç, hastanın yaşam koşullarını değiştirmeden mevcut durumdan en az etkilenmesini sağlayarak, en doğru tıbbi yaklaşımlarla hastalığın ve ortaya çıkan yetersizliklerin olumsuz etkilerini azaltıp hastanın yaşam kalitesini olabildiğince yükseltmektir[28(s.3-4)].

Cerrahi girişim sıklıkla ağrı ve yorgunluğa neden olur ve cerrahi yara nedeni ile birey kendi bakımını sağlarken zorlanabilir. Cerrahi girişim uygulanan hastaların tedavi ve bakımında temel amaç; komplikasyonları önleyerek ya da en aza indirerek hastanın sağlığını maksimum düzeyde sürdürmesini sağlamaktır[47]. Literatürde açık kalp ameliyatı sonrası iyileşme dönemi altı-sekiz hafta olarak belirtilmektedir[7-9,26]. Hızlı iyileştirme programıyla, birçok hastanın tedavisi evde olmakta, hasta ve hasta yakınları bakımın sorumluluğunu almaktadırlar[48]. Taburcu edildikten sonra hastanın özellikle evdeki ilk günlerinde çok yakından gözlenmesi ve olabilecek tehlikelere karşı kendini koruması önemlidir[49]. Taburculuk sonrasında hastanın evde yara bakımını, komplikasyon belirti ve bulgularını öğrenmesi ve risk faktörlerini azaltmaya yönelik davranış geliştirmesi gerekmektedir[50].

Hemşirelerin temel görevleri, insan yaşamının kalitesini ya da niteliğini arttırmak, bireylerin yaşamdan daha çok doyum almalarını sağlamak ve hastalık ya da ameliyat sonrasında bireylerin baş etme mekanizmalarını güçlendirmek için destek olmaktır. Bu anlayışla hemşirelerin, açık kalp ameliyatı olan hastaları yaşamlarındaki

önemli değişimler nedeni ile bir bütün olarak ele almaları ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik katkıda bulunmaları gerekmektedir. Bu katkı hastaların ameliyat sonrası dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oluşabilecek değişiklikler ile ilgili bilgilendirilmelerini içermelidir[51]. Açık kalp ameliyatından sonra hastaya iyileşme sürecinde verilen eğitim, bakım ve danışmanlığın önemi literatürde belirtilmektedir[49,51].

Açık kalp ameliyatı olan hastalar evde bakımlarını gerçekleştirebilmek için, beslenme, banyo yapma, ev işi yapma, hareket cinsellik, uyku, dinlenme gibi günlük yaşam aktiviteleri, cihaz kullanımı, ilaç kullanımı, yara bakımı, ağrı kontrolü, sosyal aktiviteler, olası sorunlar ve kontrol zamanı konularında eğitime ihtiyaç duymaktadırlar[52,53]. Hemşirelerin, açık kalp ameliyatı olan hastaya ihtiyaç duyduğu konularda eğitim vermesi, ameliyat sonrası ortaya çıkabilecek sorunları önlemede ve hastanın evde bakımını kendi kendine yapabilmesinde son derece önemlidir.

**2.6.1. Genel Bilgilendirme:** Geçirilen ameliyat ve sonuçları hakkında kısa bir bilgilendirme yapılır, hastanın bilgi düzeyi belirlenir ve acil bilgi gereksinimi olan konular göz önünde bulundurularak eğitim verilir. Hastaya verilen tüm eğitimlerde hastanın bakımından sorumlu aile üyesinin de eğitimlere katılımı sağlanır[50].

**2.6.2. İlaç Kullanımı:** Açık kalp ameliyatı olan hastaların ilaç tedasine uyumu son derece önemlidir. Hastalar tarafından kullanılan ilaçlar genellikle; kan basıncı, kalp, aritmi ve koagülasyonu geciktirmeye yönelik ilaçlardır. Genellikle kapak ameliyatlarından sonra ve bazen de KABG ameliyatı sonrası veya ritm bozukluğu olan hastalarda antikoagülan ilaçlar kullanılır. Bu ilaçlar ciddi komplikasyonlara neden olduğundan ilaçların hastaya göre ve uygun dozda olması önemlidir. İlacın her gün aynı saatte alınması gerektiği ve yan etkileri konusunda hasta bilgilendirilmelidir[26,49,54].

**2.6.3. Yara Bakımı ve Ağrı Kontrolü:** Göğüs ve varsa bacak insizyonu temiz ve kuru ise pansumana gerek yoktur. Hekim istemi dışında bu bölgelere pomad veya yumuşatıcı krem sürülmemelidir. Yaralar tam olarak iyileşinceye kadar temiz ve kuru tutulmalı ve hava almasını sağlayacak şekilde açık olmalıdır. Yaralar iyileşmeye başladığında hafif yanma ve kaşıntı olabilir. Ancak enfeksiyon belirti ve bulgusu gözlendiğinde hekimle bağlantı kurulmalıdır. Sternumun tam olarak kaynaması için gereken süre 6 haftadır. Bu zamana kadar hastanın sırtüstü yatması, yan dönmemesi, ağırlık kaldırmaması, göğüs kaslarını zorlayan hareketlerden kaçınması gerekmektedir. Yaraya bağlı ağrılar altı hafta, kas ağrıları ise 3-4 ay sürebilir. Ağrı kontrolü açısından ilaç kullanımı ve ilaç dışı yöntemler hakkında hasta bilgilendirilmeli, gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilmelidir[53-55].

**2.6.4. Uyku:** İyileşme döneminde her gece altı-sekiz saat uyumak ve gece uykusunu engelleyeceği için gündüz uykusundan kaçınmak gerekir. Ağrı kesici ilaçlar uykuya dalmayı kolaylaştırabilir.

**2.6.5. Oturma:** Aynı pozisyonda uzun süre oturulmamalı ve bacak bacak üstüne atılmamalıdır. Bacak elevasyonu ile ödem oluşumu kontrol altına alınır.

**2.6.6. Varis Çorabı:** Greft yapılabilmesi için hastanın bacağındaki safen ven kullanıldıysa ameliyattan sonraki ilk 6 ay boyunca hastanın varis çorabı giymesi gerekmektedir. Varis çorabının yataktan kalkmadan önce giyilmesi, gün boyunca çıkarılmaması ve enfeksiyonu önlemek için her gün çıkarıldıktan sonra yıkanması gerektiği hastaya hatırlatılmalıdır[49,53].

**2.6.7. Banyo Yapma:** Göğüs insizyonu ve varsa bacak insizyonunda enfeksiyon belirti bulgusu yoksa ameliyattan 10-14 gün sonra banyo yapılabilir. Hasta kendini yorgun hissediyorsa yardım alarak banyo yapmalıdır. Yara yerlerinin banyo yaparken ovulmaması ve banyodan sonra kurulanması dikişler açısından önemlidir[53-55].

**2.6.8. Sosyal Aktivite ve Seyahat:** Enfeksiyon kontrolü açısından taburcu olduktan sonraki ilk on gün boyunca ziyaretçiler ve telefon görüşmeleri kısıtlanmalıdır. Hasta güçlendiğini onuncu günden itibaren hissetmeye başlayacağı için kendisi ve çevresi için gerekli sosyal faaliyetlere onuncu günden itibaren katılabilir. İyileşme süreci sorunsuz bir şekilde tamamlandıktan sonra hekimine danışarak hasta istediği şekilde seyahat edebilir[26,54,55].

**2.6.9. Otomobil Kullanma:** Hasta altıncı-sekizinci haftadan itibaren sakıncası yoksa araba kullanabilir. Eğer uzun bir yola gitmesi gerekiyorsa iki saatte bir arabadan inip 5-10 dakika yürümelidir[26,53-55].

**2.6.10. Ev İşleri Yapma:** Kadın hastalar açısından ev işleri yapabilme iyileştiğinin bir göstergesidir. Çamaşır yıkama, yemek yapma ve temizlik gibi aktiviteleri yerine getirmek için 8 haftadan sonra yapılacak kontrol ve hekimin kararı önemlidir[26,53-55].

**2.6.11. Yürüyüş ve Spor:** İyileşme döneminde fiziksel kapasiteyi kademeli olarak artırmak için her gün egzersiz yapmak son derece önemlidir. Hasta, hava koşulları uygun olduğu sürece kısa yürüyüşlere başlamalı ve yürüyüş mesafesini her gün artırmalıdır. Egzersize başlanan ilk günlerde; egzersiz aralarında bir müddet dinlenilmelidir. Egzersizler yapılırken sternumu zorlayıcı hareketlerden kaçınılmalıdır[53-55].

**2.6.12. Beslenme:** Eğer hekim tarafından başka birşey önerilmediyse (diyabet hastaları dışında), hastaların iyileşmesini hızlandırmak için ilk bir ay beslenmelerinde herhangi bir kısıtlama yoktur. Ancak hipertansiyonu olan ve özel diyet önerilen hastaların az tuzlu yemeleri gerekir. İyileşme döneminde yeterli ve dengeli beslenme kadar, kilo kontrolünün önemi konusunda da hasta bilgilendirilmelidir[26,49].

**2.6.13. Sigara/Alkol:** Ameliyat olan hastaların ameliyattan sonra sigara ve alkolü kesinlikle bırakmaları gerekmektedir[55].

**2.6.14. Cinsel Yaşam:** Ameliyattan sonra iyileşmenin devam ettiği ilk 4-8 haftada cinsel ilişki kısıtlanmaktadır. İyileşme tamamlandıktan sonra cinsel hayata devam edilebileceği hastaya anlatılmalıdır[53].

**2.6.15. Kontrole Gelme:** Hastalar taburcu olduktan sonra herhangi bir problem yaşadıklarında ulaşmaları gereken kişiyi bilmelidirler. Açık kalp ameliyatı olan bir hasta acil durumlar dışında; taburculuğun birinci haftasında, on beşinci gününde, ikinci ayda, altıncı ayda, birinci yılda birer kez ve sonrasında her yıl yılda bir kez olmak üzere hekim kontrolüne gitmelidir. Hastalara acil ve önemli durumlar hakkında eğitim verilmeli ve hekim kontrollerinin önemi hatırlatılmalıdır[26,49,54].

**2.6.16. İşe Başlama:** Açık kalp ameliyatından sonra işe geri dönmek hastanın psikososyal açıdan kendini iyi hissetmesinde son derece önemlidir. İş yaşamına hafif tempolu işlerde çalışan hastaların günde dört saati geçmemesi koşuluyla dördüncü haftadan sonra, özellikle ellerin kullanıldığı ve sternumu zorlayabilecek ağır işlerde ise 3. aydan sonra başlanması önerilmektedir[49,53].

## 2.7. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Görülebilecek Semptomlar ve Semptom Yönetimi

Açık kalp ameliyatı sonrası verilen hemşirelik bakımı, hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşayabilecekleri semptomları tanıyabilme ve semptom yönetimi üzerine odaklanır. Literatürde hastaların taburculuk sonrası sıklıkla yaşadıkları semptomlar; yorgunluk ve halsizlik, uyku problemleri, göğüs ve bacak insizyon bölgesinde ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler, konstipasyon ve çarpıntı olarak belirtilmektedir[8,19,56,57].

Açık kalp ameliyatı olan bir hasta herhangi bir komplikasyon gelişmemişse ortalama 5-7. günde hastaneden taburcu edilmektedir. Taburcu olan hastanın yara

iyileşmesi tamamlanmamıştır ve ayrıca semptomların (yorgunluk, uykusuzluk, insizyon bölgesinde ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem gibi) sıklıkla taburculuk sonrası 1-3. haftada yaşandığı ve bu sorunların ameliyattan sonraki ilk 6-8. haftada iyileştiği araştırmacılar tarafından belirtilmektedir[7,17,18]. Hastanede yatış süresinin kısa olması hastaların ameliyat sonrası dönemde evde yaşayabilecekleri semptomlar ve dikkat etmesi gerekenlerle ilgili eğitimin zamanını sınırlandırmaktadır[17-19]. Bu nedenle hemşireler, açık kalp ameliyatından sonra semptom yönetimi ve hastaları değerlendirmeye ilişkin bakımı evde sağlayabilirler. Yaygın semptomlar ve bu semptomların yönetimi hastalara post operatif eğitim yoluyla sağlanır. Ayrıca ağrı yönetimi, anksiyetenin azaltılması ve egzersiz gibi konulara ilişkin girişimler de semptom yönetimi için sıklıkla kullanılan hemşirelik girişimleridir[19]. Hastaların telefon yoluyla semptomlarının izlendiği bazı çalışmalarda, ev temelli semptom yönetiminin hastaların fiziksel aktivite düzeylerini yükselttiği, tekrarlı kardiyak olayları, yorgunluk, depresyon, uyku problemleri, ağrı ve sağlık bakım harcamalarını azalttığı bildirilmektedir[20-22].

Yorgunluk ve halsizlik; açık kalp ameliyatı olan hastaların sıklıkla yaşadığı bir semptomdur[56,57]. Postoperatif yorgunluk üzerine yapılan bir çalışmada iyileşme dönemi boyunca ağrı kesici ilaç kullanımının yorgunluğu azalttığı bildirilmektedir[58]. Ameliyat sonrası önerilen şekilde aktiviteleri artırmak ve dinlenme süresini düzenlemek hastalardaki yorgunluğu ve halsizliği azaltmak için sıklıkla kullanılan yöntemlerdendir[19].

Uyku problemleri; uykuya dalmakta zorluk, uyku bölünmeleri, uyandıktan sonra bir daha uykuya dalamama sıkça görülen durumlardır. Uyku sorunlarının en önemli nedeni ağrı olduğundan öncelikle hastaların ağrısı giderilmeye çalışılmalı, daha sonra ihtiyaç duyulursa ilaç tedavisine geçilmelidir. Hastalara uyku düzenini sağlamak için

her gece belli bir saatte yatmaları ve günde 8-10 saat uyumaları gerektiği söylenmelidir[49].

Ağrı; açık kalp ameliyatından sonra sıklıkla yaşanan bir semptomdur. Ağrı yönetiminde, ağrı kesici ilaç tedavisinin yanı sıra ağrıyı rahatlatmada etkili olan tv izleme, hoşlanılan uğraşlarla zaman geçirme gibi dikkati başka yöne çeken ilaç dışı uygulamalar da kullanılabilir. Ayrıca hastanın ağrı kesici ilacı ne zaman alması gerektiği ile ilgili hasta eğitimi ağrı ile baş etmede ve bilinçsiz ilaç kullanımı önlemede etkili olabilir[59].

İştah problemleri; iyileşme dönemi boyunca sıklıkla bildirilen bir semptomdur. İştahı iyileştirmek için yapılan girişimler, hastanın yemek seçiminin değerlendirilmesi, kısa aralıklarla ve sık beslenmenin sağlanması ve ortamın yemek yeme için uygun bir hale getirilmesini içerir[19].

Nefes darlığı; ameliyat sonrası dönemde atelektazi, pulmoner emboli, plevral effüzyon ve konjestif kalp yetmezliği ile ilgili olabilir. Derin nefes alma ve öksürük egzersizleri, yatak içi hareket, sık pozisyon verme ve mobilizasyon nefes darlığının önlenmesi için yapılan girişimlerdendir[19,60].

Ödem; genellikle internal mamarian arter ve safen venlerinin greft olarak kullanılması, sıvı yüklenmesi ve konjestif kalp yetmezliği nedeni ile ortaya çıkan bir semptomdur. Mobilizasyon, bacak elevasyonu ve bacak egzersizleri, günlük kilo takibi, ilaç tedavileri ile ilgili eğitim, elastik bandaj, varis çorabı kullanımı ve beslenme eğitimi ödem oluşumunun önlenmesinde önemlidir. Ayrıca hastanın yeterli sıvı alımı sağlanmalıdır[19,45].

Yaraya ilişkin problemler; sternal enfeksiyon, yara açılması, hassasiyet, lokal ödem, kızarıklık, ağrı, yara etrafında ısı artışı ve hematom oluşumudur. Malnütrisyon, dolaşım yetmezliği, enfeksiyon ve yaranın aşırı zorlanması nedeni ile yaraya ilişkin

problemler görülebilir. Yaranın korunmasında ağır eşya kaldırma, itme çekme gibi yara yerini zorlayıcı hareketlerden kaçınılması ve araba kullanılmaması gerekmektedir. Yaranın korunmasında yeterli beslenme, insizyon yerine yeterli destek sağlanması ve yara bakımı da son derece önemlidir [9,48,60-63].

Konstipasyon; erken iyileşme döneminde görülebilen bir semptomdur. İmmobilizasyon, beslenme değişiklikleri ve yetersiz sıvı alımı gibi pek çok nedene bağlı olarak gelişebilir. Erken mobilizasyon, düzenli egzersiz, sıvı alımının artırılması ve taburculuk sırasında verilen eğitim ve danışmanlık konstipasyonu önlemede son derecede önemlidir[8,9,49].

Çarpıntı; yaygın olmamakla birlikte ameliyat sonrası görünebilen bir semptomdur[8,9,19]. Açık kalp ameliyatı olan hastanın çarpıntısı varsa hasta mutlaka hekim kontrolüne gitmelidir[53-55].

### 2.8. Orem'in Öz Bakım Modeli

Profesyonel bir disiplin olan hemşireliğin temel amacı, mesleki uygulamalarda kullanılabilecek bilgi içeriğini ortaya koyarak toplum sağlığına katkıda bulunmak, felsefi ve teorik temeller rehberliğinde değer ve amaçlarını oluşturmaktır[64,65]. Bilgi içeriği, özellikle davranış ve sosyal bilimler alanında sıklıkla kavram ve kuram terimleri ile açıklanır. Kuram, sözlük anlamı olarak olayları açıklayan genel ilkeler anlamına gelmektedir. Kuramlar, kavramlara anlam kazandıran ve aralarında ilişki kuran sistematik yaklaşımlardır. Kuramlar gözlem ve önermelerin bilimsel yöntem yoluyla test edilmesi sonucu doğrulanan kavram kümeleridir. Model ise, bir mesleğin merkezinde yer alan kavramların ve bu kavramlar arasındaki mantıksal ilişkilerin şematik olarak açıklanmasıdır. Modeller bilimsel yöntem ile test edilebilirdir ve kurama göre daha genel ve esnek anlatım biçimleridir. Kuramlar modeller aracılığıyla somutlanır ve modeller doğrudan gözlenemeyen kavramları anlamaya yardım eder[66,67].

Hemşire araştırmacılar genellikle kuramları araştırma problemini kavramsallaştırmak ve önermelerin doğruluğunu araştırmak için rehber olarak kullanırlar[68].

Hemşirelik uygulamaları; sağlık-hastalık, çevre, insan ve hemşirelik olmak üzere dört temel kavram üzerine temellenir. Hemşireliğin odağında insan olması nedeni ile hemşirelik uygulamaları insan, sağlık ve hastalıkla yakından ilişkili kuram ve modellerin bilinmesini öngörmektedir. Bir hemşirelik modeli, hemşireliğin dört temel kavramı arasındaki ilişkilerin gösterilmesi olarak tanımlanabilir. Modeller, hemşireliğe bilgi tabanı oluşturlar ve kavramları birleştirirler. Bunun sonucu olarak profesyonel bir dil ortaya çıkar ve bu da mesleğe profesyonel bir boyut kazandırır. Hemşirelik mesleği teorik temeli olan uygulamalı bir disiplindir. Bu nedenle modeller hemşireliğe bakış açısı getirmekte ve hemşirelik uygulamalarına yön vermektedir[69].

Ülkemizde hemşirelik araştırmalarında çoğunlukla kullanılan hemşirelik kuram ve modelleri; Roy'un Adaptasyon Modeli, Peplau'nun Kişilerarası İlişki Modeli, Pender'ın Sağlığı Geliştirme modeli, Neuman'ın Genel Sistem Kuramı ve Orem'in Özbakım Modeli olarak açıklanmaktadır[70].

Öz bakım, yaşamı ve sağlık/iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikleri kapsamakla birlikte bireyin kendi sağlığına sürekli katılımını da ifade eder. Aynı zamanda öz bakım, hastalıkların oluşumunu önlemek, sağlığı korumak ve yükseltmek için bireyin kendisi tarafından başlatılan bir dizi etkinlik ya da aktivite olarak ta tanımlanır[71,72]. Bir bireyin kendi sağlığı ve iyiliğini sürdürmesi için sürekli kişisel çabası olmalıdır. Öz bakım insanların sadece hastalıklarını değil, iyilik hallerini, vücutları için sorumluluk almalarını, sağlık içinde yaşamalarını, enerjilerini kontrol etmek ve ihtiyaçları hakkında bireysel öğretim, tehlikelere hızlı cevap verme, tıbbi kaynakları kullanmanın ne zaman ve nasıl olduğunu da bilmektir[72].

Öz bakım, etkileşim, iletişim ve kültür yolu ile öğrenilen bir davranıştır ve zamanla gelişim gösterir. Bu gelişimin bireyin sağlık durumu, eğitimi, yaşam deneyimleri, yaşadığı toplumun kültürü, günlük yaşam olanaklarını kullanabilmesi gibi faktörlere bağlı olduğu belirtilmektedir. Öz bakım doğrudan benlik kavramından etkilenir ve kişinin benlik saygısı ve ben imajına katkıda bulunur[71,72].

Öz bakım kavramı, hemşirelik kuramcılarından Dorothe E. Orem tarafından geliştirilerek ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Orem'in hemşirelik kuramı birey ve bireyin öz bakım gereksinimleri üzerinde odaklanmaktadır ve Orem modelinde bireyin kendi bakım sorumluluğunu alması gerektiği vurgular[73(s.319-325)]. Orem'e göre hemşire, bireyin öz bakım gereksinimleri ile özel olarak ilgilenmelidir ve yaşamın sürdürülmesi, sağlığın devamı, hastalıklar, travmalar ve bunların etkileriyle baş etmede öz bakım gereksiniminin sağlanması ve yönetiminden sorumludur[74]. Orem, öz bakıma her bireyin ihtiyacı olduğunu ve hemşireliğin temelinde de insanların bu gereksinimlerini karşılamaya yardım etmenin olduğunu belirtmiştir. Orem, hemşireliğin insanın kendine yeterli olmadığı durumlar olduğu için geliştiğini öne sürmüştür[73(s.325-327)].

Orem, öz bakım gücünü etkileyen faktörleri; yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sağlık durumu, sosyo-kültürel özellikler, sağlık sistemi, aile sistemi, yaşam şekli ve düzenli yaptığı aktiviteler, kendini algılayış, çevresel faktörler, kaynakların yeterliliği ve ulaşılabilirliği olarak belirtmiştir[74].

Orem'in geliştirdiği hemşirelik kuramı birbiriyle ilişkili üç kuramdan oluşur:[73(s.320)]

1) Öz bakım kuramı

2) Öz bakım yetersizliği kuramı

3) Hemşirelik sistemleri kuramı.

### 2.8.1. Öz Bakım Kuramı

Öz bakım kuramı, yaşamın sürekliliği için öz bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1983 yılında öz bakımı; sağlığı kazanmak, hastalıkları sınırlamak/önlemek ve sağlığı iyileştirmek amacıyla toplumun, ailenin ve bireylerin yüklendikleri aktiviteler olarak tanımlamıştır[75].

Öz bakımın düzenleyici bir fonksiyon olmasının yanı sıra çok önemli bir yönü vardır. Öz bakım öğrenilmeli ve bağımsız olarak sürekli uygulanmalıdır. Ayrıca öz bakım, kişinin gereksinimleri ile de ilişkili olmalıdır[75].

Orem öz bakım gereksinimlerini üç grupta toplamıştır:[73(s.322)]

1- Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri

2- Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri

3- Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri

1- Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri: İnsanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili tüm temel gereksinimleri ve istekleri olarak tanımlanmaktadır. Orem'e göre evrensel öz-bakım gereksinimleri şunlardır;[74,75]

- Yeterli hava, su ve besin alımının sağlanması
- Boşaltım süreci
- Aktivite ve dinlenme
- Yalnızlık ve sosyal ilişkiler
- Yaşam ve iyiliğe yönelik tehditler
- Bireyin sınırlılıkları ve istekleri arasında denge olması.

2- Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri: Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri Orem'e göre, sadece rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinim duyulan öz bakım ihtiyacı olarak tanımlamaktadır[74,75]. Bu gruptaki gereksinimler, herhangi bir sağlık sorunu yaşayan bireylere özgüdür. Bireyin

fonksiyonlarında ciddi etkilenme olduğunda bireyin öz bakım gücünde kalıcı ya da geçici bozulmalar olur. Bu durum bireyi tamamen ya da kısmen bağımlı hale getirebilir ve sağlıktan sapma durumlarında terapötik öz bakım gereksinimleri ortaya çıkar[74]. Orem'e göre hemşireliğe olan gereksinim, bireylerin sağlıklarıyla ilgili deneyimlerinden doğmaktadır. Sağlıktan sapma durumunda, öz bakım gereksinimlerini karşılamak için yapılan hemşirelik girişimlerinin amacı, öz bakım yetenekleri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı olmaktır[75].

3- Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri: Gebelik, doğum, ebeveyn veya eş kaybı gibi gelişimsel dönemle ilgili veya bir olayla ilgili olarak ortaya çıkan gereksinimleri içerir[74]. Yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen pek çok olay ve koşullar meydana gelir ve bu nedenle bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü olan evrensel öz bakım gereksinimleri olarak tanımlanır. Gelişimsel öz bakım gereksinimleri aynı zamanda eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş ve dost kaybı, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi altında olma gibi durumların sağlığa zararlı etkilerinden korunmayı da içerir. Bu durumlarla bireyin başa çıkabilmesi ya da en az düzeyde etkilenmesi için bakımın sağlanması gerekir[73(s.324)].

### 2.8.2. Öz Bakım Yetersizliği Kuramı

Öz bakım yetersizliği, bireyin sahip olduğu öz-bakım gücünün tedavi edici öz-bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kaldığı durumlarda ortaya çıkar. Eğer bireyin gereksinimi onun beceri ya da karşılama yeteneğini aşan bir düzeyde ise, o zaman dengesizliğin neden olduğu yetersizlik ortaya çıkar[73(s.325),74]. Birey öz bakımını sürdürmede yetersiz olduğunda, bu durum bireyin öz bakım gücünün uygun olmadığı ve beklenen öz bakım davranışlarını gerçekleştiremeyeceği anlamına gelir. Hasta birey bilgi, beceri ve motivasyon kaybından dolayı tedavi edici öz bakım gereksinimlerini

karşılamada yetersiz kalabilir. Kişinin sahip olduğu öz bakım yetenekleri yetersiz kaldığında hemşirelik girişimlerine ihtiyaç duyulur. Hemşire, bireyin öz bakımındaki yetersizlikleri ve ortaya çıkan problemleri tanımalıdır[74,75].

Öz bakım yetersizliği, hasta bireyin bakım gereksinimini ifade eder. Hemşirenin amacı, öz bakım yetersizliği yaşayan bireylere yardım etmektir. Hemşireler, hemşirelik girişimlerini planlayarak hastanın gereksinimi olan aktivitelerde tamamen ya da kısmen destekleyici rol alırlar ve bu konularda hasta bireye rehberlik ederler. Aynı zamanda hemşireler hastanın bireysel sağlığını korumak ve geliştirmekten de sorumludur[72,75]. Bireyin gereksinimleri etkili bir şekilde karşılandığında aşağıda sıralanan durumların gerçekleşmesi sağlanmış olur;[75]

- İnsan potansiyeline uygun gelişimin desteklenmesi,
- Yaşamın desteklenmesi,
- Normal sınırlar içinde insan yapı ve işlevselliğinin sürdürülmesi,
- Patolojik durumlardan ve yaralanmalardan korunma,
- Genel iyilik durumunu geliştirme.

### 2.8.3. Hemşirelik Sistemleri Kuramı

Orem'e göre hemşirelik girişimi gerektiren durumlar bireyin kendi yetenekleri ile mevcut gereksinimleri arasındaki dengesizliğin olduğu durumlardır[73(s.325)]. Bireyin sağlık gereksinimlerini nasıl karşılayacağı ya da var olan potansiyelini nasıl ortaya çıkaracağı hemşirelik sisteminde yer alır[75]. Hemşirelik sistemleri hasta birey ve hemşirelerin birlikte belirledikleri, planladıkları ve yerine getirdikleri aktivitelerin tümünü içine alır. Hemşirelik uygulaması için beş aktivite alanı şunlardır:[75,76]

1) Hemşire-hasta ilişkisini kurmak ve sürdürmek,
2) Bireye hemşirelik hizmetleri ile yardım edilebildiğini belirlemek,
3) Hastanın gereksinimlerine ve ihtiyaçlarına yanıt vermek,

4) Hemşirelik hizmetleri ile hastaya ve hastanın ailesine yardım etmek,

5) Hasta tarafından ihtiyaç duyulan diğer hizmetlerle hemşireliği bütünleştirmek.

Hemşireliğin amacı tedavi edici öz bakım gereksinimlerini belirlemede ve karşılamada bireylere yardım etmektir. Bu amacın üç öğesi vardır:[75]

1) Hastanın tedavi edici öz bakımı ile baş etmesine yardım etmek,

2) Hastanın öz bakım eylemlerinde bağımsızlığını ve sorumluluğunu arttıracak biçimde yönlendirilmesini sağlamak,

3) Uygun hemşirelik denetimi ve danışmanlığı ile hastanın bakımını sağlama ve sürdürmede aile ya da diğer önemli kişilerle iş birliği yaparak yardımcı olmaktır.

Orem, sağlıklı ya da hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında üç tip hemşirelik sistemi tanımlamıştır:[73(s.325-327),77]

Tümüyle eksikliği giderici hemşirelik sistemi: Hasta tüm tedavi edici öz bakım gereksinimlerini karşılayan kaynaklardan yoksundur ve bu taleplerin giderilmesi hemşirenin sorumluluğundadır.

Kısmen eksikliği giderici hemşirelik sistemi: Birey öz bakım gereksinimlerinin bazılarını gerçekleştirirken bazılarını ise hasta için hemşirenin gerçekleştirmesi gerekmektedir.

Destekleyici ve eğitici hemşirelik sistemi: Hasta gereksinimlerini karşılayacak kaynaklara sahiptir fakat karar verme, bilgi ve becerinin kazanılması gibi ihtiyaçlar için hemşirenin yardımına ihtiyaç duyar.

### 2.9. Öz Etkililik

Öz etkililik, belli bir sonuca ulaşmak amacıyla bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanmaktadır. Öz etkililik kavramı ilk defa psikolog Albert Bandura tarafından kullanılmıştır[15]. Aksayan ve Gözüm (1999) "öz etkililik" terimi ile birlikte,

"öz-etki", "kendi kendini etkileme", "kendini etkileme", "kendine yarar algısı" gibi ifadelerin de aynı anlamı taşıdığını bildirmişlerdir[78].

Öz etkililik, kelime olarak algılama; farkındalık kazanma ve hislerin farkında olma şeklinde tanımlanır. Başka bir ifade ile öz etkililik, bir davranışı yapmada ya da başarmada kişinin kendisine olan inancıdır. Öz etkililik, bireyin sahip olduğu becerisi ile ilgili değil, sahip olduğu becerisi ne olursa ne yapabileceği yargısı ile ilgilidir. Öz etkililik algısı, bireyin bir durum ile baş ederken ne kadar güç harcayabileceğini belirlemektedir[79]. Bireyin kendisiyle ilgili davranışlarının seçimi, yeteneklerini algılaması, bir davranışta harcayacağı çaba, bir güçlükle karşılaştığında göstereceği sabır, duyacağı kaygı ya da güven düzeyi bireylerin öz etkililik algısından etkilenir. Öz etkililik algısının güçlü olması, daha sağlıklı olma, daha yüksek başarı ve sosyal bütünleşme ile ilişkilidir ve davranışın sonuçları kişinin hareketleri tarafından belirlenmektedir. Öz etkililiği yüksek olan bir birey, sağlıkla ilgili davranışları geliştirebilmek için daha fazla çaba harcamakta ve bir engelle karşılaştığında daha uzun süre mücadele edebilmektedir[14,15].

Bandura'ya göre, bireylerin özel bir sonucu elde etme yeteneklerine olan inançlarının gücü, bireylerin zor bir durumu ele almaya çalışıp çalışmamalarını belirler. Bu nedenle öz etkililik algısı bireyin yapacağı veya sakınacağı aktiviteleri belirlemede önemli bir rol oynar. Öz etkililik beklentisi arttıkça bireyin gösterdiği çaba da daha güçlü ve ısrarlı olur[14,15,80]. Öz etkililiği yüksek olan bireylerin daha karmaşık/zorlu işleri seçtikleri, kendilerine yüksek hedefler belirledikleri ve bu hedeflere ulaşmak için daha çok çaba gösterdikleri belirlenmiştir. Güçlü bir öz etkililiğe sahip olan bireyler amaçlarına ulaşmak için kendilerini yönlendirebilmektedirler[14,15]. Bireylerin öz etkililik inancı arttıkça gösterilen gayret, dayanıklılık ve azim de artmaktadır[81]. Bu nedenle, öz

etkililiğin bireyin doğrudan ya da dolaylı olarak belirlediği hedef ya da beklentilerine ulaşmasında yaşamsal bir kaynak olduğu belirtilmektedir[14].

Bandura, öz etkililik algısını etkileyen faktörleri;[14,15]

- Kişisel deneyimler,
- Başkalarının deneyimlerinden çıkarılan sonuçlar (dolaylı yaşantılar),
- Sosyal onay ve
- Kişinin fizyolojik ve duygusal durumu olmak üzere dört grupta toplamıştır.

### 2.9.1. Kişisel Deneyimler

Kişisel deneyimler, öz etkililik inancını etkileyen faktörlerin en önemlisi ve etkilisi olarak belirtilmektedir. Bireylerdeki davranış değişikliği geçmiş deneyim ve başarılardan etkilenebilmektedir[82]. Bireyin yaptığı işlerde gösterdiği başarı onun daha sonra benzer işlerde de başarılı olacağını gösterir. Dolayısıyla yaşanan başarı bireyde ödül etkisi yapabilmekte ve gelecekte de benzer davranışlar için bireyi güdüleyebilmektedir[14]. Başarılı ve başarısız geçmiş deneyimleri olan birey kendisi için genel bir yargı oluşturmakta ve bu genel yargı onun duruma özel beklentisini etkilemektedir[24]. Başarılı deneyimler öz etkililik inancını artırırken, üst üste yaşanan başarısızlıklar da öz etkililik inancının azalmasına sebep olabilir[81,83].

### 2.9.2. Başkalarının Deneyimlerinden Çıkarılan Sonuçlar (Dolaylı Yaşantılar)

Bireyler başkalarının deneyimlerinden çıkardıkları sonuçlarla yola çıkarak öz etkililik inancını geliştirebilmektedir. Eğer bir alanda bireyin deneyimi çok sınırlı ise, birey kendisiyle model aldığı kişinin deneyimleri arasında bir bağlantı kurar ve yaş, eğitim düzeyi, cinsiyet gibi özellikler bakımından benzerlikler de varsa başkalarının deneyimlerinden daha fazla etkilenebilir[24,81].

### 2.9.3. Sosyal Onay

Bireyler öz etkililik inançlarını geliştirirken diğer insanların tepkilerinden de etkilenebilmektedirler. Bireyin bir davranışı yapabileceğine ilişkin teşvik ve öğütlerle cesaretlendirilmesi, öz etkililik inancının değişmesine neden olabilmektedir[15]. Özellikle saygı duyulan bir kişi tarafından destek/teşvik görme benzer davranışı başarma konusunda bireyin kendine olan güvenini artırabilir. Bireylerin bir işi gerçekleştirebilecek kapasitede olduğu konusunda bir başkasından gelen değerlendirmenin, öz etkililik inancı üzerinde çok güçlü olmasa da olumlu bir etkisi olduğu belirtilmektedir. Olumsuz değerlendirmeler ise öz etkililik inancını olumsuz yönde etkileyebilir[81,82].

### 2.9.4. Kişinin Fizyolojik ve Duygusal Durumu

Bireylerin bir konudaki öz etkililik inançları o işi yaparken yaşadıkları fizyolojik ve duygusal reaksiyonlardan da etkilenebilmektedir[84]. Herhangi bir eyleme karşı kişinin yaşadığı heyecan, stres, korku gibi güçlü duygusal reaksiyonlar, sonucun başarılı veya başarısız olacağı konusunda belirleyici bir faktör olabilir. Bireyin davranışa başlayacağı sırada bedensel ve duygusal olarak iyi durumda olması davranışı gerçekleştirme olasılığını artırabilir[78]. Olumlu duygular öz etkililik inancını güçlendirirken, olumsuz duygular stres ve heyecan yaratarak öz etkililik inancını azaltabilir[81,83,84].

İnsan davranışları öz etkililik dışında başka faktörlerden de etkilenmektedir ve kişinin kendini bir konuda yeterli hissetmesi o işi yapması için tek başına yeterli olmayabilir. Bu nedenle güçlü bir öz etkilik inancının bile davranışın gerçekleştirilmesinde tek başına yeterli olmayacağı bilinmelidir[81].

## 2.10. Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Öz Bakım, Öz Etkililik ve Semptom Yönetimi ile İlgili Literatür İncelemesi

Açık kalp ameliyatı olan bireyler ameliyat sonrası dönemde ancak öz bakımlarını gerçekleştirebilecek duruma geldiklerinde ameliyat yerlerinin bakımının sorumluluğunu üstlenebilmektedirler. Bireylerin öz etkililik algısındaki artışın, öz bakım davranışlarının olumlu etkilenmesine, fiziksel ve psikolojik semptomların azalmasına ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir[82].

Cebeci ve Çelik[9] tarafından yapılan bir çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların ev ortamında öz bakımlarını gerçekleştirmede yeterli olabilmeleri için yakınlarının yardımına, iyi bir danışmanlık hizmetine ve destekleyici hizmetlere ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada bakım sürecine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen hastaların öz bakımlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir.

Fredericks[85] tarafından yapılan ve açık kalp ameliyatından sonra köken ülkenin öz bakım davranışları üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada, kökenini İngiltere, İrlanda ve İskoçya olarak tanımlayan homojen gruplarda hasta eğitimi yapılmıştır. Toplam 90 hasta ile yürütülen bu çalışmada bulgular kendini diğer ülkelerden (Doğu Hindistan, Çin, İskoçya) tanımlayanlara göre ülkesini İngiltere ya da İrlanda olarak tanımlayanların öz bakım davranışlarında daha yüksek puana sahip oldukları belirlenmiştir. Bu çalışma bireylerin gerçekleştirecekleri öz bakım davranışlarının bir kısmını köken ülkenin etkilediğini göstermek için ön kanıt sağlamaktadır. Çalışma sonuçlarına göre, istenen hasta sonuçlarını artırmada etkili olan bireyin köken ülkesi, değerleri, inançları, tutumları ve gelenekleri ile hasta eğitiminin birleştirilmesi gerektiği bildirilmektedir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde KABG ameliyatı geçiren hastaların yaşadıkları problemleri saptamak amacıyla Direk ve Çelik[8] tarafından yapılan tanımlayıcı kesitsel bir araştırmada, hastaların hastaneden taburcu edildikten sonra ilk dört hafta içindeki öz bakım becerileri değerlendirilmiştir. Bütün hastalar hastaneden taburcu edildikten sonra en az bir problem yaşamışlardır. Hastalar uykusuzluk, uykuya dalmada güçlük, uyku bozukluğu ve gündüz aşırı uyku problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastaların büyük bir çoğunluğu (%77.4) sosyal aktivitelere katılamamışlar ve kendilerini yorgun ve halsiz hissetmişlerdir (%43.4). Hastaların %43.4'ü dispne ve göğüs insizyonunun çevresinde ağrı, %62.2'si yara etrafında ağrı, kızarıklık, şişlik ve drenaj gibi yaraya ilişkin problemler yaşamışlardır. Aynı zamanda bazı hastalar konstipasyon ve üriner sistem enfeksiyonu geçirmişlerdir. Birkaç hafta sonra bu sorunların azaldığı saptanmıştır. Hastalara bu sorunlarla nasıl baş ettikleri sorulduğunda %81.1'i problem bitene kadar beklediğini, %71.7'si ziyaretçi kabul etmekten ve önerilen sosyal aktivitelerde yer almaktan kaçtığını, %71.7'si yatmak yerine dik oturarak uyuduğunu, %69.8'i kontrol için hastaneye gittiğini ve %66'sı ilaç aldığını belirtmiştir. Aynı zamanda hastaların %56.6'sının dinlendiği, %43.4'ünün doktorlarını aradıkları, %33.9'unun evinde yalnız kalamadığı ve %15.1'inin rahatlayabilmek için solunum egzersizi yaptıkları saptanmıştır Aynı çalışmada erkek olup evli ve yüksekokul/üniversite mezunu olan hastaların diğer hastalara göre öz bakım puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Scalvini ve ark.[86] tarafından yapılan çalışmada kalp cerrahisi sonrası rehabilitasyonun öz değerlendirmeyi ve klinik parametreleri geliştirdiği, risk faktörlerini azalttığı ve fiziksel kapasiteyi arttırdığı belirtilmektedir.

Sawatzky ve ark.[87] tarafından yapılan bir çalışmada hastaların neredeyse %80'i "ağrı" yı sorun olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada ağrıyı, ekstremitelerde şişlik

(%68) ve nefes darlığı (%43) izlemektedir. Çalışmada taburculuktan sonraki 2. haftada kontrol grubundaki hastaların müdahale grubundaki hastalardan daha fazla semptom bildirdikleri saptanmıştır. Özellikle göğüs insizyonunda ağrı, nefes darlığı, konstipasyon, çarpıntı, bulantı ve kusma kontrol grubu tarafından sıklıkla bildirilen sorunlardır. Çarpıntı ve bacak ağrısı taburculuktan sonraki 6. haftada kontrol grubundaki hastalar tarafından daha sık bildirilmiştir.

Planlı taburculuk programının koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisi üzerine yapılan bir çalışmada, 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, diyete 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 sağladığı belirlenmiştir[12].

Açık kalp ameliyatı sonrası mobilize olan hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi üzerine yapılan bir çalışmada, hastaların orta düzeyde öz bakım gücüne sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışmada evli olanların bekar ve boşanmış olanlara göre daha yüksek düzeyde öz bakım gücüne sahip olduğu, evdeki birey sayısının ameliyat sonrası dönemde hastaların öz bakım gücünü anlamlı düzeyde etkilediği ve en düşük öz bakım gücünün yalnız yaşayan hastalarda olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda, öz bakım gücünü arttırmayı ve davranış değişikliğini hedefleyen uygulamalı eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının, özellikle de hastalar ile

birebir en uzun süre kalan hemşirelerin, hastaya ameliyat sonrasında kendi bakımını kendisi yapabilecek düzeye gelene kadar yardımcı olması önerilmiştir[88].

Yılmaz ve Çiftçi[7] tarafından yapılan bir çalışmada hastaların taburcu edildikten bir hafta sonra fonksiyonel sağlık örüntülerine göre %95.6'sının beslenme, %86.7'sinin boşaltım, %100.0'ünün aktivite, %88.9'unun uyku gibi fizyolojik örüntülerde sorun yaşadığı, hastaların %100.0'ünün ise biliş ve algı, %55.5'inin kendini algılama, %80.0'inin rol ve ilişki, %64.5'inin cinsellik, %100.0'ünün stresle baş etme ve stres toleransı, %33.3'ünün değer ve inanç gibi psikolojik ve sosyal örüntülerde sorun yaşadığı, hastalar taburcu edildikten altı hafta sonra beslenme, kendini algılama ve cinsellik örüntüleri ile ilgili sorunlarında artma diğer sorunlarında ise azalma olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastalar evde bakıma ilişkin sağlık personeli tarafından verilen bilginin yetersiz olduğunu ve taburcu olduktan sonraki birinci ve altıncı haftalarda yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için sağlık personeline gereksinim duyduklarını ifade etmişlerdir.

Yaman ve Bulut[89] tarafından kalp kapağı değişimi ameliyatı yapılan hastalara verilen planlı taburculuk eğitiminin, hastaların bilgi düzeyi, öz bakım gücü ve taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlar üzerine etkilerini araştırmak amacıyla 80 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların bilgi ve öz bakım puan ortalamaları müdahale grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda kontrol grubundaki hastaların 'halsizlik-güçsüzlük-yorgunluk' ve 'diş eti kanaması' sorunlarını müdahale grubundaki hastalardan daha fazla yaşadıkları saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre taburculuk eğitiminin hastaların bilgi ve öz bakım düzeylerinin yüksek olmasında, kendi bakımlarını gerçekleştirebilmelerinde ve taburculuk sonrası daha az sorunla karşılaşmalarında etkili olduğu belirlenmiştir.

Poortaghi ve ark.[16] tarafından ev temelli kardiyak rehabilitasyonun hastaların öz etkililikleri üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir araştırmada, açık kalp ameliyatından sonraki sekizinci haftanın sonunda öz etkililik puan ortalamaları açısından müdahale ve kontrol grubu arasında fark olduğu, müdahale grubundaki hastaların öz etkililik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucuna göre ev temelli kardiyak rehabilitasyonun hastaların öz etkililiği üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu bildirilmektedir.

Dishman ve ark.[13] tarafından yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylere verilen öz bakım eğitiminin fiziksel aktivite ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar üzerinde hastaların öz etkililiğini artırdığı belirlenmiştir.

Zimmerman ve ark.[20-22] tarafından yapılan açık kalp ameliyatı olan hastaların telefon yoluyla semptomlarının izlendiği çalışmalarda, ev temelli semptom yönetiminin hastaların fiziksel aktivite düzeylerini yükselttiği, tekrarlı kardiyak olayları, yorgunluk, depresyon, uyku problemleri, ağrı ve sağlık bakım harcamalarını azalttığı bildirilmektedir.

Barnason ve ark.[90] tarafından yapılan bir çalışmada açık kalp ameliyatı geçiren ve telefon yoluyla semptom yönetimi yapılan girişim grubundaki hastaların fiziksel aktivite düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Schulz ve ark.[19] tarafından açık kalp ameliyatı olan hastaların kullandıkları semptom yönetimi stratejilerini belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada, hastaların hemşireler tarafından eğitim yoluyla verilen semptom yönetimi stratejilerini kullandıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada, post operatif dönemde iyileşmeye yardım eden hemşirelerin, hastaların semptom yönetimi ile ilgili ne düşündüklerini, semptom yönetim stratejilerini kullanıp kullanmadıklarını ve semptom yönetim stratejilerinin nasıl daha etkili olabileceğini bilmelerinin yararlı olacağı bildirilmektedir.

# 3. MATERYAL ve METOT

## 3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, açık kalp ameliyatı olan hastalara öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakımın öz etkililik ve semptom yönetimine etkisini araştırmak amacıyla ön test son test kontrol gruplu deneysel bir çalışma olarak yapıldı.

## 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Erzincan il merkezinde bulunan altı mahalle (Karaağaç, İnönü, Fatih, Mimar Sinan, Mengüceli ve Yavuz Selim Mahallesi) ve Erzincan il merkezine uzaklığı 3-7 km arasında değişen il merkezine bağlı 3 belediyede Ocak 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmanın yürütüldüğü bölgeler Google Earth üzerinde işaretlendi ve Şekil 3.1.'de sunuldu.

**Şekil 3.1.** Araştırmanın Yürütüldüğü Bölgeler

## 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında ilgili bölgelerde yaşayan ve açık kalp ameliyatı olan bireyler oluşturdu. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastane arşiv kayıtlarından 90 kişiye açık kalp ameliyatı yapıldığı belirlendi.

Örneklem hacmi ise güç analizi yapılarak belirlendi, %80 güce ulaşmak için α=0.05 önemlilik düzeyinde ve %95 güven aralığında minimum örneklem büyüklüğünün her bir grup için en az 26 olması gerektiği belirlendi. Daha sonra 30 girişim, 30 kontrol grubunda olmak üzere toplam 60 hastanın çalışmaya alınmasına karar verildi. Araştırmaya alınma kriterleri;

- Açık kalp ameliyatı olan
- Erzincan il sınırları içinde ikamet eden
- Yetişkin yaş grubunda olan (30 yaş ve üzeri)
- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- İletişim kurabilen bireylerdir.

Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve yukarıda belirtilen evrenden sistematik randomizasyon yöntemi ile (1 girişim 1 kontrol grubu olmak üzere) seçilen 60 kişi oluşturdu.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu ve Semptom Kontrol Listesi ile toplandı.

#### 3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda[7-10] geliştirilen ve toplam 25 sorudan oluşan bu formda açık kalp ameliyatı olan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile tipi ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 14 soru, daha önce ameliyat olma, kronik hastalık ve kalp hastalığı yılı gibi hastalığa ilişkin özelliklerini içeren 6 soru ve ameliyat tipi, ameliyat sonrası hastanede kalma süresi gibi ameliyat sonrası döneme ilişkin özelliklerini içeren toplam 5 soru yer almaktadır (EK-2).

BKİ, yetişkin tartı aracı ve yetişkin mezurası ile değerlendirildi. Yetişkin tartı aracı, katılımcıların ağırlığının belirlenmesi için 0-150 kg arasını ölçebilen, digital bir ağırlık ölçüm aracıdır. Yetişkin mezurası ise, katılımcıların boy ve bel çevresi ölçümleri için 0-200 cm arası ölçüm yapabilen, plastik, esnek olmayan, 0.1 mm'lere bölünmüş, halka şeklini alabilen bir ölçüm aracıdır. BKİ değerleri DSÖ kriterlerine (zayıf, sağlıklı/normal, kilolu, şişman ve aşırı şişman) göre değerlendirildi[91].

### 3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kardiyak Cerrahi Versiyonu

Barnason ve ark.[79] tarafından geliştirilen BEBÖ'nin Türkiye'deki geçerlik-güvenirlik çalışması Avcı ve Karahan tarafından yapılmıştır[92]. Ölçek, KABG cerrahisi sonrası risk faktörleri ve yaşam stiline uyum sağlama sürecinde öz etkililiğin belirlenmesi için geliştirilmiştir. Barnason ve ark. tarafından yapılan çalışmada ölçek için Cronbach alfa değeri 0.93 olarak hesaplanmıştır[79]. Avcı ve Karahan[92] tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında ise, ölçeğin tüm maddeleri için Cronbach alfa katsayısı 0.83 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada alt ölçekler için Cronbach alfa katsayısının 0.75-0.76 arasında olduğu bildirilmektedir.

BEBÖ'nin orijinal formu toplam 15 maddeden ve tek faktörden oluşmaktadır. Ancak, Türkiye'de yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında, ölçeğin orijinal formunun revize edilmeden önceki beş alt ölçeğine uygun dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Bu alt ölçekler; fiziksel fonksiyon, öz-bakım yönetimi, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon ve egzersiz-aktivite modifikasyonudur. Ölçeğin Türkçe versiyonunda, fiziksel fonksiyon alt ölçeğine ait üç, öz-bakım yönetimi alt ölçeğine ait dört, diyet modifikasyonu alt ölçeğine ait iki, psiko-sosyal fonksiyon alt ölçeğine ait üç ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeğine ait üç madde ile birlikte toplam 15 madde bulunmaktadır. Her bir madde hastanın belirtilmiş davranışı gerçekleştirebileceğine olan güven algısına dayanan 1-4 puan Likert skalası (1= kesinlikle katılmıyorum, 4=

kesinlikle katılıyorum) aracılığı ile puanlandırılmaktadır. Skaladan alınan her bir yanıtın rakamları toplanarak toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçeğin tamamı için puan, 15-60 arasında değişmektedir. Yüksek puan, KABG cerrahisi sonrası iyileşme ve rehabilitasyon davranışlarının belirlenmesi için etkililik beklentisinin yüksek olduğunu göstermektedir[92] (EK-3).

Bu çalışmada BEBÖ'nin tüm maddeleri için Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak bulundu. Alt ölçeklerdeki Cronbach alfa katsayısı ise, fiziksel fonksiyon alt ölçeği için 0.88, öz-bakım yönetimi ve diyet modifikasyonu alt ölçeği için 0.96, psiko-sosyal fonksiyon alt ölçeği için 0.82 ve egzersiz-aktivite modifikasyonu için 0.94 olarak bulundu. Bu çalışmada ön test uygulaması yapılırken hastalar yeni ameliyat olduğundan Cronbach alfa katsayısı alınırken BEBÖ'nin son test ölçümleri dikkate alındı.

### 3.4.3. Semptom Kontrol Listesi

Literatürde, açık kalp ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası sıklıkla yaşadıkları semptomlar; yorgunluk ve halsizlik, uyku problemleri, göğüs ve bacak insizyon bölgesinde ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler, konstipasyon ve çarpıntı olarak belirtilmektedir[8,19,56,57]. Açık kalp ameliyatından sonra ev temelli semptom yönetiminin hastaların fiziksel aktivite düzeylerini yükselttiği, tekrarlı kardiyak olayları, yorgunluk, depresyon, uyku problemleri, ağrı ve sağlık bakım harcamalarını azalttığı bildirilmektedir[20-22]. Bu nedenlerden dolayı, bu araştırmada hastaların semptomlarının izlenmesi ve semptom yönetiminin yapılabilmesi için semptom kontrol listesine ihtiyaç duyuldu. Bu doğrultuda araştırmacı tarafından literatür taranarak hastaların taburculuk sonrası sıklıkla yaşadıkları semptomlar belirlendi ve bu semptomlar dikkate alınarak semptom kontrol listesi oluşturuldu [8,19,56,57].

Semptom kontrol listesi, açık kalp ameliyatından sonra görülen toplam 10 semptomdan (yorgunluk ve halsizlik, uyku problemleri, göğüs ve bacak insizyon bölgesinde ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler, konstipasyon, çarpıntı ve ateş) oluşmaktadır ve görsel analog şeklinde hazırlanmıştır. Her semptom 0-10 puan arası (0=semptom yok, 10=çok şiddetli semptom) puanlandırılmıştır. Hastaların yaşadıkları semptomlar ise ortalama puan üzerinden değerlendirilmiştir (EK-4).

### 3.5. Veri Toplama Yöntemi

#### 3.5.1. Ön Test Verilerinin Toplanması

Açık kalp ameliyatı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarla taburcu olmadan önce tedavi oldukları klinikte görüşüldü, çalışmaya katılmayı kabul eden girişim ve kontrol grubundaki bireylere bilgilendirilmiş onam formları (EK-5, EK-6) verildi ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan bu formu okumaları ve imzalamaları istendi. Bu görüşme sırasında hastaların adresleri ve iletişim bilgileri alındı. Ön test verileri, hastalara taburculuğun ilk 24-48. saatinde yapılan ilk ev ziyareti sırasında Hasta Tanıtım Formu (EK-2), BEBÖ (EK-3), Semptom Kontrol Listesi (EK-4) ile toplandı.

#### 3.5.2. Ara Test Verilerinin Toplanması

Ara test verilerinin toplanabilmesi için kontrol ve girişim grubundaki hastalara taburculuğu izleyen ikinci, dördüncü ve altıncı haftada ev ziyaretleri yapıldı ve bu ev ziyaretleri sırasında hastalara hasta tanıtım formu dışında kalan diğer formlar (EK-3, EK-4) uygulandı. Kontrol ve girişim grubundaki hastalara taburculuğun altıncı haftasındaki ev ziyareti sırasında iki hafta sonra bir ev ziyareti daha yapılacağı hatırlatıldı ve bir sonraki ziyaret için randevu alındı.

### 3.5.3. Son Test Verilerinin Toplanması

Kontrol ve girişim grubundaki hastalar sekizinci haftadan önce arandı, hem hasta hem de araştırmacı için uygun bir gün seçilerek taburculuğu izleyen sekizinci haftada son test verileri toplandı. Son test verilerinin toplanmasında hastalara hasta tanıtım formu dışında kalan diğer formlar (EK-3, EK-4) uygulandı. Son test verileri toplandıktan sonra kontrol grubundaki hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı (EK-7) verildi.

## 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve semptom yönetimi bağımlı, Orem'in öz bakım modeline göre verilen eğitim, bakım ve telefonla rehberlik hizmeti ise bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

## 3.7. Hemşirelik Girişimi

Araştırmacı, ev ziyaretlerine ve eğitim programını hazırlamaya başlamadan önce, Evde Bakım Derneği, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Evde Bakım Uygulama ve Araştırma Merkezi işbirliği ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde 23-25 Haziran 2014 tarihinde düzenlenen 3. Evde Bakım Hemşireliği Kursu'na (EK-8) ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tarafından 9-11 Şubat 2015 tarihinde düzenlenen Prof. Dr. Jean Watson'ın İnsan Bakım Bilimi ve Postmodern Hemşirelik Kursu'na (EK-9) katıldı.

Geliştirilen veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini ve doldurma süresini değerlendirmek için araştırma örneklemi dışında kalan beş hasta ile görüşüldü, ev ziyaretleri yapıldı ve veri toplama araçları gözden geçirildi.

Ev ziyaretleri dışında bireylerin rehberlik gereksinimleri olabileceği düşünülerek girişim grubundaki her hastaya araştırmacının telefon numarası verildi, hastalara 7/24 araştırmacıya ulaşabilecekleri söylendi ve hastaların telefonla rehberlik alma nedenleri,

yapılan müdahaleler ve müdahale sonuçları kaydedildi (EK-10). Araştırmacı, girişim grubundaki hastalar tarafından toplam 29 kez telefonla rehberlik hizmeti almak için arandı ve telefonla rehberlik yapıldığında hastanın gereksinimleri doğrultusunda hasta hekimine/ilgili kuruma yönlendirildi.

Girişim grubundaki hastalara taburculuğun ilk 24-48. saatinde bir kez ve taburculuğun birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci ve altıncı haftalarında haftada bir kez olmak üzere toplam yedi ev ziyareti yapıldı. İlk ev ziyareti ortalama 90 dk, diğer ev ziyaretleri ise ortalama 60 dk. sürdü ve hafta sonları da dahil olmak üzere günde ortalama iki ev ziyareti yapıldı. Bu ziyaretler sırasında hemşirelik girişimi, eğitim ve bakım olmak üzere iki aşamada gerçekleştirildi.

### 3.7.1. Eğitim

Ön test verileri toplandıktan sonra girişim grubundaki hastalara Orem'in Öz Bakım Modeline göre hazırlanmış, "Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri, Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri ve Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimlerini" ve açık kalp ameliyatı sonrası semptom yönetimi ile ilgili bilgileri içeren eğitim kitapçığı (EK-7) verildi ve konu ile ilgili merak edilenler olduğunda hastalara güvenilir web sayfalarından videolar izlettirildi (Tablo 3.1).

Ev ziyaretleri süresince hasta ailesi ile bir bütün olarak ele alındı ve özellikle hastanın bakımından sorumlu aile bireyinin eğitimler sırasında hastanın yanında bulunmasına özen gösterildi.

Ev ziyaretleri sırasında girişim grubundaki hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı doğrultusunda; açık kalp ameliyatı hakkında genel bilgilendirme, açık kalp ameliyatı sonrası normal kabul edilen durumlar, ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenler (ilaç kullanımı, solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, triflow kullanımı, uyku ve dinlenme, varis çorabı kullanımı, banyo yapma,

aktivite-egzersiz, araba kullanma, ev işleri, beslenme, oturma ve yatma pozisyonu, kontroller, sigara/alkol kullanımı, çalışma, ziyaretçiler, giysiler ve cinsellik), ameliyattan sonra yaşanabilecek semptomlar (yorgunluk/halsizlik, uyku problemleri, ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler ve yara bakımı, konstipasyon, stres ve stresle baş etme), semptom yönetimi, acil durumlar ve acil durumlarda yapılması gerekenlerle ilgili eğitim bireysel olarak verildi. Her ev ziyaretinde hastaların ihtiyaç duyduğu konular ve semptomları doğrultusunda verilen eğitim tekrar edildi ve ziyaret sonunda bir sonraki ziyaretin gün/saati için randevu alındı.

**Tablo 3.1. Orem'in Öz Bakım Modeline Göre Hazırlanmış Eğitim Konuları, Süreleri, Öğretim Yöntemleri ve Materyaller**

| Haftalar | Eğitim Programının Konusu | Süresi | Öğretim Yöntemi | Kullanılacak Materyal |
|---|---|---|---|---|
| **İlk 24-48. saat ve 1. Hafta** | -Açık kalp ameliyatı hakkında genel bilgilendirme, açık kalp ameliyatı sonrası normal kabul edilen durumlar, ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenler (ilaç kullanımı, solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, triflow kullanımı, uyku ve dinlenme, varis çorabı kullanımı, banyo yapma, aktivite-egzersiz, beslenme, oturma ve yatma pozisyonu, kontroller, sigara/alkol kullanımı, ziyaretçiler, giysiler), ameliyattan sonra yaşanabilecek semptomlar ve semptom yönetimi (yorgunluk/halsizlik, uyku problemleri, ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler ve yara bakımı, konstipasyon), acil durumlar ve acil durumlarda yapılması gerekenler | 60 dakika | -Anlatım, soru-cevap, tartışma | -Eğitim kitapçığı<br>-Video |
| **2. Hafta** | -Ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenler (ilaç kullanımı, solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, triflow kullanımı, uyku ve dinlenme, varis çorabı kullanımı, banyo yapma, aktivite-egzersiz, beslenme, oturma ve yatma pozisyonu, kontroller, sigara/alkol kullanımı, çalışma, ziyaretçiler, giysiler), ameliyattan sonra yaşanabilecek semptomlar ve semptom yönetimi (yorgunluk/halsizlik, uyku problemleri, ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler ve yara bakımı, konstipasyon), acil durumlar ve acil durumlarda yapılması gerekenler | 60 dakika | -Anlatım, soru-cevap, tartışma | -Eğitim kitapçığı<br>-Video |
| **3. Hafta** | -Ameliyat sonrası dikkat edilmesi gerekenler (ilaç kullanımı, solunum egzersizleri, öksürük egzersizleri, triflow kullanımı, uyku ve dinlenme, varis çorabı kullanımı, banyo yapma, aktivite-egzersiz, araba kullanma, ev işleri, beslenme, oturma ve yatma pozisyonu, kontroller, sigara/alkol kullanımı, çalışma, ziyaretçiler, giysiler ve cinsellik), ameliyattan sonra yaşanabilecek semptomlar ve semptom yönetimi (yorgunluk/halsizlik, uyku problemleri, ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler ve yara bakımı, konstipasyon, stres ve stresle baş etme), acil durumlar ve acil durumlarda yapılması gerekenler | 60 dakika | -Anlatım, soru-cevap, tartışma | -Eğitim kitapçığı<br>-Video |
| **4. Hafta** | -İhtiyaç duyulan konularda hastaya göre bireyselleştirilmiş eğitim | 60 dakika | -Anlatım, soru-cevap, tartışma | -Eğitim kitapçığı<br>-Video |
| **5. Hafta** | -İhtiyaç duyulan konularda hastaya göre bireyselleştirilmiş eğitim | 60 dakika | -Anlatım, soru-cevap, tartışma | -Eğitim kitapçığı<br>-Video |
| **6. Hafta** | -İhtiyaç duyulan konularda hastaya göre bireyselleştirilmiş eğitim | 60 dakika | -Anlatım, soru-cevap, tartışma | -Eğitim kitapçığı<br>-Video |

### 3.7.2. Bakım

Hastaların ameliyat sonrası döneme uyum sağlayabilmeleri, semptomların önlenmesi ya da en aza indirilmesi ve araştırmacının hastaya uygun hemşirelik girişimine karar verebilmesi için araştırmacı tarafından Orem'in öz bakım modeline göre ev ziyareti hasta değerlendirme formu hazırlandı (EK-11). Ev ziyareti hasta değerlendirme formu, evrensel öz bakım gereksinimlerini içeren on bir madde, gelişimsel öz bakım gereksinimlerini içeren altı madde ve sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimlerini içeren 16 madde olmak üzere toplam 33 maddeden oluşmaktadır. Bu formdan elde edilen bilgiler doğrultusunda hastanın gereksinimleri saptandı ve Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Birliği (NANDA) tanılama sistemine göre hemşirelik tanıları belirlendi (Tablo 4.16) ve bu doğrultuda hemşirelik girişimleri uygulandı.

Evrensel öz bakım gereksinimleri kapsamında; hastanın düzenli solunum, dengeli beslenme, yeterli sıvı alımı, boşaltım, kişisel temizlik ve hijyen, uyku, günlük aktiviteleri ve iletişimi değerlendirildi, bu alanlardan herhangi birinde sorun yaşayan hastalara gelişebilecek semptomları önlemek için hemşirelik bakımı verildi.

Gelişimsel öz bakım gereksinimleri kapsamında; hastanın bilgi eksikliği ve geçirdiği ameliyatın aile, arkadaş, iş yaşamı, sosyal yaşam ve ekonomik durumuna etkileri değerlendirildi.

Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri kapsamında ise; açık kalp ameliyatı sonrası iyileşmenin devam ettiği özellikle ilk sekiz hafta boyunca semptomların önlenmesinde hastaların yapması gereken öz bakım aktiviteleri değerlendirildi. Öz bakım aktiviteleri; solunum egzersizleri, triflow kullanımı, sternumun yastıkla desteklenerek öksürük egzersizlerinin yapılması, yara yeri bakımını yaparken keseleme/lifleme yapmaktan kaçınma, düzenli ilaç kullanımı, egzersiz, bacak

elevasyonu, güç gerektiren işlerden uzak durma, araba kullanmama, dinlenirken ve uyurken sağa sola dönmemeye dikkat etme, cinsel ilişkiden uzak durma, varis çorabı kullanma, sigara/alkolü bırakma, kontrol randevularına düzenli gitme ve stresle baş etme yöntemlerini kullanma olarak belirlendi. Semptom yönetiminin sağlanabilmesi için hastanın yorgunluk ve halsizlik, uykusuzluk, göğüs ve bacak insizyon bölgesinde ağrı, iştahsızlık, nefes darlığı, ödem, yara enfeksiyonu, konstipasyon, çarpıntı ve ateşinin olup olmadığı değerlendirildi ve tüm bulgular kaydedildi. Araştırmacı, hastaların yara bölgesinde enfeksiyon belirti ve bulguları saptadığında öncelikli olarak yara bakım ilkelerini hasta ve ailesi ile yeniden gözden geçirdi. Ayrıca, hastadan izin alınarak sadece yara bölgesinin fotoğrafı çekildi, whatsapp uygulaması ile hastanın hekimine gönderildi ve hastanın hekimi ile iş birliği yapılarak hastaya uygun tedavi (lokal ve/veya sistemik antibiyoterapi) önerisinde bulunuldu. İleri enfeksiyon bulgusu (ödem/endurasyon/kızarıklık/ısı artışı/yara bölgesinde akıntı/maserasyon/ağrı) varsa hasta polikliniğe yönlendirildi. Ağrı semptomunu bildiren hastalara hekim ile işbirliği yapılarak ağrı kesici önerisinde bulunuldu. Tüm ev ziyaretlerinde hastaların yaşam bulguları değerlendirildi, tüm bulgular kaydedildi ve yaşam bulgularında sapma olduğunda hastanın hekimi ile görüşülerek hastanın tedavisi/bakımı sağlandı. Tüm bu uygulamaların amacı, eve uyum sağlamaya çalışan hastanın her semptom için hastaneye gitmesini engellemek, hastayı erken iyileşme döneminde hastaneye gidip gelirken olası travmalardan ve nazokomiyal enfeksiyonlardan korumak ve hastanın doğru zamanda hekimi ile buluşmasını sağlamaktır.

### 3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 istatistik programı kullanıldı. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi için $p<0.05$ değeri kabul edildi. Verilerin sunumu için ortalama, standart sapma, yüzdelik, ki kare,

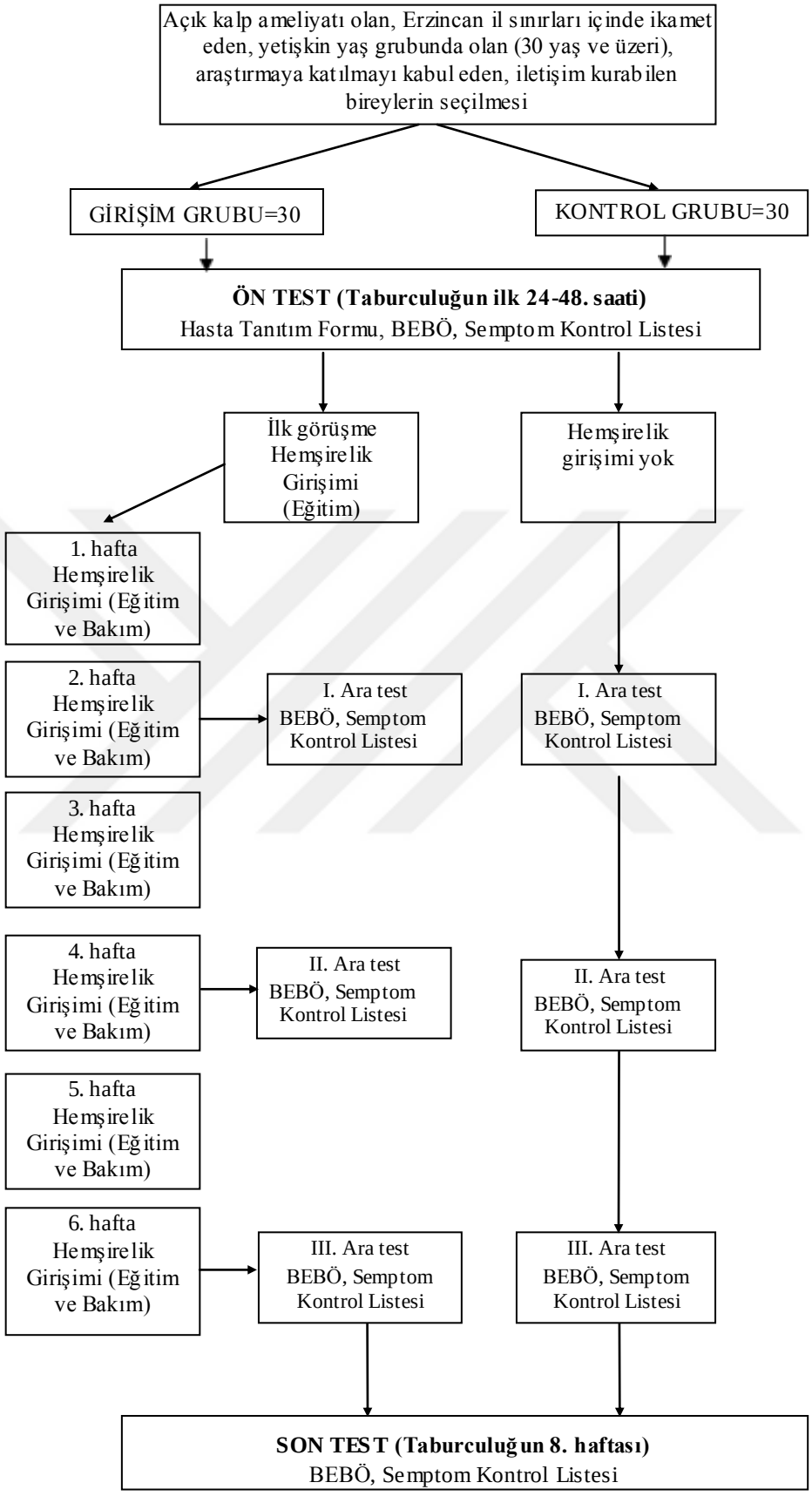
bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Friedman testi ve Wilcoxon testi kullanıldı.

### 3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar ile üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında ve T Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri (Toplum Sağlığı Merkezleri'ne bağlı birimler) ile H Tipi Evde Sağlık Hizmet Birimleri (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı hastaneler bünyesinde kurulan birimler) arasındaki bilgi akışı yetersiz olduğu için hastalara hastane ile işbirliği yapılarak ulaşılması bir sınırlılıktır. Ayrıca, araştırma il merkezi ve il merkezine bağlı beldelerde yürütüldüğü ve hastalara ev ziyareti yapıldığı için il merkezi ve il merkezine bağlı beldelerde ikamet etmeyen hastaların araştırma dışı bırakılması diğer bir sınırlılıktır. Hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları semptomları belirlemek için kullanılmak üzere Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılmış herhangi bir ölçüm aracı olmadığından araştırmacının semptomları değerlendirirken görsel analog kullanması araştırmanın diğer bir sınırlılığı olarak görülebilir. Ameliyat olan hastalara klinikte taburculuk öncesi taburculuk eğitimi verilmemesi, hastaların taburculuk sürecine hazırlanmadan ve kardiyak rehabilitasyon merkezine gönderilmeden direkt olarak eve gönderilmeleri, hastaların hastalığa ve geçirilen ameliyata uyum sağlayabilmesini olumsuz yönde etkilemiştir ve bu faktörler araştırmacının yaşadığı zorluklar arasında yer almaktadır.

### 3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alındı (EK-12). Aynı zamanda çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı ve sözlü onam alındı. BEBÖ'nin kullanılması için izin alındı (EK-13).




**Şekil 3.2. Araştırma Planı**

# 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma verilerine uygulanan istatistik analizler sonucunda elde edilen bulgular verildi.

**Tablo 4.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması**

| Özellikler | Girişim Grubu | | Kontrol Grubu | | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| **Cinsiyet** | | | | | |
| Kadın | 9 | 52.9 | 8 | 47.1 | $x^2$=0.082 |
| Erkek | 21 | 48.8 | 22 | 51.2 | p=0.774 |
| **Medeni Durum** | | | | | |
| Evli | 29 | 50.9 | 28 | 49.1 | p=1.000** |
| Bekar | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 | |
| **Eğitim** | | | | | |
| Eğitim almamış | 7 | 50.0 | 7 | 50.0 | $x^2$=0.606 |
| İlkokul | 11 | 52.4 | 10 | 47.6 | p=0.895 |
| Ortaokul | 3 | 37.5 | 5 | 62.5 | |
| Lise ve üzeri | 9 | 52.9 | 8 | 47.1 | |
| **Meslek** | | | | | |
| Ev hanımı | 7 | 46.7 | 8 | 53.3 | $x^2$=0.269 |
| Çalışan | 6 | 46.2 | 7 | 53.8 | p=0.874 |
| Emekli | 17 | 53.1 | 15 | 46.9 | |
| **Aile Tipi** | | | | | |
| Çekirdek | 24 | 51.1 | 23 | 48.9 | $x^2$=0.098 |
| Geniş | 6 | 46.2 | 7 | 53.8 | p=0.754 |
| **Bakımını üstlenen birey** | | | | | |
| Eşi | 19 | 48.7 | 20 | 51.3 | $x^2$=0.759 |
| Gelini | 4 | 66.7 | 2 | 33.3 | p=0.684 |
| Kızı veya oğlu | 7 | 46.7 | 8 | 53.3 | |
| **Gelir durumu** | | | | | |
| Gelir giderden az | 4 | 40.0 | 6 | 60.0 | $x^2$=1.119 |
| Gelir gidere eşit | 18 | 48.6 | 19 | 51.4 | p=0.571 |
| Gelir giderden fazla | 8 | 61.5 | 5 | 38.5 | |
| **Yaş** | $\bar{x}$=64.03 | S.S.= 9.60 | $\bar{x}$=64.77 | S.S.= 12.64 | t=-0.253*** p=0.801 |
| **BKİ** | $\bar{x}$=28.69 | S.S.=4.45 | $\bar{x}$=28.04 | S.S.=3.64 | t=0.626 p=0.534 |

*Ki kare testi yapıldı.
**Fisher'ın Kesin Ki Karesi yapıldı.
***Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.1'de sunuldu. Girişim grubundaki hastaların yaş ortalamasının

64.03±9.60, %52.9'unun kadın, %50.9'unun evli, % 52.9'unun lise mezunu ve %53.1'inin emekli olduğu saptandı. Hastaların BKİ'nin 28.69±4.45 olduğu, %51.1'inin çekirdek ailede yaşadığı, %66.7'sinin bakımını gelininin üstlendiği ve %61.5'inin gelirinin fazla olduğu belirlendi.

Kontrol grubundaki hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, yaş ortalamasının 64.77±12.64 olduğu, %51.2'sinin erkek, % 66.7'sinin bekar, % 62.5'inin ortaokul mezunu olduğu ve % 53.8'inin çalıştığı saptandı. Hastaların BKİ puan ortalamasının 28.04±3.64 olduğu, %53.8'inin geniş ailede yaşadığı, %53.3'ünün bakımını kızı/oğlunun üstlendiği ve %60'ının gelirinin giderinden az olduğu belirlendi. Tüm hastaların %100'ünün sosyal güvencesi bulunmakta idi (n=60) (Tablo 4.1).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların tıbbi öyküleri ve ameliyat sonrası döneme ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.2'de sunuldu. Girişim grubundaki hastaların tıbbi öyküleri ve ameliyat sonrası döneme ilişkin özellikleri incelendiğinde; %53.1'inin daha önce ameliyat olduğu, %51.7'sinin kronik hastalığı olduğu ve %47.7'sinin sürekli ilaç kullandığı belirlendi. Kontrol grubundaki hastaların tıbbi öyküleri ve ameliyat sonrası döneme ilişkin özellikleri incelendiğinde; %46.9'unun daha önce ameliyat olduğu ve %48.3'ünün diğer bir kronik hastalığı olduğu saptandı.

Çalışma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri ve tıbbi öyküleri incelendiğinde, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) ve her iki grubun benzer olduğu belirlendi (Tablo 4.1, 4.2).

**Tablo 4.2. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tıbbi Öykülerinin ve Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması**

| Özellikler | Girişim Grubu | | Kontrol Grubu | | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| **Daha önce ameliyat olma** | | | | | |
| Evet | 17 | 53.1 | 15 | 46.9 | $x^2$=0.268 |
| Hayır | 13 | 46.4 | 15 | 53.6 | p=0.605 |
| **Kronik hastalık** | | | | | |
| Var | 15 | 51.7 | 14 | 48.3 | $x^2$=0.067 |
| Yok | 15 | 48.4 | 16 | 51.6 | p=0.796 |
| **Kronik hastalık** | | | | | |
| Diyabetus Mellitus | 7 | 66.7 | 4 | 33.3 | $x^2$=4.704 |
| Hipertansiyon | 10 | 46.7 | 11 | 53.3 | p=0.582 |
| Astım | 1 | 25.0 | 2 | 75.0 | |
| **Sürekli ilaç kullanma** | | | | | |
| Evet | 21 | 47.7 | 23 | 52.3 | $x^2$=0.341 |
| Hayır | 9 | 56.3 | 7 | 43.8 | p=0.559 |
| **Sigara kullanma** | | | | | |
| Kullanıyor | 8 | 50.0 | 8 | 50.0 | $x^2$=0.000 |
| Kullanmıyor | 22 | 50.0 | 22 | 50.0 | p=1.000 |
| **Ameliyat tipi** | | | | | |
| KABG | 27 | 50.0 | 27 | 50.0 | p=1.000** |
| Kapak ameliyatı | 3 | 50.0 | 3 | 50.0 | |
| **Ameliyat sonrası dönemde hastanede kalma süresi** | | | | | |
| 5-6 gün | 7 | 53.8 | 6 | 46.2 | |
| 7-10 gün | 17 | 48.6 | 18 | 51.4 | $x^2$=4.305 |
| 11-15 gün | 2 | 40.0 | 3 | 60.0 | p=0.366 |
| 16-20 gün | 1 | 25.0 | 3 | 75.0 | |
| 21-25 gün | 3 | 100 | 0 | 0.0 | |
| **Kalp hastalığı süresi (yıl)** | $\bar{x}$=4.37 | S.S=3.89 | $\bar{x}$=4.30 | S.S=6.43 | t=0.049*** p=0.961 |
| **Değiştirilen damar Sayısı** | $\bar{x}$=2.27 | S.S=1.26 | $\bar{x}$=2.43 | S.S=1.28 | t=0.509 p=0.603 |

*Ki kare testi yapıldı.
**Fisher'ın Kesin Ki Karesi yapıldı.
***Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları semptomlara ilişkin ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te sunuldu. Girişim ve kontrol grubunda ameliyat sonrası dönemde yaşanan semptomlara ilişkin ön

test puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tüm semptomlara yönelik puanların benzer olduğu belirlendi (p>0.05).

**Tablo 4.3. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Semptomlar | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Nefes darlığı** | 5.07±3.23 | 5.23±1.99 | U=423.000 p=0.685 |
| **Çarpıntı** | 2.63±2.74 | 2.93±2.26 | U=397.500 p=0.426 |
| **Ateş** | 0.37±0.96 | 1.07±2.02 | U=392.500 p=0.208 |
| **Alt ekstremitelerde ödem** | 4.10±2.09 | 4.50±1.93 | U=410.500 p=0.551 |
| **Yorgunluk ve halsizlik** | 3.97±2.68 | 4.93±1.80 | U=354.500 p=0.149 |
| **Uykusuzluk** | 5.23±2.94 | 5.97±2.20 | U=389.000 p=0.362 |
| **İştah problemleri** | 2.00±2.61 | 3.13±2.93 | U=341.000 p=0.093 |
| **Ameliyat bölgesinde ağrı** | 4.77±2.49 | 5.63±1.69 | U=352.000 p=0.133 |
| **Ameliyat bölgesinde akıntı** | 0.50±1.25 | 0.53±1.50 | U=449.500 p=0.991 |
| **Konstipasyon** | 1.17±1.86 | 1.37±2.44 | U=438.000 p=0.832 |

*Mann Whitney U testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların BEBÖ ön test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunuldu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, psikososyal fonksiyon ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (p>0.05), diyet modifikasyonu alt ölçeği puan ortalaması yönünden ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0.05).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 1. ev ziyaretinde ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşadıkları semptomların karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunuldu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların semptomları karşılaştırıldığında; nefes darlığı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk ve halsizlik ve ameliyat bölgesinde ağrı sorunlarına

ilişkin aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğer semptomlar olan çarpıntı, ateş, uykusuzluk, iştah problemleri, ameliyat bölgesinde akıntı ve konstipasyon açısından aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

**Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Ön Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Ölçek Alt Ölçekleri | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Fiziksel fonksiyon** | 3.00±0.00 | 3.00±0.00 | U=450.000 p=1.000 |
| **Öz bakım yönetimi** | 7.33±2.95 | 6.87±1.74 | U=423.500 p=0.687 |
| **Diyet modifikasyonu** | 5.07±1.55 | 4.30±0.95 | U=341.000 p= **0.049** |
| **Psikososyal fonksiyon** | 5.17±1.18 | 4.70±1.02 | U=360.500 p=0.146 |
| **Egzersiz-aktivite modifikasyonu** | 6.17±2.23 | 5.50±1.36 | U=391.500 p=0.378 |
| **Toplam Puan** | 26.73±7.12 | 24.37±3.99 | U=413.000 p=0.582 |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

**Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (1. Ziyaret)**

| Semptomlar | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Nefes darlığı** | 2.83±2.65 | 5.53±2.37 | t=-4.154** p=**0.000** |
| **Çarpıntı** | 1.93±2.46 | 2.90±2.56 | U=350.500 p=0.123 |
| **Ateş** | 0.60±1.38 | 1.53±2.52 | U=372.500 p=0.141 |
| **Alt ekstremitelerde ödem** | 3.30±2.07 | 4.67±2.19 | U=257.000 p=**0.004** |
| **Yorgunluk ve halsizlik** | 3.57±2.64 | 4.87±2.19 | U=284.000 p=**0.013** |
| **Uykusuzluk** | 4.80±2.50 | 5.63±2.16 | U=343.500 p=0.110 |
| **İştah problemleri** | 1.67±2.06 | 3.03±2.79 | U=326.500 p=0.054 |
| **Ameliyat bölgesinde ağrı** | 3.80±2.07 | 5.33±2.20 | U=252.000 p=**0.003** |
| **Ameliyat bölgesinde akıntı** | 1.47±2.57 | 1.03±2.47 | U=394.500 p=0.292 |
| **Konstipasyon** | 0.47±0.94 | 0.63±1.71 | U=404.500 p=0.335 |

* Mann Whitney U testi yapıldı.
**Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

**Tablo 4.6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (1. Ziyaret)**

| Ölçek Alt Ölçekleri | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Fiziksel fonksiyon** | 3.57±1.10 | 3.37±0.89 | U=417.000 p=0.484 |
| **Öz bakım yönetimi** | 10.60±2.81 | 7.60±2.61 | U=175.500 p=**0.000** |
| **Diyet modifikasyonu** | 5.53±1.14 | 4.37±1.30 | U=234.500 p=**0.000** |
| **Psikososyal fonksiyon** | 5.03±1.03 | 5.07±1.14 | U=444.500 p=0.927 |
| **Egzersiz-aktivite modifikasyonu** | 7.70±1.74 | 6.13±1.98 | U=212.500 p=**0.000** |
| **Toplam Puan** | 32.43±5.82 | 26.53±6.22 | U=214.500 p=**0.000** |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 1. ev ziyaretinde BEBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunuldu. Yapılan değerlendirmede girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz bakım yönetimi, diyet ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), fiziksel ve psikososyal fonksiyon alt ölçeklerindeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 2. ev ziyaretinde ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşadıkları semptomların karşılaştırılması Tablo 4.7'de sunuldu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 2. ev ziyaretinde ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşadıkları semptomlar karşılaştırıldığında; nefes darlığı, çarpıntı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk ve halsizlik ve ameliyat bölgesinde ağrı sorunlarına ilişkin aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğer semptomlar açısından aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

**Tablo 4.7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (2. Ziyaret)**

| Semptomlar | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Nefes darlığı** | 1.03±1.97 | 4.00±2.44 | U=150.000 p=**0.000** |
| **Çarpıntı** | 0.57±1.52 | 1.80±2.31 | U=339.000 p=**0.038** |
| **Ateş** | 0.00±0.00 | 0.57±1.89 | U=405.000 p=0.078 |
| **Alt ekstremitelerde ödem** | 2.13±1.78 | 3.40±2.08 | U=283.500 p=**0.013** |
| **Yorgunluk ve halsizlik** | 1.73±1.91 | 3.90±2.17 | U=208.500 p=**0.000** |
| **Uykusuzluk** | 3.30±2.44 | 4.00±2.46 | U=336.000 p=0.088 |
| **İştah problemleri** | 1.20±1.67 | 1.83±2.23 | U=401.000 p=0.422 |
| **Ameliyat bölgesinde ağrı** | 2.13±2.08 | 4.33±1.63 | U=174.000 p=**0.000** |
| **Ameliyat bölgesinde akıntı** | 0.47±1.48 | 0.13±0.43 | U=431.500 p=0.624 |
| **Konstipasyon** | 0.30±1.15 | 0.43±1.30 | U=435.000 p=0.691 |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 2. ev ziyaretinde BEBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8'de sunuldu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, diyet ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), psikososyal fonksiyon alt ölçeğindeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 3. ev ziyaretinde ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşadıkları semptomların karşılaştırılması Tablo 4.9'da sunuldu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların semptomları karşılaştırıldığında; nefes darlığı, çarpıntı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk ve halsizlik, uykusuzluk, iştah problemleri ve ameliyat bölgesinde ağrı sorunlarına ilişkin aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı

olduğu ($p<0.05$), diğer semptomlar açısından aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

**Tablo 4.8. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (2. Ziyaret)**

| Ölçek Alt Ölçekleri | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Fiziksel fonksiyon** | 5.43±1.91 | 4.43±1.38 | U=324.500 p=**0.049** |
| **Öz bakım yönetimi** | 12.43±2.40 | 8.87±2.71 | U=143.500 p=**0.000** |
| **Diyet modifikasyonu** | 6.60±0.93 | 5.70±5.91 | U=165.000 p=**0.000** |
| **Psikososyal fonksiyon** | 6.66±1.49 | 6.07±1.28 | U=347.000 p=0.108 |
| **Egzersiz-aktivite modifikasyonu** | 9.47±1.33 | 6.67±2.01 | U=129.500 p=**0.000** |
| **Toplam Puan** | 40.60±6.49 | 31.73±9.70 | U=155.500 p=**0.000** |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

**Tablo 4.9. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (3. Ziyaret)**

| Semptomlar | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Nefes darlığı** | 0.50±1.31 | 2.90±2.37 | U=211.500 p=**0.000** |
| **Çarpıntı** | 0.43±1.77 | 1.37±2.03 | U=323.500 p=**0.009** |
| **Ateş** | 0.03±0.18 | 0.40±1.40 | U=418.500 p=0.281 |
| **Alt ekstremitelerde ödem** | 1.07±1.26 | 2.97±2.16 | U=237.000 p=**0.001** |
| **Yorgunluk ve halsizlik** | 1.00±1.74 | 2.50±2.45 | U=284.500 p=**0.009** |
| **Uykusuzluk** | 1.47±2.13 | 2.90±2.54 | U=298.000 p=**0.019** |
| **İştah problemleri** | 0.47±1.36 | 1.90±2.01 | U=279.500 p=**0.002** |
| **Ameliyat bölgesinde ağrı** | 0.83±1.15 | 3.47±2.03 | U=158.000 p=**0.000** |
| **Ameliyat bölgesinde akıntı** | 0.10±0.55 | 0.13±0.73 | U=449.500 p=0.981 |
| **Konstipasyon** | 0.17±0.65 | 0.13±0.73 | U=436.000 p=0.584 |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların 3. ev ziyaretinde BEBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.10'da sunuldu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların öz bakım yönetimi, diyet ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), fiziksel ve psikososyal fonksiyon alt ölçeğindeki puan ortalamaları arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

**Tablo 4.10. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (3. Ziyaret)**

| Ölçek Alt Ölçekleri | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{X}$±S.S | $\bar{X}$±S.S | |
| **Fiziksel fonksiyon** | 6.67±1.99 | 5.90±1.27 | U=338.000 p=0.076 |
| **Öz bakım yönetimi** | 12.43±2.40 | 8.87±2.71 | U=143.500 p=**0.000** |
| **Diyet modifikasyonu** | 6.60±0.93 | 5.70±5.91 | U=165.000 p=**0.000** |
| **Psikososyal fonksiyon** | 6.67±1.49 | 6.07±1.28 | U=347.000 p=0.108 |
| **Egzersiz-aktivite modifikasyonu** | 9.47±1.33 | 6.67±2.01 | U=129.500 p=**0.000** |
| **Toplam Puan** | 44.93±7.32 | 33.30±6.87 | U=115.500 p=**0.000** |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları semptomlara ilişkin son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.11'de sunuldu. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşadıkları semptomlar karşılaştırıldığında; nefes darlığı, çarpıntı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk ve halsizlik, iştah problemleri ve ameliyat bölgesinde ağrı sorunlarına ilişkin aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), diğer semptomlar açısından ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p>0.05$).

**Tablo 4.11. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Semptomlar | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Nefes darlığı** | 0.20±0.55 | 2.47±2.18 | U=192.000 p=**0.000** |
| **Çarpıntı** | 0.03±0.18 | 0.93±1.55 | U=325.500 p=**0.005** |
| **Ateş** | 0.00±0.00 | 0.20±1.10 | U=435.000 p=0.317 |
| **Alt ekstremitelerde ödem** | 0.37±0.61 | 2.50±2.03 | U=201.500 p=**0.000** |
| **Yorgunluk ve halsizlik** | 0.27±0.52 | 1.80±2.25 | U=300.500 p=**0.009** |
| **Uykusuzluk** | 1.30±2.34 | 2.33±2.19 | U=345.000 p=0.097 |
| **İştah problemleri** | 0.03±0.18 | 1.27±1.82 | U=294.500 p=**0.001** |
| **Ameliyat bölgesinde ağrı** | 0.33±0.55 | 2.50±2.06 | U=215.000 p=**0.000** |
| **Ameliyat bölgesinde akıntı** | 0.00±0.00 | 0.07±0.37 | U=435.000 p=0.317 |
| **Konstipasyon** | 0.13±0.73 | 0.53±1.41 | U=405.000 p=0.165 |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

**Tablo 4.12. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

| Ölçek Alt Ölçekleri | Girişim Grubu | Kontrol Grubu | Test* ve Önemlilik |
|---|---|---|---|
| | $\bar{x}$±S.S | $\bar{x}$±S.S | |
| **Fiziksel fonksiyon** | 11.27±2.79 | 9.03±1.90 | U=235.500 p=**0.001** |
| **Öz bakım yönetimi** | 14.23±1.99 | 9.70±2.63 | U=80.500 p=**0.000** |
| **Diyet modifikasyonu** | 7.00±1.02 | 4.87±1.28 | U=97.500 p=**0.000** |
| **Psikososyal fonksiyon** | 8.73±2.02 | 6.93±1.53 | U=218.500 p=**0.000** |
| **Egzersiz-aktivite modifikasyonu** | 10.60±1.48 | 7.07±1.74 | U=72.000 p=**0.000** |
| **Toplam Puan** | 48.80±7.84 | 35.13±7.45 | U=99.500 p=**0.000** |

* Mann Whitney U testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların BEBÖ son test puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.12'de sunuldu. Fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, diyet

modifikasyonu, psikososyal fonksiyon ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0.05$) .

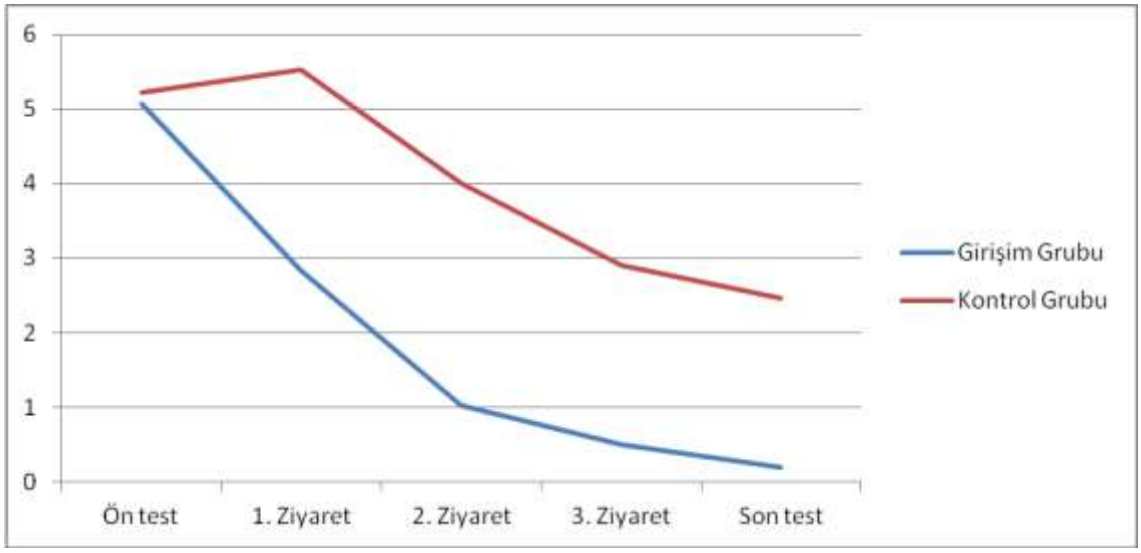
**Tablo 4.13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması**

| | Semptomlar | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ön test** | **1. ziyaret** | **2. ziyaret** | **3. ziyaret** | **Son test** | **Test* ve Önemlilik** |
| | **x̄±S.S** | **x̄±S.S** | **x̄±S.S** | **x̄±S.S** | **x̄±S.S** | |
| | | | **Nefes Darlığı** | | | |
| **Girişim** | 5.07±3.23 | 2.83±2.65 | 1.03±1.97 | 0.50±1.31 | 0.20±0.55 | $x^2_F$ =97.014 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 5.23±1.99 | 5.53±2.37 | 4.00±2.44 | 2.90±2.37 | 2.47±2.18 | $x^2_F$ =68.954 p=**0.000** |
| | | | **Çarpıntı** | | | |
| **Girişim** | 2.63±2.74 | 1.93±2.46 | 0.57±1.52 | 0.43±1.77 | 0.03±0.18 | $x^2_F$ =56.473 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 2.93±2.26 | 2.90±2.56 | 1.80±2.31 | 1.37±2.03 | 0.93±1.55 | $x^2_F$ =25.791 p=**0.000** |
| | | | **Ateş** | | | |
| **Girişim** | 0.37±0.96 | 0.60±1.38 | 0.00±0.00 | 0.03±0.18 | 0.00±0.00 | $x^2_F$ =13.901 p=**0.008** |
| **Kontrol** | 1.07±2.02 | 1.53±2.52 | 0.57±1.89 | 0.40±1.40 | 0.20±1.10 | $x^2_F$ =19.353 p=**0.001** |
| | | | **Alt Ekstremitelerde Ödem** | | | |
| **Girişim** | 4.10±2.09 | 3.30±2.07 | 2.13±1.78 | 1.07±1.26 | 0.37±0.61 | $x^2_F$ =81.530 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 4.50±1.93 | 4.67±2.19 | 3.40±2.08 | 2.97±2.16 | 2.50±2.03 | $x^2_F$ =32.938 p=**0.000** |
| | | | **Yorgunluk ve Halsizlik** | | | |
| **Girişim** | 3.97±2.68 | 3.57±2.64 | 1.73±1.91 | 1.00±1.74 | 0.27±0.52 | $x^2_F$ =78.080 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 4.93±1.79 | 4.87±2.19 | 3.90±2.17 | 2.50±2.45 | 1.80±2.25 | $x^2_F$ =47.230 p=**0.000** |
| | | | **Uykusuzluk** | | | |
| **Girişim** | 5.23±2.94 | 4.80±2.50 | 3.30±2.44 | 0.47±1.36 | 1.30±2.34 | $x^2_F$ =75.258 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 5.97±2.20 | 5.63±2.16 | 4.00±2.46 | 1.90±2.01 | 2.33±2.19 | $x^2_F$ =49.297 p=**0.000** |

* $x^2_{F=}$ Friedman testi yapıldı.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları semptomlara ilişkin grup içi karşılaştırılması Tablo 4.13'te sunuldu. Nefes darlığı yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden

kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 1., 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ölçüm puanının 3. ölçüm ve son test puanından farklı olduğu belirlendi. Kontrol grubu için ise ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 3. ölçüm puanından ve 2. ölçüm puanının 3. ölçüm puanından farklı olduğu belirlendi.

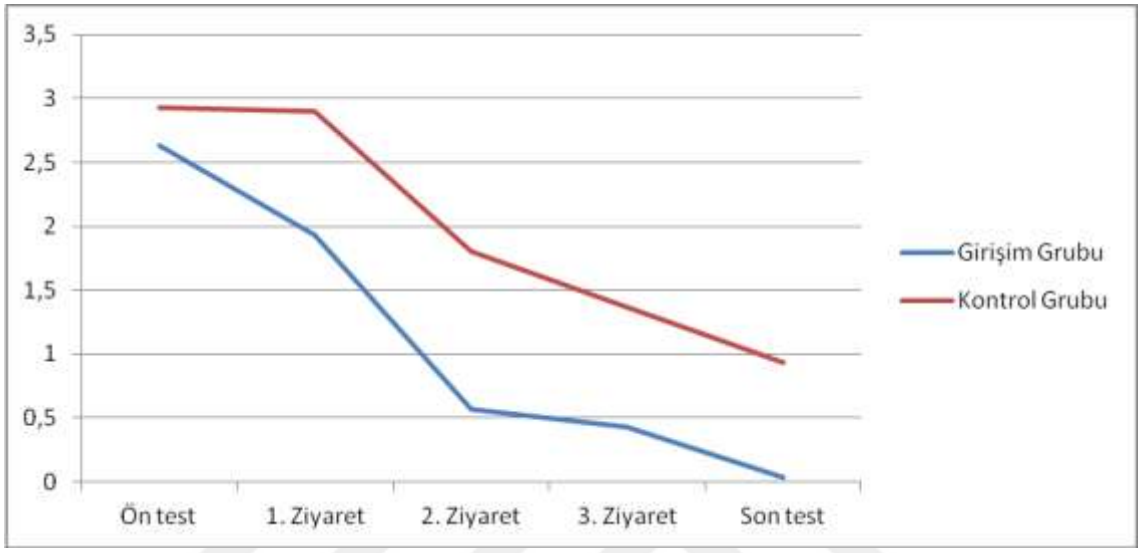



**Şekil 4.1.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Nefes Darlığı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

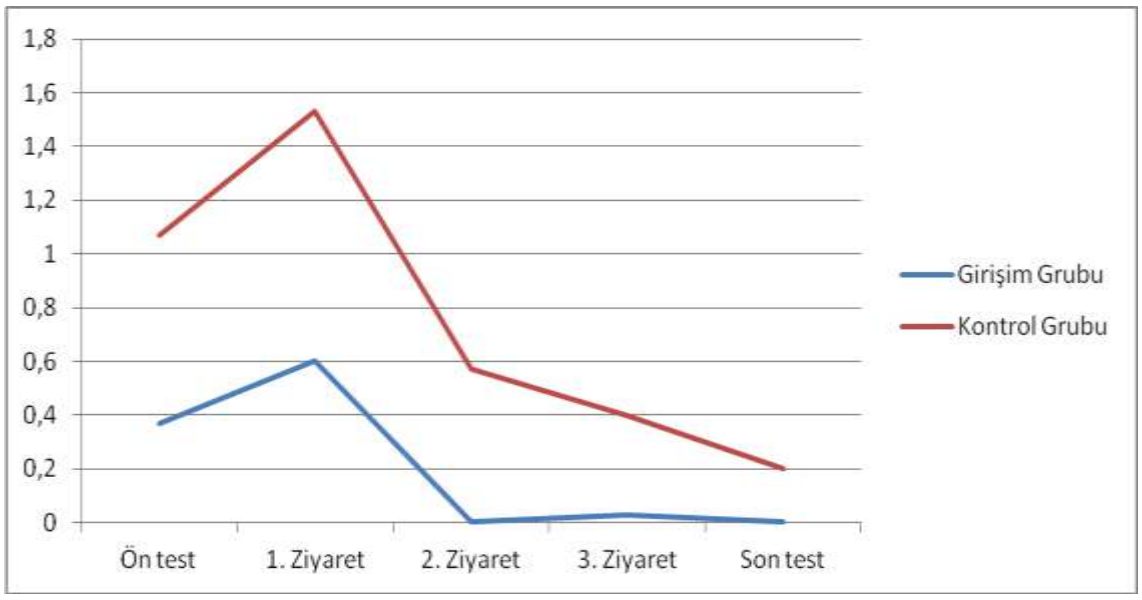
Çarpıntı yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 1., 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ölçüm puanının 3. ölçüm puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

Ateş yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

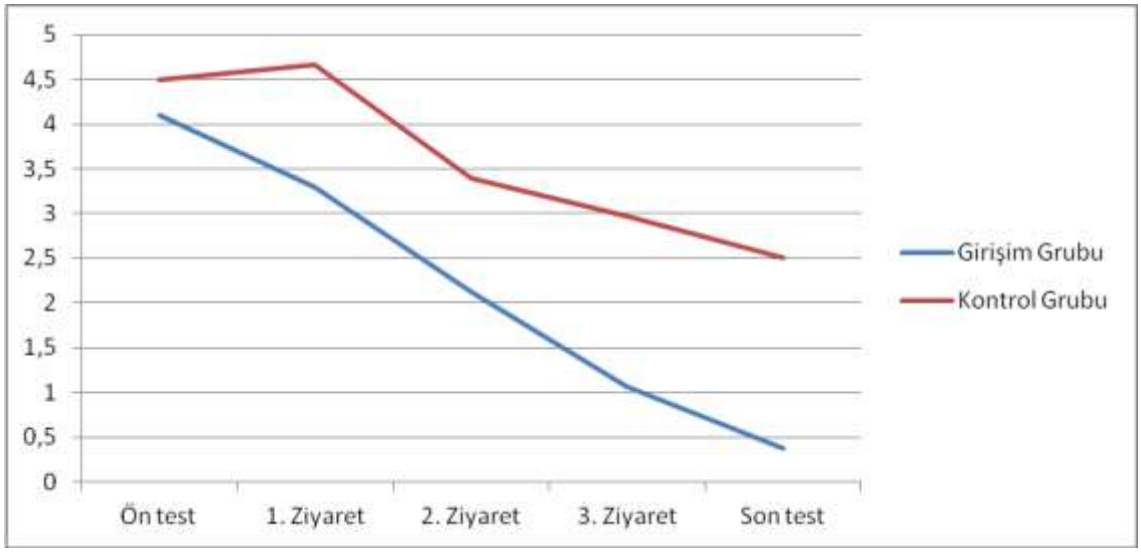



**Şekil 4.2.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Çarpıntı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması




**Şekil 4.3.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ateş Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

Alt ekstremitelerde ödem yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için tüm ölçümlerin farklı olduğu belirlendi. Kontrol grubu için ise ön test puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 3. ölçüm puanından, 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).




**Şekil 4.4.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Alt Ekstremitelerde Ödem Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

Yorgunluk ve halsizlik yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ölçüm puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise ön test puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ölçüm puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

**Şekil 4.5.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yorgunluk ve Halsizlik Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

Uykusuzluk yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ölçüm puanının son test puanından, 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu belirlendi. Kontrol grubu için ise ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

**Şekil 4.6.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Uykusuzluk Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

İştah problemleri yönünden girişim grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ölçüm puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu belirlendi. Kontrol grubu için anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Sonrası Dönemde Yaşadıkları Semptomlara İlişkin Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması (Devam)**

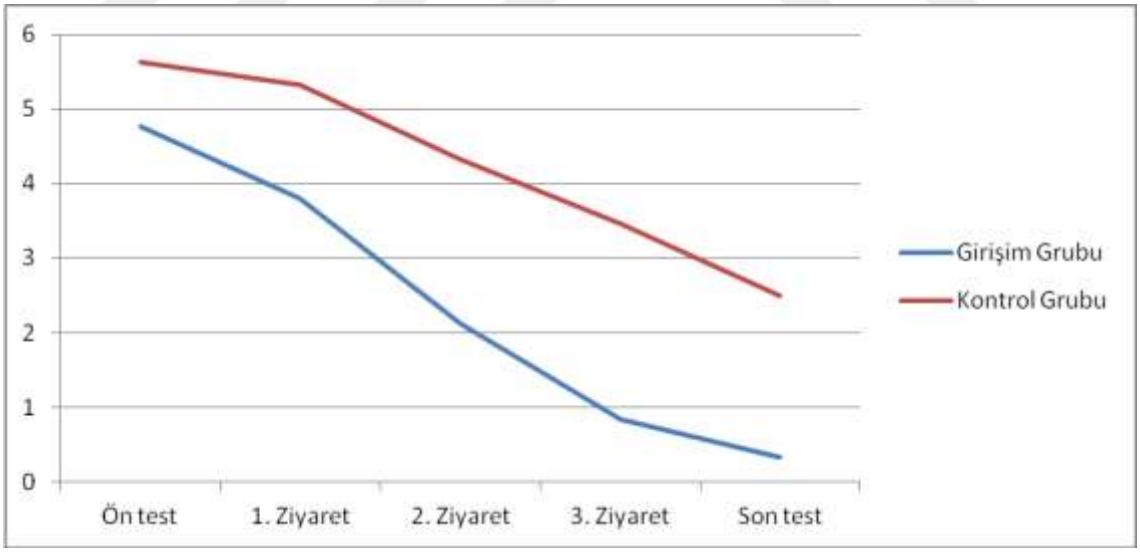
| | Semptomlar | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ön test** | **1. ziyaret** | **2. ziyaret** | **3. ziyaret** | **Son test** | **Test* ve Önemlilik** |
| | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | |
| | **İştah Problemleri** | | | | | |
| **Girişim** | 2.00±2.61 | 1.67±2.06 | 1.20±1.67 | 0.47±1.36 | 0.03±0.18 | $x^2_F$ =42.970 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 3.13±2.93 | 3.03±2.79 | 1.83±2.23 | 1.90±2.01 | 1.27±1.82 | $x^2_F$ =4.897 p=0.298 |
| | **Ameliyat Bölgesinde Ağrı** | | | | | |
| **Girişim** | 4.77±2.49 | 3.80±2.07 | 2.13±2.08 | 0.83±1.15 | 0.33±0.55 | $x^2_F$ =43.782 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 5.63±1.69 | 5.33±2.20 | 4.33±1.63 | 3.47±2.03 | 2.50±2.06 | $x^2_F$ =65.587 p=**0.000** |
| | **Ameliyat Bölgesinde Akıntı** | | | | | |
| **Girişim** | 0.50±1.25 | 1.47±2.57 | 0.47±1.48 | 0.10±0.55 | 0.00±0.00 | $x^2_F$ =88.306 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 0.53±1.50 | 1.03±2.47 | 0.13±0.43 | 0.13±0.73 | 0.07±0.37 | $x^2_F$ =89.378 p=**0.000** |
| | **Konstipasyon** | | | | | |
| **Girişim** | 1.17±1.86 | 0.47±0.94 | 0.30±1.15 | 0.17±0.65 | 0.13±0.73 | $x^2_F$ =21.029 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 1.37±2.44 | 0.63±1.71 | 0.43±1.30 | 0.13±0.73 | 0.53±1.41 | $x^2_F$ =10.575 p=**0.032** |

* $x^2_{F=}$ Friedman testi yapıldı.

Ameliyat bölgesinde ağrı yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için tüm ölçümlerin farklı olduğu, kontrol grubu için ise ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı

ve son test puanından, 2. ölçüm puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

**Şekil 4.7.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların İştah Problemleri Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması



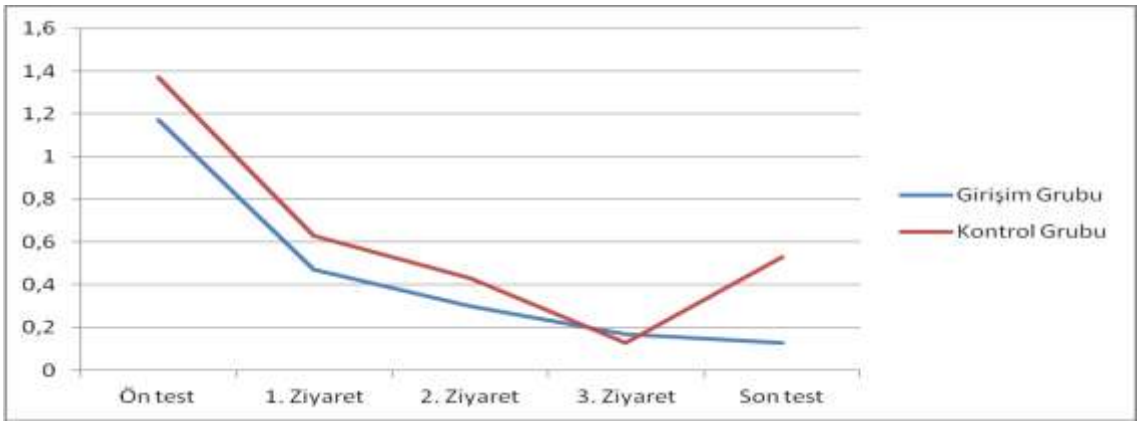

**Şekil 4.8.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Bölgesinde Ağrı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

Ameliyat bölgesinde akıntı yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde

(Z) girişim grubu için ön test puanının son test puanından, 1. ölçüm puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise 1. ölçüm puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).

**Şekil 4.9.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ameliyat Bölgesinde Akıntı Semptomu Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

Konstipasyon yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 1., 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise ön test puanının 1., 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.13).




**Şekil 4.10.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Konstipasyon Yönünden Grup İçi Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların BEBÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılması Tablo 4.14'te sunuldu. Fiziksel fonksiyon alt ölçeği puan ortalamaları yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) hem girişim hem de kontrol grubunda tüm ziyaretlerde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$).

Öz bakım yönetimi alt ölçeği puan ortalamaları yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 1., 2., 3. ölçüm ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2.,3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ve 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için, ön test puanının 2., 3. ölçüm ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2.,3. ve son test puanından, 2. ve 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.14).

Diyet modifikasyonu alt ölçeği puan ortalamaları yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için, ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2.,3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ve 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise, ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2. ve 3. ölçüm puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.14).

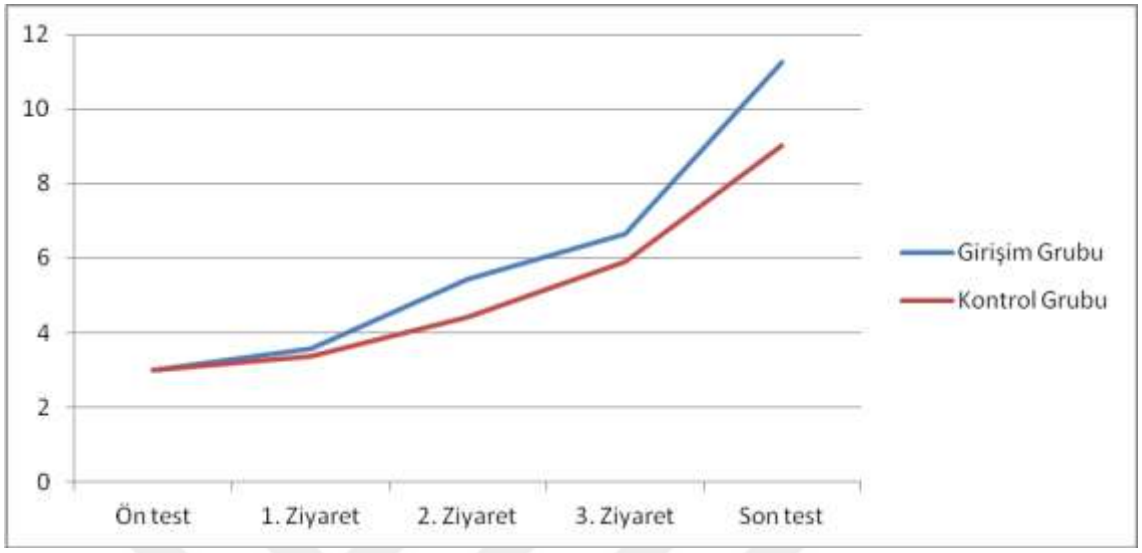
**Tablo 4.14. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Alt Ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması**

| | BEBÖ Alt Ölçekleri ve Toplam Puan | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ön test** | **1. ziyaret** | **2. ziyaret** | **3. ziyareti** | **Son test** | **Test* ve Önemlilik** |
| | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | **$\bar{x}$±S.S** | |
| **Fiziksel Fonksiyon** | | | | | | |
| **Girişim** | 3.00±0.00 | 3.57±1.10 | 5.43±1.91 | 6.67±1.99 | 11.27±2.79 | $x^2_F$ =107.027 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 3.00±0.00 | 3.67±0.89 | 4.43±1.38 | 5.90±1.27 | 9.03±1.90 | $x^2_F$ =106.992 p=**0.000** |
| **Öz Bakım Yönetimi** | | | | | | |
| **Girişim** | 7.33±2.95 | 10.60±2.81 | 12.43±2.40 | 12.43±2.40 | 14.23±1.99 | $x^2_F$ =69.189 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 6.87±1.74 | 7.60±2.61 | 8.87±2.71 | 8.87±2.71 | 9.70±2.63 | $x^2_F$ =47.023 p=**0.000** |
| **Diyet Modifikasyonu** | | | | | | |
| **Girişim** | 5.07±1.55 | 5.53±1.14 | 6.60±0.93 | 6.60±0.93 | 7.00±1.02 | $x^2_F$ =62.796 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 4.30±0.95 | 4.37±1.30 | 5.70±5.91 | 5.70±5.91 | 4.87±1.28 | $x^2_F$ =13.607 p=**0.009** |
| **Psikososyal Fonksiyon** | | | | | | |
| **Girişim** | 5.17±1.18 | 5.03±1.03 | 6.67±1.49 | 6.67±1.49 | 8.73±2.02 | $x^2_F$ =94.928 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 4.70±1.02 | 5.07±1.14 | 6.07±1.28 | 6.07±1.28 | 6.93±1.53 | $x^2_F$ =71.896 p=**0.000** |
| **Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu** | | | | | | |
| **Girişim** | 6.17±2.23 | 7.70±1.74 | 9.47±1.33 | 9.47±1.33 | 10.60±1.48 | $x^2_F$ =91.487 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 5.50±1.36 | 6.13±1.98 | 6.67±2.01 | 6.67±2.01 | 7.07±1.74 | $x^2_F$ =38.125 p=**0.000** |
| **Toplam Puan** | | | | | | |
| **Girişim** | 26.73±7.12 | 32.43±5.82 | 40.60±6.49 | 44.93±7.31 | 48.80±7.84 | $x^2_F$ =101.49 p=**0.000** |
| **Kontrol** | 24.37±3.99 | 26.53±6.22 | 31.73±9.70 | 33.30±6.87 | 35.13±7.45 | $x^2_F$ =93.119 p=**0.000** |

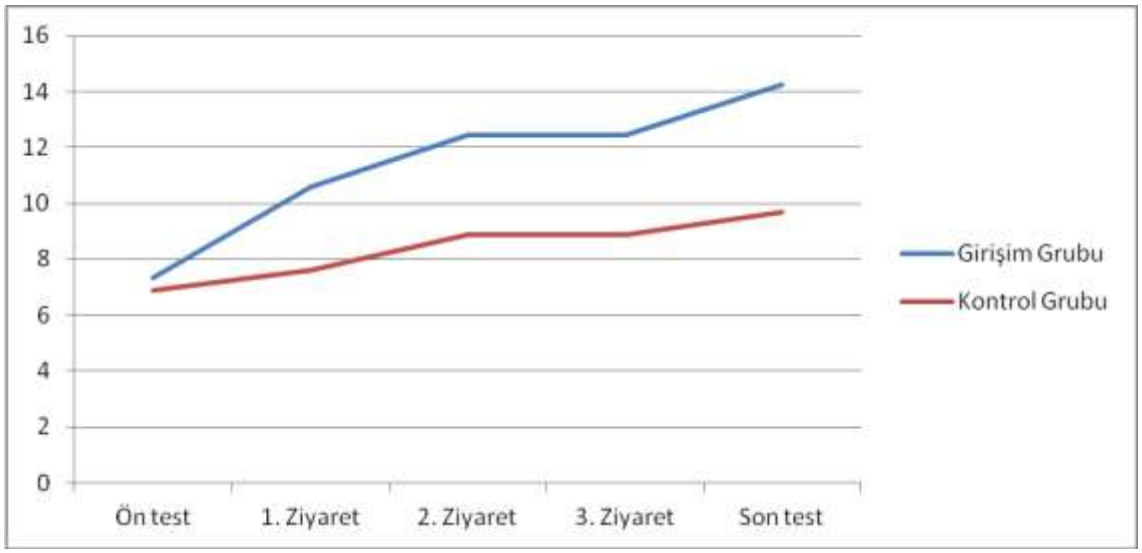
* $x^2_{F=}$ Friedman testi yapıldı.

Psikososyal fonksiyon alt ölçeği puan ortalamaları yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2.,3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ve 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise, ön test puanının 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2.,3. ölçüm puanı ve son test

puanından, 2. ve 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.14).



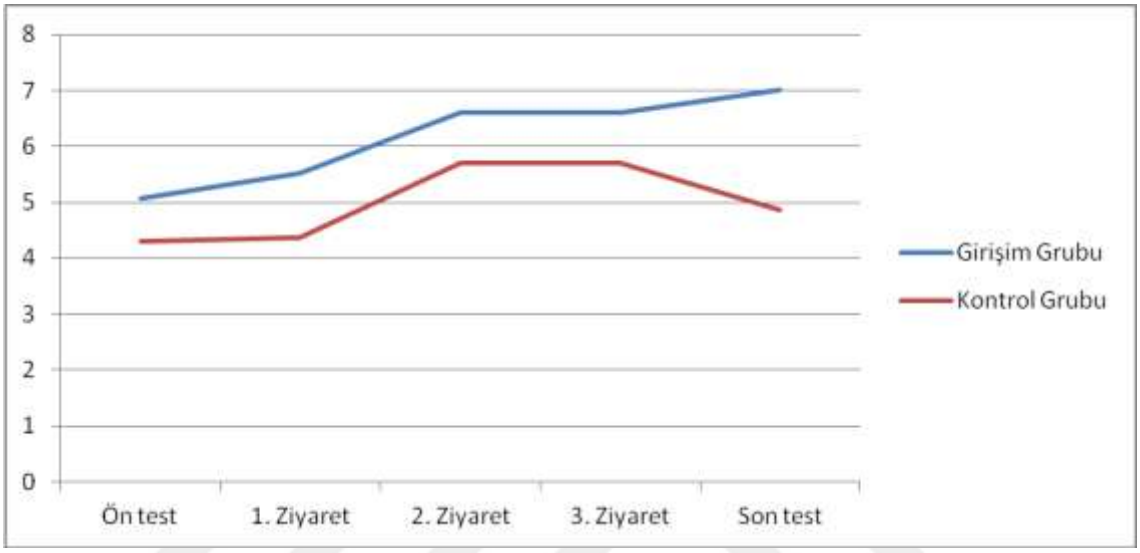

**Şekil 4.11.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Fiziksel Fonksiyon Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması




**Şekil 4.12.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Öz Bakım Yönetimi Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

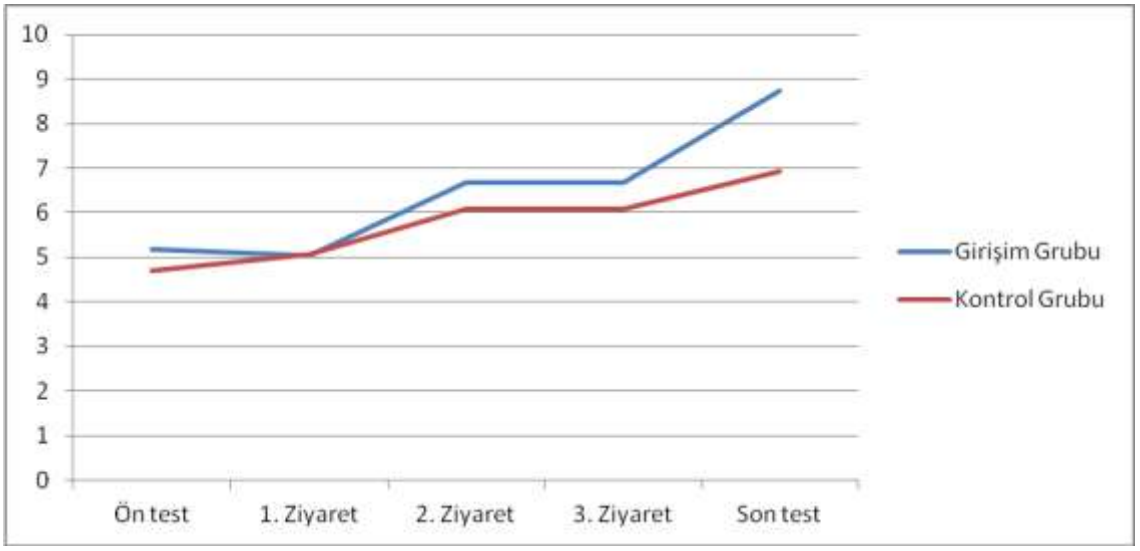
Egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeği puan ortalamaları yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını

belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) girişim grubu için, ön test puanının 1., 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 2. ve 3. ölçüm puanının son test puanından farklı olduğu, kontrol grubu için ise ön test puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından, 1. ölçüm puanının 2., 3. ölçüm puanı ve son test puanından farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.14).

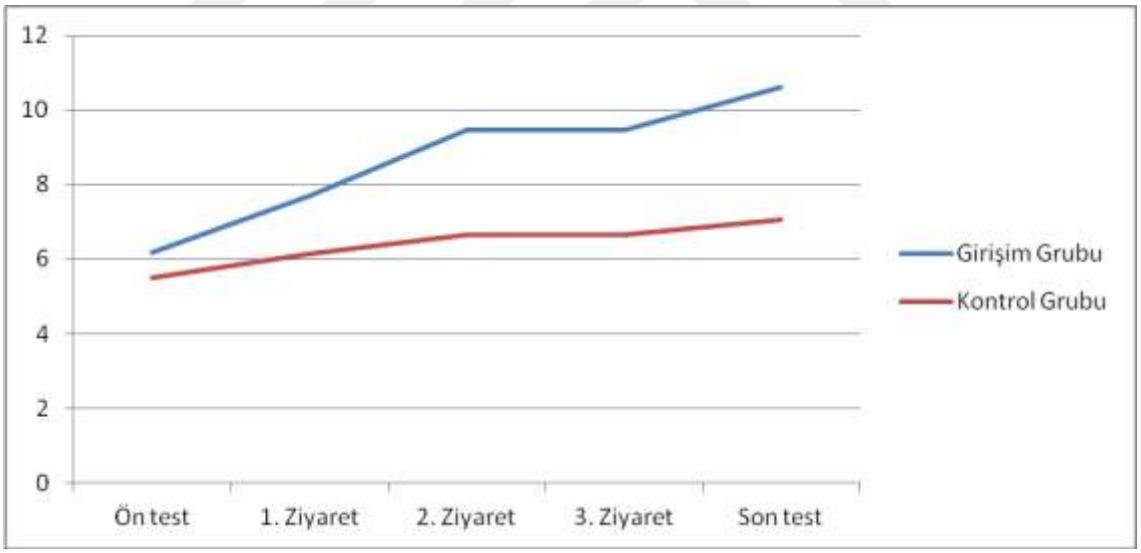



**Şekil 4.13.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Diyet Modifikasyonu Alt Ölçeği Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

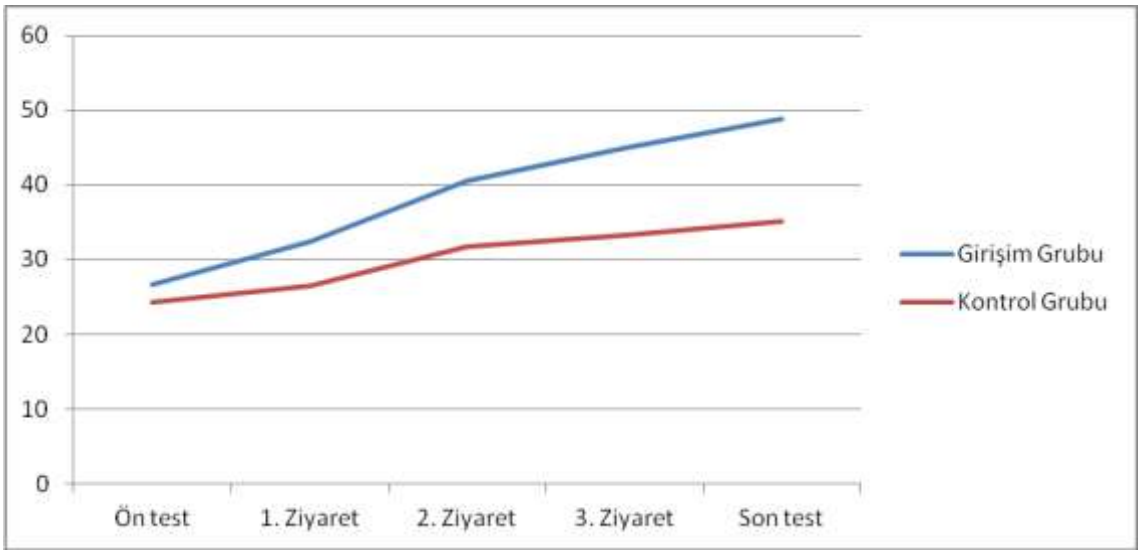
BEBÖ toplam puan ortalamaları yönünden hem girişim, hem de kontrol grubu için yapılan grup içi karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlendi ($p<0.05$). Farkın nerden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Z) BEBÖ toplam puan ortalamalarının hem girişim hem de kontrol grubunda tüm ziyaretlerde farklı olduğu belirlendi (Tablo 4.14).




**Şekil 4.14.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Psikososyal Fonksiyon Alt Ölçeği Puan Ortalamasının Grup İçi Karşılaştırılması




**Şekil 4.15.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu Alt Ölçeği Puan Ortalamasının Grup İçi Karşılaştırılması




**Şekil 4.16.** Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların BEBÖ Toplam Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye geri dönüş durumları Tablo 4.15'te verildi. İnsizyon bölgesinde ileri enfeksiyon belirti bulgularıyla hastaneye yönlendirilen girişim grubundaki hastalar hastanede yatarak tedavi gördü. Hastane tedavisinde; sık steril pansuman, parenteral antibiyotik tedavisi ve anti ödem tedavisi yapıldı. Yapılan tıbbi müdahale sonrasında hastalar bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelmek üzere medikasyonları düzenlenerek taburcu edildi. Girişim grubunda nefes darlığı şikayeti ile hastaneye yönlendirilen bir hasta, poliklinikte ilaçları düzenlenerek ayaktan tedavi edildi, diğer hasta ise beş gün hastanede yatarak tedavi edildi. Hastaya hastane tedavisi sürecinde parenteral antibiyoterapi, postural drenaj ve bronkodilatör tedavi uygulandı. Nefes darlığı şikayeti ile hastanede yatarak tedavi edilen hasta beşinci günde bir hafta sonra kontrole gelmek üzere tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Sternumda krepitasyon şikayeti ile polikliniğe yönlendirilen girişim grubundaki bir hasta da belirtilerin erken tanınması ve mediastinit olmadan hastaneye yönlendirilmesi nedeniyle ayaktan tedavi edildi. Hastaya hekimi tarafından profilaktik antibiyoterapi tedavisi başlandı, sıkı göğüs korsesi uygulaması yapıldı ve kalsiyumdan zengin besinlerle beslenmesi önerildi. Girişim grubunda uykusuzluk şikayeti artarak devam

eden bir hasta ise psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Hasta depresyon tanısı aldı ve hastaya antidepresan tedavi başlandı.

**Tablo 4.15. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastaneye Geri Dönüş Durumları**

| Hastaneye Geri Dönüş Nedenleri | Girişim Grubu | | Kontrol Grubu | |
|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % |
| İnsizyon bölgesinde enfeksiyon/akıntı | 3 | 10 | 7 | 23.33 |
| Nefes darlığı | 2 | 6.67 | 2 | 6.67 |
| Sternumda dehiscence (sternumda açılma/kaynamama) | 1 | 3.33 | 5 | 16.67 |
| Ölüm korkusu nedeniyle uyuyamama | 1 | 3.33 | 0 | 0.0 |
| Toplam | 7 | 23.33 | 14 | 46.67 |

Kontrol grubunda insizyon bölgesinde ileri enfeksiyon belirti bulgularıyla hastaneye giden beş hasta hastanede yatarak tedavi gördü. Hastane tedavisinde; sık steril pansuman, parenteral antibiyotik tedavisi ve anti ödem tedavisi yapılmıştır. Tüm bu tedavilere ilaveten diğer iki hastaya yara bölgesinde geniş nekroz, cilt ve cilt altı dokuda ödem, derin dokularda enfeksiyon ve pürülan akıntı nedeniyle geniş yara debritmanı yapılarak vakumlu yara tedavisi uygulandı ve hastalar plastik ve rekonstrüktif cerrahi işbirliğinde yara nedeniyle yeniden opere edilerek yirmi gün hastanede tedavi gördü. Nefes darlığı şikayeti ile hastaneye giden kontrol grubundaki iki hasta yaklaşık on gün hastanede yatarak tedavi edildi. Hastalara hastane tedavisi sırasında parenteral antibiyoterapi, postural drenaj ve bronkodilatör tedavisi uygulandı. Sternumda krepitasyon şikayeti ile polikliniğe giden kontrol grubundaki dört hasta ayaktan tedavi edildi. Hastalara hekimi tarafından profilaktik antibiyoterapi tedavisi başlandı, sıkı göğüs korsesi uygulaması yapıldı ve kalsiyumdan zengin besinlerle beslenmesi önerildi.

Kontrol grubundaki bir hastaya ise sternumda dehiscence nedeniyle sternum revizyonu yapıldı ve hasta bir ay hastanede yatarak tedavi gördü.

**Tablo 4.16. Girişim Grubundaki Hastaların Orem'in Öz Bakım Modeli ile Kesişen NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı**

| Hemşirelik Tanıları | | |
|---|---|---|
| **Evrensel Öz-Bakım Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanıları** | **n** | **%** |
| Uyku Düzeninde Bozukluk | 30 | 100.0 |
| Aktivite İntoleransı | 26 | 86.7 |
| Bireysel Bakımda Yetersizlik | 22 | 73.3 |
| Beslenmede Değişim: Beden Gereksinimlerinden Az Beslenme | 12 | 40.0 |
| Barsak Boşaltımında Değişim: Konstipasyon | 8 | 26.7 |
| **Sağlıktan Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanıları** | **n** | **%** |
| Enfeksiyon Alma Riski | 30 | 100.0 |
| Anksiyete | 28 | 93.3 |
| Rahatta/Konforda Değişim: Ağrı | 27 | 90.0 |
| Hava Yolu Açıklığında Yetersizlik | 23 | 76.7 |
| Güçsüzlük | 18 | 60.0 |
| Sıvı Volüm Artışı | 14 | 46.7 |
| Enfeksiyon | 8 | 26.7 |
| Bulantı | 8 | 26.7 |
| Beden İmgesinde Bozulma | 7 | 23.3 |
| Ölüm Anksiyetesi | 5 | 16.7 |
| Cinsel Yaşamda Değişiklik | 3 | 10.0 |
| **Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanıları** | **n** | **%** |
| Bilgi Eksikliği (Açık kalp ameliyatı ve ameliyat sonrası öz bakım aktivitelerine ilişkin) | 30 | 100.0 |
| Bireysel Başetmede Yetersizlik | 17 | 56.7 |
| Uyumda Bozukluk | 12 | 40.0 |

Girişim grubundaki hastaların Orem'in Öz Bakım Modeli ile kesişen NANDA hemşirelik tanılarının dağılımı Tablo 4.16'da sunuldu. Girişim grubundaki hastaların %100'üne uyku düzeninde bozukluk, enfeksiyon alma riski ve bilgi eksikliği tanıları konmuştur. Ayrıca hastaların %93.3'ü anksiyete, %90'ı ağrı ve %86.7'si aktivite intoleransı tanısını almışlardır.

# 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, açık kalp ameliyatı olan hastalara öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakımın öz etkililik ve semptom yönetimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular tartışıldı.

Açık kalp ameliyatı, kardiyovasküler hastalığı tedavi etmede kullanılan yaygın bir tedavi yöntemi olmakla birlikte hastalar ameliyat sonrası dönemde pek çok farklı semptom yaşayabilmektedir[5,7]. Literatürde hastaların taburculuk sonrası sıklıkla yaşadıkları semptomlar; yorgunluk ve halsizlik, uyku problemleri, göğüs ve bacak insizyon bölgesinde ağrı, iştah problemleri, nefes darlığı, ödem, yaraya ilişkin problemler, konstipasyon ve çarpıntı olarak belirtilmektedir[8,19,56,57]. Bu çalışmada, taburculuğu izleyen ilk 24-48. saatte yapılan ev ziyaretinde ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşanan semptomlar açısından girişim ve kontrol grubu arasında fark olmadığı ve hastaların en fazla uykusuzluk, nefes darlığı, ameliyat bölgesinde ağrı, alt ekstremitelerde ödem ve yorgunluk/halsizlik semptomlarını yaşadıkları belirlendi (Tablo 4.3). Sawatzky ve ark.[87] tarafından açık kalp ameliyatı olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastalar taburculuktan 2-3 gün sonra telefonla izlenmiş ve bu görüşmelerde hastaların neredeyse %80'inin ağrı, %68'inin alt ekstremitelerde ödem ve %43'ünün nefes darlığı yaşadığı belirlenmiştir. Yılmaz ve Çiftçi[7] tarafından yapılan başka bir çalışmada, hastaların taburcu edildikten bir hafta sonra %95.6'sının beslenme, %86.7'sinin boşaltım, tamamının aktivite ve %88.9'unun uyku gibi fizyolojik örüntülerde sorun yaşadığı belirlenmiştir. Açık kalp ameliyatı olan bir hasta herhangi bir komplikasyon gelişmemişse ortalama 5-7. günde hastaneden taburcu edilmektedir. Taburcu olan hastanın bu günlerde yarası tam olarak iyileşmemiştir ve ayrıca semptomların sıklıkla taburculuk sonrası 1-3. haftada yaşandığı ve bu sorunların ilk altı haftada iyileştiği araştırmacılar tarafından belirtilmektedir[7,17,18]. Bu çalışmada tüm

hastaların taburculuğun ilk 24-48. saatinde en az bir semptom yaşamaları bu nedenlerle açıklanabilir.

Taburculuğun ilk 24-48. saatinde yapılan ev ziyaretinde BEBÖ'nin fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, psiko-sosyal fonksiyon ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$), ancak diyet modifikasyonu alt ölçeği puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ölçeğin diyet modifikasyonu alt ölçeğine ait sorular, hastaların tuz ve kolesterolden düşük yiyecekleri bilme ve seçmeleri ile ilgili olan, kronik hastalıklarda diyete uyumu ölçen sorulardır. Demirtaş ve Akbayrak[93] tarafından yapılan bir çalışmada diyabet hastalığına uyum sağlayan hastaların, diyetlerine, egzersizlerine, kan şekeri kontrollerine dikkat ettikleri ve hastalıklarının önemini bilerek hayatlarını düzenlemeye çalıştıkları belirlenmiştir. Tokem ve ark.[94] tarafından yapılan başka bir çalışmada hipertansif hastaların %98.2'sinin tuzlu ve yağlı yiyecekler tüketmekten kaçındığı, %95.5'inin neden az tuz tüketmesi gerektiğini bildikleri saptanmıştır. Bu araştırmada diyet modifikasyonu alt ölçeği puan ortalamasının girişim grubu lehine yüksek olması, girişim grubundaki hastaların %13.3'ünün diyabet (kontrol grubu=%6.7) ve %23.3'ünün hipertansiyon hastası olması ile açıklanabilir.

Taburculuğun ikinci haftasında yapılan ev ziyaretinde kontrol grubundaki hastaların girişim grubundaki hastalara göre daha fazla nefes darlığı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk/halsizlik ve ameliyat bölgesinde ağrı yaşadıkları belirlendi (Tablo 4.5). Yapılan bazı çalışmalarda cerrahi girişim uygulanan hastaların %30-70'inin orta ve şiddetli ağrıdan yakındığı bildirilmektedir[95,96]. Post operatif ağrı yönetimi, ağrının giderilmesi için olduğu kadar ağrının sebep olduğu uykusuzluk ve aktivite-egzersiz

alanlarında da iyileşme sağlar[19]. Bu çalışmada, girişim grubundaki hastalara yapılan ev ziyaretlerinde hastalara taburculuk esnasında hekim tarafından ağrı kesici ilaç reçete edilmediği belirlenmiştir. Bu eksiklik, girişim grubundaki hastaların hekimi ile iş birliği yapılarak giderilmiş ve hastalara ağrı kesici ilaç kullanımı ve ağrı yönetiminde kullanılan bazı ilaç dışı yöntemlerle ilgili (tv izleme, dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme gibi) eğitim verilmiştir. Ayrıca Menteş ve ark.[97] tarafından yapılan bir çalışmada, ameliyat sonrası ağrı yönetiminin derin solunum egzersizleri öğretilen ve fiziksel mobilizasyonun kademeli olarak artırıldığı hastalarda daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda girişim grubundaki hastalara derin solunum, öksürük egzersizleri ve ameliyat sonrası dönemde triflow kullanımının önemi üzerine verilen eğitimlerin, hastaların nefes darlığı semptomunu azalttığı kadar ağrı üzerinde de etkili olduğu söylenebilir.

Açık kalp ameliyatı olan hastalarda özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan ödem genellikle safen venlerinin greft olarak kullanılması, sıvı yüklenmesi ve konjestif kalp yetmezliği nedeni ile ortaya çıkan bir semptomdur[19]. Özen[12] tarafından yapılan çalışmada girişim grubundaki hastaların ödem oluşumunu engelleyen önerilere (varis çorabı kullanımı, bacak elevasyonu gibi) uyum sağladıkları belirlenmiştir. Benzer şekilde bu çalışmada girişim grubundaki hastalarda ödem oluşumunu azaltmaya/engellemeye yönelik verilen eğitim ve özellikle bacak insizyonu için verilen yara bakımının alt ekstremitelerdeki ödemi azalttığı söylenebilir.

Ameliyat sonrası yorgunluk, açık kalp ameliyatı olan hastalar tarafından bildirilen yaygın bir semptomdur[19]. Yapılan bir meta analiz çalışmasında çeşitli cerrahi girişim (kardiyak, ortopedik, abdominal ve jinekolojik) geçiren hastalardaki erken iyileşme dönemi boyunca bildirilen yorgunluğu azaltmada etkili olan tek girişimin ağrı kesici ilaç kullanımı olduğu belirtilmektedir[58]. Bu çalışmada hastaların ağrı

semptomlarının kontrol altına alınması/azaltılması, yorgunluğun da azalmasını sağlamış olabilir.

Taburculuğun ikinci haftasında yapılan ev ziyaretinde BEBÖ puan ortalamalarında, öz bakım yönetimi, diyet ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarının girişim grubu lehine yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Cebeci ve Çelik[9] tarafından yapılan bir çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların ev ortamında öz bakımlarını gerçekleştirmede yeterli olabilmeleri için yakınlarının yardımına, iyi bir danışmanlık hizmetine ve destekleyici hizmetlere ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada bakım sürecine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilen hastaların öz bakımlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir. Dishman ve ark.[13] tarafından yapılan başka bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylere verilen öz bakım eğitiminin fiziksel aktivite ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar üzerinde hastaların öz etkililiğini artırdığı belirlenmiştir. Zimmerman ve ark.[20-22] tarafından yapılan açık kalp ameliyatı olan hastaların telefon yoluyla semptomlarının izlendiği çalışmalarda, ev temelli semptom yönetiminin hastaların fiziksel aktivite düzeylerini yükselttiği, tekrarlı kardiyak olayları, yorgunluk, depresyon, uyku problemleri, ağrı ve sağlık bakım harcamalarını azalttığı bildirilmektedir. Bu araştırmada girişim grubundaki hastaların semptomlarının eğitim, hemşirelik bakımı ve telefon yoluyla yapılan rehberlik hizmetleri ile kontrol altında olması nedeniyle hastaların öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmek ve kademeli olarak fiziksel aktivitelerini artırmak için daha fazla çaba harcadığı söylenebilir.

Uykusuzluk ve iştah problemleri açık kalp ameliyatından sonra hastalar tarafından sıklıkla bildirilen semptomlar arasındadır[19]. Bu çalışmada taburculuğun dördüncü haftasında yapılan ev ziyaretinde kontrol grubundaki hastaların nefes darlığı, çarpıntı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk/halsizlik ve ameliyat bölgesinde ağrı

semptomlarını girişim grubundaki hastalara göre daha fazla yaşadıkları, uykusuzluk, iştah problemleri, ameliyat bölgesinde akıntı ve konstipasyonun her iki grupta da aynı düzeyde devam ettiği belirlendi (Tablo 4.7). Yapılan bir çalışmada, taburculuğun üçüncü haftasında açık kalp ameliyatı olan girişim ve kontrol grubundaki tüm hastaların %40.3'ünün uykusuzluk ve %35.3'ünün iştah problemleri yaşadığı bildirilmektedir[19]. Schulz ve ark.[98] tarafından yapılan başka bir çalışmada, taburculuğu izleyen üçüncü haftada açık kalp ameliyatı olan hastaların %38.6'sının uyku problemleri ve %33.6'sının iştah problemlerinin devam ettiği belirlenmiştir. Elitoğ ve ark.[99] tarafından yapılan bir çalışmada da açık kalp ameliyatı sonrası hastaların uykularını etkileyen faktörler arasında zorunlu sırt üstü yatış pozisyonu (%74.3), ağrı (%47.1) ve hastalığa ilişkin kaygı (%12.9) olduğu ifade edilmektedir. Bu çalışmada girişim ve kontrol grubundaki hastalarda uyku ve iştah problemlerinin devam etmesi, açık kalp ameliyatının majör bir ameliyat olması ve fizyolojik iyileşmenin ilk birkaç hafta daha yavaş ilerlemesi ile açıklanabilir.

Açık kalp ameliyatından sonra hastaların fiziksel aktivite düzeyleri, iyileşme sürecinde ortaya çıkabilecek morbidite, mortalite ve fizyolojik/psikolojik bozuklukların göstergesi olabilir ve erken iyileşme açısından son derece önemlidir[90,100,101]. Bu çalışmada, hastalar taburcu edildikten sonraki dördüncü haftada BEBÖ'nin fiziksel fonksiyon alt ölçeğindeki puan ortalamalarının kontrol grubuna göre girişim grubu lehine yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.8). Barnason ve ark.[90] tarafından yapılan ve açık kalp ameliyatı olan hastaların telefon yoluyla izlendiği bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun ameliyattan 3-6 ay sonra preoperatif dönemdeki fiziksel aktivite ve fonksiyonel işlevselliğine geri döndüğü, yapılan ölçümlerde girişim ve kontrol grubu arasında fark olmamasına rağmen ameliyattan sonraki üçüncü haftada girişim grubundaki hastaların daha yoğun fiziksel aktivitede bulundukları belirlenmiştir. Benzer

olarak bu çalışmada dördüncü haftada fiziksel fonksiyon alt ölçeğinde ortaya çıkan bu farklılıkla ilgili, girişim grubundaki hastalara semptom yönetimi ve öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmeye ilişkin verilen hemşirelik bakımının hastaların öz etkililiğini artırdığı ve erken iyileşmeye katkıda bulunduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, altıncı haftada yapılan ev ziyaretinde girişim grubundaki hastaların BEBÖ'nin fiziksel fonksiyon alt ölçeğindeki puan ortalamalarının bir önceki izleme göre yükseldiği ancak puan ortalamaları açısından iki grup arasında fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.10). Bu durum, taburculuktan sonra altı hafta boyunca sürekli hemşirelik bakımı alan girişim grubundaki hastalarda iyileşme devam ederken kontrol grubundaki hastaların da fizyolojik olarak iyileşmeye başlaması ile açıklanabilir. Sawatzky ve ark.[87] tarafından yapılan bir çalışmada, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel işlevsellik alt boyutunda taburculuğun altıncı haftasında girişim ve kontrol grubu arasında farklılık gözlenmemiştir. Yapılan başka bir çalışmada da, yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon bileşeninde ameliyattan sonraki dördüncü haftada girişim ve kontrol grubu arasında fark olmadığı belirlenmiştir[102]. Bu bulgular bu araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir.

Açık kalp ameliyatından sonra üçüncü haftayla birlikte hastalardaki gerginlik, öfke, konfüzyon ve depresyon gibi psikososyal sorunların azalmaya başladığı, ancak anksiyete, depresyon ve psikososyal işlevsellik alanlarındaki iyileşmenin ameliyattan sonraki 3-6 ay boyunca devam ettiği bildirilmektedir[90]. Bu araştırmada BEBÖ'nin psikososyal fonksiyon alt ölçeği puan ortalamaları açısından taburculuğu izleyen ilk altı hafta boyunca girişim ve kontrol grubu arasında fark olmadığı, ancak sekizinci haftada yapılan ölçümde puan ortalamasının girişim grubu lehine yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.12). Elliot ve ark.[103] tarafından yapılan bir çalışmada hastaların mental ve sosyal işlevsellik puanlarının açık kalp ameliyatından altı ay sonra ilk ölçüme göre daha

düşük olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka bir çalışmada kardiyak bir olaydan sonra (KABG ya da kalp krizi) fiziksel iyileşme iyi olmasına rağmen hastaların yaklaşık %25'inin işe geri dönememe, boş vakitleri değerlendirme ve seksüel aktiviteler gibi psikososyal alanda uzun süreli problemler yaşadıkları belirlenmiştir[104]. Benzer şekilde bu çalışmada da taburculuğun ikinci haftasından itibaren girişim grubundaki hastaların fiziksel fonksiyon alanında iyileşmeye başladıkları, ancak psikososyal alandaki iyileşmenin daha yavaş olduğu görülmektedir. Açık kalp ameliyatı olan hastalar iyileşme sürecinde ortaya çıkan fizyolojik değişikliklerle başa çıkmaya ve bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışırlar[104]. Bu araştırmada girişim grubundaki hastalara yapılan ev ziyaretlerinde hemşirelik bakımı uygulamaları kapsamında hastalara enfeksiyon kontrolü açısından ziyaretçi kısıtlaması yapılmış, ilk sekiz hafta boyunca sternum insizyonunun korunması ve iyileşmesi için uyku ve dinlenmenin sırt üstü yatış pozisyonunda olması ve yataktan kalkarken yardım istemeleri gerektiği vurgulanmıştır. Hasta bireyi semptomlardan koruyan bu önlemler, uykusuzluk ve yorgunluğun artmasına ve hastanın aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olduğundan psikososyal alandaki iyileşme yavaşlamış olabilir.

Açık kalp ameliyatı olan hastalara altıncı haftada yapılan ev ziyaretinde hastaların ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşadıkları semptomlar incelendiğinde; girişim grubundaki hastalarda taburculuktan sonraki ilk dört hafta boyunca devam eden uykusuzluk ve iştah problemlerinin kontrol grubuna göre altıncı haftada azaldığı belirlendi (Tablo 4.9). Yapılan bir çalışmada, ameliyattan sonraki altıncı haftada hastaların %25.7'sinin uykusuzluk, %13.8'inin iştah problemleri yaşadığı ve taburculuğun üçüncü haftasında yapılan ölçümlere göre girişim grubundaki hastalarda uykusuzluk ve iştah problemlerinde azalma olduğu belirtilmektedir[19]. Başka bir çalışmada açık kalp ameliyatı olan hastaların semptomlarının başlangıç ve ikinci

haftadaki ölçümlere göre altıncı haftada azaldığı bildirilmiştir[87]. Bu bulgular bu araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları semptomlara ilişkin yapılan grup içi karşılaştırmalarda; her iki grupta da ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşanan semptomlarda azalma olurken girişim grubuna ait semptomlardaki azalmanın daha iyi olduğu görülmektedir (Tablo 4.13). Girişim ve kontrol grubundaki hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları semptomlara ilişkin sekizinci haftadaki son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kontrol grubundaki hastaların nefes darlığı, çarpıntı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk/halsizlik, iştah problemleri ve ameliyat bölgesinde ağrı semptomlarını girişim grubundaki hastalara göre daha fazla yaşadıkları belirlendi (Tablo 4.11). Bu araştırmada girişim grubundaki hastalara uygulanan hemşirelik bakımı, semptomları azaltmaya/önlemeye yönelik olarak yapılan semptom yönetimi, hastalara öz bakım aktivitelerini gerçekleştirmeye ilişkin verilen tekrarlı eğitimler ve telefon yoluyla verilen rehberlik hizmetinin bu farkı oluşturduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu sonuç, araştırmanın **"Açık kalp ameliyatı olan hastalara Orem'in öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakım semptomları azaltır"** şeklindeki birinci hipotezini desteklemektedir. Yaman ve Bulut[89] tarafından yapılan bir çalışmada, hastalara verilen eğitimin girişim grubundaki hastaların bilgi düzeyini ve öz bakımını artırdığı ve hastaların taburculuk sonrası daha az sorunla karşılaşmalarında etkili olduğu belirlenmiştir. Scalvini ve ark.[86] tarafından yapılan başka bir çalışmada, açık kalp ameliyatı sonrası rehabilitasyonun iyileşmeye katkıda bulunduğu, risk faktörlerini azalttığı ve fiziksel kapasiteyi artırdığı bildirilmektedir. Young ve ark.[22] tarafından KABG ameliyatı olan hastalarda fiziksel aktiviteyi artırmak için semptom yönetimi yapılan bir çalışmada, ameliyattan sonraki üçüncü ayda girişim grubundaki hastaların fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı

belirlenmiştir. Kronik kalp yetmezliği olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada, hemşireler tarafından yapılan motive edici görüşmelerin hastaların öz bakımlarını gerçekleştirmek için kendi sağlıkları üzerinde daha fazla sorumluluk almalarını sağladığı ve semptomları azalttığı bildirilmektedir[105]. Bikmoradi ve ark.[106] tarafından yapılan başka bir çalışmada ise, hastaların açık kalp ameliyatından sonra hemşireler tarafından telefon yoluyla izlenmelerinin verilen eğitim ve bakım önerilerine uyumu artırdığı belirlenmiştir. Bu bulgular bu araştırma sonucunu desteklemektedir.

Girişim ve kontrol grubundaki hastalar için ameliyat sonrası dönemdeki BEBÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları için yapılan grup içi karşılaştırmalarda tüm alt ölçekler ve toplam puan ortalamaları yönünden girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Bu karşılaştırmalarda her iki grupta da BEBÖ alt ölçekleri ve toplam puan ortalamaları artarken, girişim grubundaki artışın daha fazla olduğu görülmektedir. Ayrıca, girişim ve kontrol grubundaki hastaların BEBÖ sekizinci haftadaki son test puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tüm alt ölçeklerde ve toplam puan ortalamalarında girişim ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), girişim grubundaki hastaların toplam puan ortalamasının 48.80±7.84, kontrol grubundaki hastaların toplam puan ortalamasının ise 35.13±7.45 olduğu belirlendi (Tablo 4.12). Bu sonuç, araştırmanın **"Açık kalp ameliyatı olan hastalara Orem'in öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakım hastaların öz etkililiğini artırır"** şeklindeki ikinci hipotezini desteklemektedir. Bireylerin öz etkililik algısındaki artışın, öz bakım davranışlarının olumlu etkilenmesine, fiziksel ve psikolojik semptomların azalmasına ve bunun sonucunda yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir[82]. Poortaghi ve ark.[16] tarafından ev temelli kardiyak rehabilitasyonun hastaların öz etkililikleri üzerine etkisini araştırmak amacıyla yapılan bir araştırmada, açık kalp

ameliyatından sonraki sekizinci haftanın sonunda müdahale grubundaki hastaların öz etkililiklerinin daha yüksek olduğu ve ev temelli kardiyak rehabilitasyonun hastaların öz etkililiği üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Açık kalp ameliyatı sonrası depresyonu kontrol altına almak için yapılan bir çalışmada, hastalara hemşire-hekim işbirliğinde telefon yoluyla sağlanan izlem ve bakımın hastaların yaşam kalitesini geliştirdiği belirlenmiştir[107]. Wu ve ark.[108] tarafından diyabetik kalp hastalarının izlendiği bir çalışmada hemşireler tarafından yapılan izlemlerin hastaların öz etkililikleri üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Uzak bölgelerde yaşayan hastaların hemşireler tarafından telefonla izlendiği başka bir çalışmada hastaların, yapılan izlemler yoluyla önerilen egzersizlere ve diyete uyumlarının arttığı belirlenmiştir[109]. Açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililiklerini yükselterek tedaviye uyumlarını artırmayı amaçlayan başka bir araştırmada ise, öz etkililik artırmaya yönelik programların ve telefon danışmanlığının hastaların tedavi ve bakım önerilerine uyumunu artırdığı ve öz etkililiklerini yükselttiği belirlenmiştir[110].

Son yıllarda açık kalp ameliyatından sonra hastanede kalma süresi azalmış olsa da hastaların taburcu olduktan sonra hastaneye geri dönüş oranları artmıştır[111,112]. Yapılan çalışmalarda taburculuktan sonra hastalara yapılan ev ziyaretlerinin hastaneye geri dönüşleri azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir[113,114]. Bu araştırmada, hastaların hastaneye geri dönüşlerinin girişim grubunda %23.3 iken kontrol grubunda %46.7 olduğu görülmektedir (Tablo 4.15). Bu sonuç, araştırmanın "Girişim grubundaki hastalara verilen hemşirelik bakımı hastaneye geri dönüşleri kontrol grubuna göre azalttı mı?" şeklindeki araştırma sorusunun cevabı olarak kabul edilebilir. Nabagiez ve ark.[112] tarafından yapılan ve açık kalp ameliyatından sonra hastaların ev ziyaretleri ve telefonla izlendiği bir çalışmada, hastaların taburcu olduktan sonraki ilk bir ay içinde hastaneye geri dönüşleri değerlendirilmiş ve müdahale grubundaki hastaların enfeksiyon, bazı

kardiyak, pulmoner ve nörolojik sorunlarla ilgili hastaneye geri dönüşlerinin kontrol grubuna göre %25 azaldığı belirlenmiştir. Özen[12] tarafından yapılan çalışmada ise açık kalp ameliyatı olan hastalara taburculuk sonrası yapılan ev ziyaretlerinin ve telefonla danışmanlığın hastaneye plansız geri dönüşleri azalttığı belirlenmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular; açık kalp ameliyatı olan hastalara Orem' in öz bakım modeli kullanılarak evde verilen eğitim, bakım ve telefonla rehberlik hizmetlerinin kontrol grubuna göre hastaların semptomlarını ve hastaneye geri dönüşlerini azalttığı, öz etkililiklerini artırdığını göstermektedir.

# 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakımın öz etkililik ve semptom yönetimine etkisini belirlemek amacı ile deneysel olarak yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Taburculuğu izleyen ilk 24-48. saatinde yapılan ev ziyaretinde ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşanan semptomlar açısından girişim ve kontrol grubu arasında fark olmadığı ve hastaların en fazla uykusuzluk, nefes darlığı, ameliyat bölgesinde ağrı, alt ekstremitelerde ödem ve yorgunluk/halsizlik semptomlarını yaşadıkları belirlendi.
- Taburculuğu izleyen sekizinci haftada girişim ve kontrol grubundaki hastaların yaşadıkları semptomlar incelendiğinde; kontrol grubundaki hastaların nefes darlığı, çarpıntı, alt ekstremitelerde ödem, yorgunluk/halsizlik, iştah problemleri ve ameliyat bölgesinde ağrı semptomlarını girişim grubuna göre daha fazla yaşadığı, ateş, uykusuzluk, ameliyat bölgesinde akıntı ve konstipasyon semptomları açısından iki grup arasında fark olmadığı belirlendi.
- Taburculuğun ilk 24-48. saatinde yapılan ev ziyaretinde BEBÖ fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, psiko-sosyal fonksiyon ve egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçekleri açısından girişim ve kontrol grubu arasında fark olmadığı, ancak diyet modifikasyonu alt ölçeği puan ortalamasının girişim grubu lehine yüksek olduğu belirlendi.
- Girişim ve kontrol grubundaki hastaların sekizinci haftadaki BEBÖ puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubundaki hastaların toplam puan ortalamasının 48.80±7.84, kontrol grubundaki hastaların ise 35.13±7.45 olduğu ve girişim grubunun öz etkililiğinin daha yüksek olduğu belirlendi.

- Bu araştırmadan elde edilen bulgular; açık kalp ameliyatı olan hastalara Orem'in öz bakım modeli kullanılarak evde verilen bakımın, izlem ve danışmanlığın hastaların semptomlarını azalttığı ve öz etkililiklerini artırdığını göstermektedir.

  Bu sonuçlar doğrultusunda;

  - Açık kalp ameliyatı olan hastalarda özellikle semptomların sıklıkla yaşandığı ilk altı hafta süresince semptom yönetimini sağlamak için evde bakım hizmetlerinin öncelikli olarak ele alınması,
  - Hastalar ve ailelerin hastanede ve ameliyat sonrası dönemde evde kullanabilecekleri eğitim kitapçığının hastalara rutin olarak verilmesi,
  - Açık kalp ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası dönemde evlerinde ortaya çıkabilecek semptomların ev ziyareti yoluyla belirlenmesi ve hastaların yaşadığı semptomlara yönelik olarak verilen hemşirelik bakımında Orem'in Öz Bakım modelinin kullanılması,
  - Açık kalp ameliyatı olan hastalara verilen hemşirelik bakımının öz etkililik ve semptom yönetimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla, daha geniş bir örneklem grubunda çalışmaların planlanması önerilmiştir.

# KAYNAKLAR


1. WHO, Global status report on noncommunicable diseases 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 10.05.2015.
2. Ölüm İstatistikleri İl ve İlçe Merkezleri 2008, TUİK, 2009.
3. TUİK Ölüm nedeni istatistikleri, 2014. http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855
   Erişim tarihi: 21.02.2016
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Ankara, 2013.
5. Paç M, Akçevin A, Aka SA, Büket S, Sarıoğlu T. *Kalp ve Damar Cerrahisi*, 1. cilt, Ankara, MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, 2013.
6. WHO, Cardiovascular risk factors. Geneva, 2007. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/ fs317/en/print.html Erişim tarihi: 03.05.2015.
7. Yılmaz M, Çiftçi ES. Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: fonksiyonel sağlık örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2010, 18(3): 183-189.
8. Direk F, Çelik SŞ. Postoperative problems experienced by patients undergoing coronary artery bypass graft surgery and their self-care ability after discharge. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2012, 20(3):530-535.
9. Cebeci F, Celik SS. Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17:412-20.

10. Hanözü M. Açık kalp damar cerrahisi sonrası gelişen torasik komplikasyonlar. Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
11. Barnason S, Zimmerman L, Anderson A, Mohr-Burt S, Nieveen J. Functional status outcomes of patients with a coronary artery bypass graft over time. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 2000, 29:33–46.
12. Özen B. Planlı taburculuk programının koroner arter bypass ameliyatı olan hastalarda komplikasyonları ve hastaneye geri dönüşleri azaltmaya etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2012.
13. Dishman R, Motl R, Sallis JF, Dunn AL, Bimbaum A, Welk J, Bedimo-Rung A. Education of self care strategies to patients with chronic condition increase self efficacy. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 29(1): 10-18.
14. Bandura A. Toward a psychology of human agency, perspectives on psychological science. *Psychological Review*, 2006, 1(2): 164-180.
15. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977, 84(2): 191-215.
16. Poortaghi S, Baghernia A, Golzari SE, Safayian A, Atri SB. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. *Biomed Central Research Notes*, 2013, 6:287.
17. Gallagher R, McKinley S, Dracup K. Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Australian Critical Care*, 2004, 17:160-5.

18. Goodman H. Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 25:1241-51.
19. Schulz P, Zimmerman L, Pozehl B, Barnason S, Nieven J. Symptom management strategies used by elderly patients following coronary artery bypass surgery. *Applied Nursing Research*, 2011, 24(2): 65–73.
20. Zimmerman L, Barnason S, Schulz P, Nieven J. Miller C, Hertzog M, Rasmussen D. The effects of a symptom management intervention on symptom evaluation, physical functioning and physical activity for women after coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2007, 22(6):493-500.
21. Zimmerman L, Faha F, Barnason S, Hertzog FM, Young L, Nieveen J, Schulz P, Tu C. Gender differences in recovery outcomes after an early recovery symptom management intervention. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 2011, 40(5):429-439.
22. Young L, Zimmerman L, Pozehl B, Barnason S, Wang H. Cost-effectiveness of a symptom management intervention: Improving physical activity in older women following coronary artery bypass surgery. *Nursing Economics*, 2012, 30(2): 94-103.
23. Schaffer S. Perception of general health and self efficacy for the coronary artery bypass graft patient, 2008. http://digital.library.wisc.edu/1793/34326 Erişim Tarihi: 20.12.2015
24. Aksayan S, Gözüm S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz etkililik algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2(1):35- 42.

25. Brennan PF, Moore SM, Bjornsdottir G, Jones J, Visovsky C, Rogers M. Heart care: an Internet-based information and support system for patient home recovery after coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35, 699–708.
26. Aydın ÇF. Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası iki aylık dönemde yaşadıkları güçlükler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2000.
27. Bakoğlu F, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastalarda özbakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*, 2000, 4:41-9.
28. Fadıloğlu Ç, Ertem G, Aykar FŞ. *Evde Sağlık ve Bakım*. Ankara, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım, 2013, 95-97.
29. Onat A. Erişkinlerimizde kalp hastalıkları prevalansı, yeni koroner olaylar ve kalpten ölüm sıklığı. TEKHARF çalışması, 2009. http://tekharf.org/2009/bolum2. pdf. Erişim tarihi: 01.02.2016.
30. Karadakovan A, Aslan FE. *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana, Nobel Tıp Kitabevi, 2010, 499-501.
31. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. Ankara, 2. Baskı Sistem Ofset, Ankara, 2005, 433.
32. Tekbaş ÖF. Kalp damar hastalıkları ve çevresel faktörler. *Preventive Medicine Bulletin*, 2008, 7(5):435-444.
33. Ertem A, Yava A, Demirkılıç U. Kardiyak cerrahi yapılan hastaların ameliyat öncesi verilen aydınlatılmış onam hakkındaki görüş ve önerilerinin belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2013, 21(2):378-391.
34. Özcan N. *Koroner Kalp Hastalıkları*. GATA Basımevi, Ankara, 1997, 1-31.

35. Tezel T. *Kalp Kapak Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005, İstanbul.
36. Nkomo VT, Gardin JM, Skelton TN, Gottdiener JS, Scott CG, Enriquez SM. Burden of valvular heart diseases: a population-based study, 2006. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980116 Erişim Tarihi: 03.08.2015.
37. Solak H, Görmüş H, Solak MT, Görmüş ZI. *Kalp Hastalıkları ve Cerrahisi*. 1. Basım, Eflatun Yayıncılık, Ankara, 2011, 75-77.
38. Winters M, Obriot P. Mitral valve repair. *AORN Journal*, 2007, 85(1): 152-166.
39. Erdil F, Elbaş NÖ. *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 4. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 2001, 97-136.
40. Oto Ö, Örer A. Dünden bugüne kalp cerrahisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 1999, 1-7.
41. Aytaç A. Dünyada ve Türkiye'de kalp cerrahisi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 1991, 1: 008-012.
42. Gardner TJ, Spray TL. *Operative Cardiac Surgery*, 5th ed. Hodder Arnold, 2004: 13-40.
43. Oğuş N. Kardiyopulmoner bypass sistemine genel bakış, 2014. http://www.noyantemucinogus.com.tr/acik-kalp-ameliyatlari/ Erişim Tarihi: 07.05.2015.
44. Sargın A, Aşkar FZ, Kocabaş SN. Açık kalp cerrahisinde postoperatif solunum sistemi komplikasyonlarının preoperatif, intraoperatif ve postoperatif belirleyicileri. *Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 19(4):175-183.
45. Silvestry FE. Postoperative complications among patients undergoing cardiac surgery, 2014. http://www.uptodate.com/contents/postoperative-complications-among-patients-undergoing-cardiac-surgery. Erişim Tarihi: 06.07.2015.

46. Üstündağ H. Koroner arter bypass greft cerrahisi uygulanan hastaların konfor düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
47. Dal Ü, Bulut H, Demir SG. Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 2012, 8(1); 34-40.
48. Theobald K, McMurray A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 47(5): 483–491.
49. Özcan H. Açık kalp ameliyatı sonrası hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitiminin hastalar tarafından kullanılma oranları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
50. Türk Kardiyoloji Derneği Klavuz Yayınları. Perkütan koroner ve valvüler girişimlerde hemşirelik bakım klavuzu. 2. Basım, Türk Kardiyoloji Derneği, 2007.
51. Yıldırım N, Atalay M. Koroner arter bypass ameliyatı olan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 2002, 4(1): 52-64.
52. Elitoğ N, Erkuş B. CABG operasyonu geçirmiş olan hastaların taburculuk sonrası en sık yaşadıkları problemlerin tanımlanması. Acıbadem Hemşirelik e- Dergi, Sayı 25, 2010. http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/ Erişim tarihi: 27.05.2015.
53. Erkuş BÇ, Menteş D. Kalp cerrahisi sonrası taburculuk eğitimi. Acıbadem Hemşirelik e-Dergi, Sayı 25, 2010. http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/ Erişim tarihi: 27.05.2015.
54. Us M. Koroner kalp hastalığı, by-pass taburcu olduktan sonra dikkat edilmesi gerekenler. http//www.melihus.com Erişim tarihi: 22.04.20015.

55. Akay M. Kalp ameliyatı olan hastalara verilen hemşirelik bakımı ve taburculuk eğitimi. *Yeni Sağlık ve Tedavi Dergisi*, 2005, 1(4):81-84.
56. Tranmer JE, Parry MJ. Enhancing postoperative recovery of cardiac surgery patients: a randomized clinical trial of an advanced practice nursing intervention. *Western Journal of Nursing Research*, 2004, 26(5):515–532.
57. Zimmerman L, Barnason S, Nieveen J, Schmaderer M. Symptom management intervention in elderly coronary artery bypass graft patients. *Outcomes Management*, 2004, 8(1):5–12.
58. Rubin GJ, Hardy R, Hotopf MA. Systematic review and meta-analysis of the incidence and severity of postoperative fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 2004, 57:317–326.
59. Watt-Watson J, Stevens B, Katz J, Costello J, Reid GJ, David T. Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery. *Pain*, 2004, 109:73–85.
60. Kayhan C. Cerrahi hastalarda preoperatif anksiyetenin postoperatif komplikasyonlarla ilişkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Kocatepe Üniversitesi, 2003.
61. Ghotaslou R, Yagoubi AR, Khalili AA, Mahmodian R. Mediastinitis after cardiac surgery in Madani Heart Center, Tabriz, Iran. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 2008, 61:318-20.
62. Bingöl H, Bolcal C, Yılmaz AT, Demirkılıç U, Tatar H. Açık kalp cerrahisinde safen ven ve radiyal arter greft insizyonlarında yara yeri problemleri, *Turkish Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 2003,11:216-8.
63. Softah A, Hendry P, Masters RG, Goldstein W, Brais M, Keon W. Wound infection in cardiac surgery. *Annals of Saudi Medicine*, 2002, 22:105-7.

64. Naylor MD. Nursing intervention research and quality of care: influencing the future of healthcare. *Nursing Research*, 2003, 52(6): 380-385.

65. McCurry MK, Revel MH, Roy C. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory and practice. *Nursing Philosophy*, 2009, 11(1): 42-52.

66. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evoulation of Nursing Models and Theories*, 2th ed. Philadelphia, Fa Davis Company, 2005: 364-437.

67. McEven M, Wills EM. *Theoretical Basis for Nursing Application of Theory in Nursing Practice*, 2th ed. Philedelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 24-49.

68. Wu HL, Volker DL. The use of theory in qualitative approaches to research: application in end of life studies. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, 65(12):2719-32.

69. Birol L. *Hemşirelik Süreci: Hemşirelikle İlgili Kuramlar*, Genişletilmiş 6. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir, 2004: 451-52.

70. Üstün B, Gigliotti E. Nursing research in Turkey. Nursing Science Quarterly, 2009, 22(3):206-8.

71. Akduman S, Bolışık B, Sönmez S. Sağlıklı ergenlerin öz-bakım güçlerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2004, 7(1):17-21.

72. Erci B, Okanlı A. The relationship between suicide attempt and self-care, 2004. International Journal of Human Sciences ISSN: 1303-5134 https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/viewFile/54/52 Erişim tarihi: 20.03.2015.

73. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2012.
74. Cihangir N. Astımlı adölesanlarda uyum ve öz-bakım modellerine göre geliştirilen hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2007.
75. Comley AL. A comparative analysis of Orem's self-care model and Peplau's interpersonal theory. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 20(4):755-760.
76. Yura H, Walsh MB. *The Nursing Process: Assessing, Planning Implementing, Evaluating*, 5th ed. USA, Appleton-Lange, 1988: 50-52.
77. Nahcivan NO. Turkish language equivalent of the exercise of self care agency scale. *Western Journal of Nursing and Health*, 2004, 47(3): 311-320.
78. Gözüm S, Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe Formu'nun güvenirlik ve geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 2:21-32.
79. Barnason S, Zimmerman L, Atwood J, Nieveen J, Schmaderer M. Development of a self-efficacy instrument for coronary artery bypass graft patients. *Journal of Nursing Measurement*, 2002, 10:123-33.
80. Kara M, Mirici A. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerlilik ve güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2002, 34:61-66.
81. Pajares F. Overview of social cognitive theory and of self efficacy, 2002. http://www.emory.edu/educatıon/mfp/eff.html Erişim Tarihi: 01.10.2015.
82. Lev EL, Owen SV. Conseling women with breast cancer using principles developed by Albert Bandura. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2000, 36(4):131-8.

83. Zulkosky K. Self-efficacy: a concept analysis. *Nursing Forum*, 2009, 44(2): 93-102.

84. Benight C, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research And Therapy*, 2004, 42;1129–1148.

85. Fredericks S. The influence of country of origin on engagement in self care behaviours following heart surgery: a descriptive correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 21:2202-2208.

86. Scalvini S, Zanelli E, Comini L, Tomba MD, Troise G, Febo O, Giordano A. Home-based versus in-hospital cardiac rehabilitation after cardiac surgery: a nonrandomized controlled study. *Journal of Physical Therapy*, 2013, 93(8): 1073-1082.

87. Sawatzky JV, Christie S, Singal RK. Exploring outcomes of a nurse practitioner-managed cardiac surgery follow up intervention; a randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 2013, 69(9): 2076-2087.

88. Nart A. Açık kalp ameliyatı sonrası mobilize olan hastalarda öz bakım gücünün değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2013.

89. Yaman Y, Bulut H. Evaluation of discharge training given to patients who have undergone heart valve replacement. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2010, 18(4):277-283.

90. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Schulz P, Miller C, Hertzog M, Chunhao T. Influence of a symptom management telehealth intervention on older adults' early recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 2009, 38(5):364-376.

91. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ Erişim tarihi: 28.02.2016.
92. Avcı S, Karahan A. Barnason etkililik beklenti ölçeği kardiyak cerrahi versiyonunun Türkiye için geçerlik ve güvenirliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2013, 21(3):691-698.
93. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 diyabetes mellitus'lu hastaların, hastalıklarına uyum ve kabullenme kriterlerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2009, 3(1):10-18.
94. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2013, 4(5):30-40.
95. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' assessment of pain in surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 2005, 52(2):125-132.
96. Samuels JG, Fetzer S. Pain management documentation quality as a reflection of nurses clinical judgment. *Journal of Nursing Care Quality*, 2009, 24(3):223-31.
97. Menteş Ö, Harlak A, Eryılmaz M, Balkan M, Kozak O, Arslan İC, Tufan T. LL Laparoskopik kolesistektomi sonrası ağrı tedavisinde tramadolün devamlı infüzyon ve hasta kontrollü analjezi ile uygulanmasının karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2009, 51:6-10.
98. Schulz P, Lottman D, Barkmeier T, Zimmerman L, Barnason S, Hertzog M. Medications and associated symptoms/problems after coronary artery by pass surgery. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 2010, 40(2):130-138.

99. Elitoğ N, Öztürk N, Menteş D, Zeytun B, Kahraman H, Kırdağ G, Cengiz O, Erkuş B. Kalp cerrahisi operasyonu geçirmiş olan hastaların post-op hastanede yatış dönemlerinde uykularını etkileyen faktörler ve günlük uyku düzenindeki değişimlerin değerlendirilmesi. www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/e-yeni_tasarim. Erişim tarihi: 20 Mart 2016.

100. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, Macera CA, Costaneda-Sceppa C. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 2007, 116(9):1094-105.

101. Dolansky MA, Moore SM. Effects of cardiac rehabilitation on the recovery outcomes of older adults after coronary artery bypass surgery. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 2004, 24(4):236-44.

102. Firouzabadi MG, Sherafat A, Vafaeenasab M. Effect of physical activity on the life quality of coronary artery bypass graft patients. *Journal of Medicine and Life*, 2014, 7(2):260-263.

103. Elliott D, Lazarus R, Leeder SR. Health outcomes of patients undergoing cardiac surgery: repeated measures using Short Form-36 and 15 dimensions of quality of life questionnaire. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 2006, 35(4):245-51.

104. Moser DK, Dracup K. Psychosocial recovery from a cardiac event: the influence of perceived control. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 1995, 24(4):273-80.

105. Creber RM, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 2016, 99(2):256-264.

106. Bikmoradi A, Masmouei B, Ghomeisi M, Roshanaei G. Impact of tele-nursing on adherence to treatment plan in discharged patients after coronary artery bypass surgery: a quasi-experimental study in Iran. *Inernational Journal of Medical Informatics*, 2016, 86:43-48.

107. Donohue JM, Belnap BH, Men A, He F, Roberts M, Schulberg HC, Reynolds CF, Rollman BL. Twelve-month cost-effectiveness of telephone-delivered collaborative care for treating depression following CABG surgery: a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 2014, 36(5):453-459.

108. Wu CJ, Sung HC, Chang AM, Atherton J, Kostner K, Courtney M, McPhail SM. Protocol for a randomised blocked design study using telephone and text-messaging to support cardiac patients with diabetes: a cross cultural international collaborative Project. *BMC Health Services Research*, 2013, 13(1):402.

109. Lao X, Zhang J, Bai C. The implication of telehealth care in COPD management of China. *Expert Review of Respiratory Medicine*, 2013, 7(5):459-463.

110. Bazargani RH, Besharat MA, Ehsan HB, Nejatian M, Hosseini K. The efficacy of chronic disease self management programs and tele-health on psychosocial adjustment by increasing self-efficacy in patients with CABG. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2011, 30:830-834.

111. Hannan EL, Zhong Y, Lahey SJ, Culliford AT, Gold JP, Smith CR, Higgins RS, Jordan D, Wechsler A. 30-day readmissions after coronary artery bypass graft surgery in New York State. *JAAC Cardiovascular Intervention*, 2011, 4(5):569-76.

112. Nabagiez JP, Shariff MA, Khan MA, Molloy WJ, McGinn JT. Physician assistant home visit program to reduce hospital readmissions. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2013, 145(1):225-233.

113. Barnason S, Zimmerman L, Nieveen J, Hertzog M. Impact of a telehealth intervention to augment home health care on functional and recovery outcomes of elderly patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 2006, 35:225-33.

114. Hopp F, Woodbridge P, Subramanian U, Copeland L, Smith D, Lowery J. Outcomes associated with a home care telehealth intervention. *Telemedicine Journal and E Health*, 2006, 12:297-307.

**EK -1. ÖZGEÇMİŞ**

| **KİŞİSEL BİLGİLER** | |
|---|---|
| **Adı Soyadı** | : Rabia SAĞLAM AKSÜT |
| **Doğum tarihi** | : 17.10.1984 |
| **Doğum yeri** | : Merzifon |
| **Medeni hali** | : Evli |
| **Uyruğu** | : T.C. |
| **Adres** | :Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Maltepe/İSTANBUL |
| **Tel** | : 0216 626 10 50 |
| **Faks** | : 0216 626 10 70 |
| **E-mail** | : rabiaaksut@maltepe.edu.tr |
| **EĞİTİM** | |
| Lise | : Merzifon Süper Lisesi (2002) |
| Lisans | : Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2003-2007) |
| Yüksek lisans | : Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2009-2012) |
| Doktora | : Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı (2012-2016) |
| **GÖREV YAPTIĞI BİRİMLER** | |
| Hemşire | : Başkent Üniversitesi Hastanesi/Ankara (2007) |
| Arş. Gör. | : Erzincan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu/Erzincan (2007-2015) |
| Öğr. Gör. | : Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu/İstanbul (2015-…) |
| **YABANCI DİL BİLGİSİ** | |
| İngilizce | : İyi (YDS 66.25) |

**EK-2**

## HASTA TANITIM FORMU

**Değerli Katılımcı;**

Bu ankette kalp cerrahisi geçiren hastaların tanıtıcı bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. Her soruyu dikkatlice okuduktan sonra size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak makale için kullanılacaktır.

**Katılımız için teşekkür ederim.**

**Arş. Gör. Rabia Sağlam AKSÜT**

**Sosyo-Demografik Özellikler**

1) Tel No:
2) Açık Adres:
3) Yaşı:
4) Cinsiyetiniz
   Kadın ( ) Erkek ( )
5) Medeni Durum
   Evli ( ) Bekar ( )
6) Eğitim Durumunuz:
   Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( )
   Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü ( )
7) Mesleğiniz
   Ev hanımı ( ) Memur ( ) İşçi ( ) Emekli ( )
8) Çocuk sayınız? …….
9) Aile tipi? ……..
10) Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?.....
11) Bakımınızı kim yapıyor? …….
12) Sosyal güvenceniz:
    Emekli sandığı ( ) SSK ( ) Bağkur ( ) Yeşilkart ( )
13) Ekonomik durumunuz
    Gelirim giderimden az ( ) Gelirim giderime eşit ( ) Gelirim giderimden fazla ( )
14) Boy: …… Kilo …… BMI:

**Hastalığa İlişkin Özellikler**

15) Daha önce ameliyat oldunuz mu?
    Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise ……
16) Kaç yıldır kalp hastasısınız? ……
17) Başka bir kronik hastalığınız var mı?
    Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise …….
18) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
    Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise …….
19) Sigara/Alkol kullanıyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır ( ) Evet ise miktarı …….
20) Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?
    Evet ( ) Hayır ( )

**Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özellikler**

21) Değiştirilen damar sayısı
1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4+ ( )

22) Planlanan/Geçirilen ameliyatın tipi
KABG ( ) Kapak değişimi ( )

23) Yoğun bakımda kalma süresi
24-45 saat ( ) 46-65 saat ( ) 66-85 saat ( ) 86-105 saat ( ) 106+ saat ( )

24) Post-op dönemde hastanede kalma süresi
5-6 gün ( ) 7-10 gün ( ) 11-15 gün ( ) 16-20 gün ( ) 21-25 gün ( )

25) Hastalığınız süresince sosyal çevrenizden yeterince destek aldığınızı düşünüyor musunuz?
Evet ( ) Hayır ( )

**EK-3**

**Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEES): Kalp Cerrahisi Versiyonu**

**Açıklama:** Kalp cerrahisi sonrası kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin aşağıda verilen ifadeleri cevaplayınız. Her bir ifadenin karşısında yer alan seçeneklerden kendinize en uygun olan daireyi işaretleyiniz.

| **Kalp cerrahisi olduğumdan bu yana şunları yapabileceğime güveniyorum:** | 1- Uygun değil | 2.Biraz Uygun | 3- Uygun | 4- Çok uygun | Değişiklik Önerisi |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Evde normal gündelik işleri gerçekleştirme | | | | | |
| 2. Normal ev işlerini (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamiratı, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme) | | | | | |
| 3. Ailem ve/veya arkadaşlarımla her zamanki faaliyetlerime katılma. | | | | | |
| 4. Her zamanki hobilerime/eğlence faaliyetlerime | | | | | |
| 5. Aşırı korumacı olduklarında aile/arkadaşlarla | | | | | |
| 6. Olabilecek üzüntü/depresyon duygularının | | | | | |
| 7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı | | | | | |
| 8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme | | | | | |
| 9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini | | | | | |
| 10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme | | | | | |
| 12. Kullandığım ilaçların amacını anlama | | | | | |
| 13. İlaçlarımı ne zaman almam gerektiğini bilme | | | | | |
| 14. Ameliyat dikişlerimin bakımını yapmayı bilme | | | | | |
| 15. Sorunum olursa doktorumu ne zaman arayacağımı bilme | | | | | |

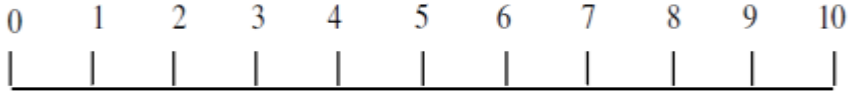
**EK-4**

## SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

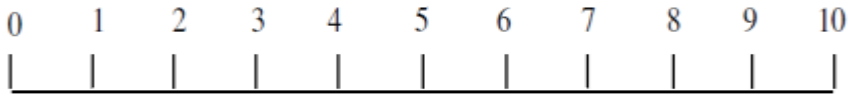
**Doldurulma tarihi:** **Saat:**

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

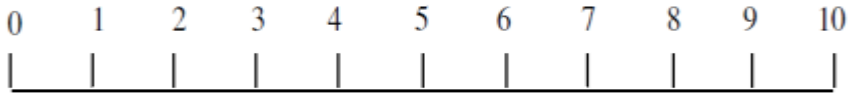
1- Yorgun ve halsiz değilim — Çok yorgun ve halsizim



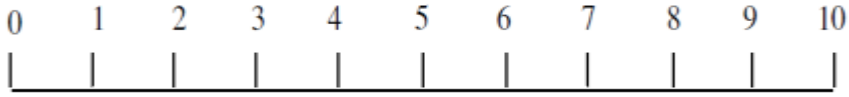

2- Uykusuz değilim — Uykusuzluğum çok fazla



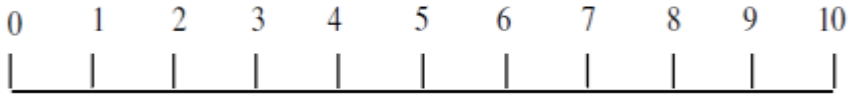

3- Ameliyat bölgemde hiç ağrı yok — Ameliyat bölgemde şiddetli ağrım var



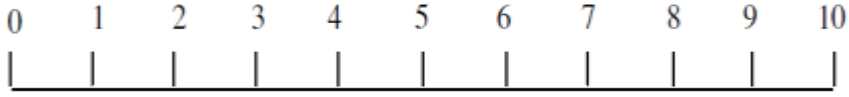

4- İştahım çok iyi — İştahım hiç yok



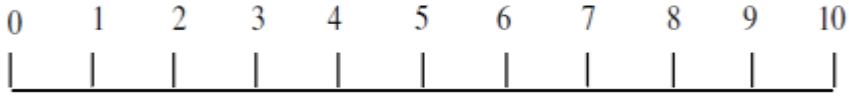

5-Nefes alırken hiç zorlanmıyorum — Nefes alırken çok zorlanıyorum



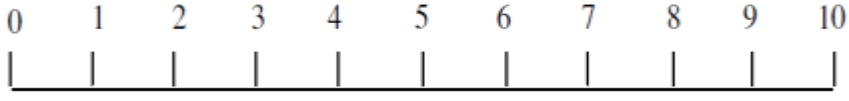

6- Bacaklarımda ödem yok — Bacaklarımda ödem var



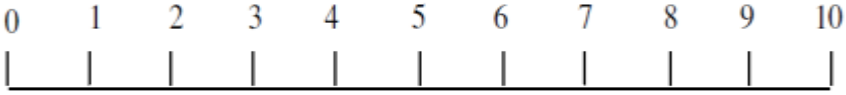

7- Ameliyat bölgemde akıntı yok — Ameliyat bölgemde akıntı var



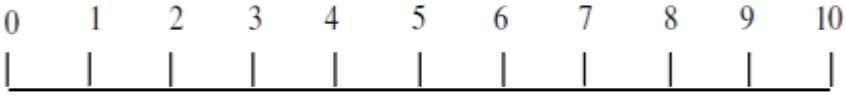

8- Kabız değilim — Çok fazla kabızlık problemi yaşıyorum



9- Hiç çarpıntım yok Çarpıntım çok fazla




10- Hiç ateşim yok Ateşim çok fazla



**EK-5**

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Girişim Grubu)

Bu çalışma; sağlığınıza tekrar kavuşmanızı ve ameliyat sonrası güvenli bir iyileşme sağlamanızı kolaylaştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılarak ameliyatınız sonrasında verilecek bakımı, eğitimleri, ev ziyaretlerini ve telefonla danışmanlık hizmetini kabul etmek ya da etmemek kendi özgür kararınıza bağlıdır.

**Uygulanacak İşlemler**

Taburculuktan itibaren ilk 6 hafta boyunca her hafta sizinle belirleyeceğimiz tarih ve saatte hemşireniz evinize gelerek sizi evinizde ziyaret edecek, genel sağlık durumunuzu değerlendirecek, eğitim gereksinimlerinizi belirleyecek ve size ve yakınınıza 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 izlem formu'na kaydedilecektir. Formdaki bilgileriniz özel ve gizlidir. Herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Hastaneye gelmeniz gereken bir durum olduğu düşünülürse eğitim hemşiresi doktorunuz ile iletişime geçerek ve size gerekçelerini açıklayarak hastaneye gelmenizi önerecektir. Son ev ziyareti (7. ziyaret) taburculuğunuzu izleyen 8. haftada yapılacaktır.

Taburcu olduktan sonra size hekiminiz tarafından verilen kontrol randevunuzdan önce hemşireniz 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 size ev ziyareti yapacak, önemli bulguları hekiminizle paylaşacaktır.

Taburcu olduktan sonra sıkıntı duyduğunuz bir zamanda, bir şey sormak istediğinizde, sağlığınız ya da ameliyat sonrası bakımınız ile ilgili yapıp yapmamaya karar veremediğiniz durumlarda Arş. Gör. Rabia Sağlam Aksüt'e telefonla ulaşabilirsiniz. Eğitim hemşireniz her telefon görüşmesi sonrasında probleminizi, eğitim gereksiniminizi ve yapılan girişimi size ait bir forma kaydedecektir. Bu formdaki bilgileriniz gizli tutulacak herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Hemşireniz önemli bir sorun olduğunu düşündüğünde doktorunuz ile iletişime geçecek ve gerekli tedavi/bakım girişimleri uygulanacaktır.

**Olası yararları;**

- Ameliyat sonrası yapmanız ve yapmamanız gereken uygulamaları bilmeniz bilinçli 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 olması sağlanabilir,
- 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 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 etkinliğini 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 bir sıkıntı yaşamayacaksınız. Verilecek bu bakım için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Eğitim süresinde ve sonunda size herhangi bir ödül verilmeyecektir. Size eğitim veren Arş. Gör. Rabia Sağlam Aksüt'ün bu programdan herhangi bir maddi kazancı yoktur.

**Arş. Gör. Rabia Sağlam Aksüt**

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

**Hastanın Adı Soyadı**
**İmzası:**
**Tarih ve Saat:**

**EK-6**

## BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)

Bu çalışma; sağlığınıza tekrar kavuşmanızı ve ameliyat sonrası güvenli bir iyileşme sağlamanızı kolaylaştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılarak ameliyatınız sonrasında verilecek eğitimleri, bakımı, ev ziyaretlerini ve telefonla danışmanlık hizmetini kabul etmek ya da etmemek kendi özgür kararınıza bağlıdır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek soru formları doldurulacaktır. Taburculuktan itibaren 1., 4. ve 8. haftada Eğitim Hemşireniz sizi evde ziyaret edecek, genel sağlık durumunuzu değerlendirecektir. 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 izlem formu"na kaydedilecektir. Formdaki bilgileriniz özel ve gizlidir. Herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır. Hastaneye gelmeniz gereken bir durum olduğu 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 Arş. Gör. Rabia Sağlam Aksüt'ün bu çalışmadan herhangi bir maddi kazancı yoktur.

**Arş. Gör. Rabia Sağlam Aksüt**

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

**Hastanın Adı Soyadı:**
**İmzası:**
**Tarih ve Saat:**

**EK-7**

# AÇIK KALP AMELİYATI SONRASI HASTALAR İÇİN EĞİTİM KİTAPÇIĞI

**"KENDİNİZİ BAKIMINIZIN ANAHTAR ÜYESİ OLARAK DÜŞÜNÜN, ÇÜNKÜ KALBİNİZ ELLERİNİZDE…."**

**Hazırlayan: Rabia SAĞLAM AKSÜT**

**2015**

## ÖNSÖZ

Açık kalp ameliyatı olduktan sonra ameliyat sonrası döneme ilişkin yaşayabileceklerinizi bilmeyebilir ve yaşamınızı etkileyecek şekilde sağlığınızla ilgili endişelenebilirsiniz. Bu kitapçığın amacı, sizi bilgilendirerek ameliyat sonrası dönemde evde yaşayabileceğiniz sorunları önlemek ya da en aza indirmektir.

Bakımınızı planlayan hemşirenize her şeyi sorabilirsiniz. Soru sormaktan ve duygularınızı ifade etmekten asla çekinmeyiniz.

Her zaman kendinizi bakımınızın anahtar üyesi olarak görünüz, çünkü kalbiniz ellerinizde.

Geçmiş olsun...

# İÇİNDEKİLER


**Açık Kalp Ameliyatı Nedir?** 4

**Açık Kalp Ameliyatından Sonra Normal Kabul Edilen Durumlar** 5-6

**Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler** 7-15

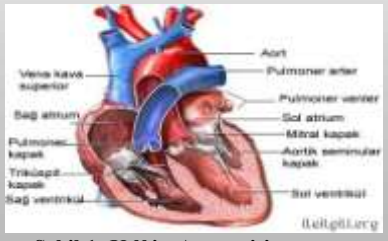
**Açık Kalp Ameliyatından Sonra Yaşayabileceğiniz Durumlar ve Yapmanız Gerekenler** 16-23

**Taburcu Olduktan Sonra Hangi Aktiviteleri Ne Zaman Yapabilirim?** 24

**Kaynaklar**

## AÇIK KALP AMELİYATI NEDİR?

Kalbiniz, kanı tüm vücudunuza pompalamakla görevli olan hayati bir organdır. Açık kalp ameliyatı, kalp hastalıklarının cerrahi yöntemle tedavisinde kullanılan, kalbin geçici olarak durdurulması yoluyla yapılan bir ameliyattır. Koroner Bypass, Kapak tamiri veya değiştirilmesi yapılan başlıca açık kalp ameliyatlarındandır.




**Şekil 1: Kalbin Anatomisi**

### Koroner Bypass Ameliyatı Nedir?

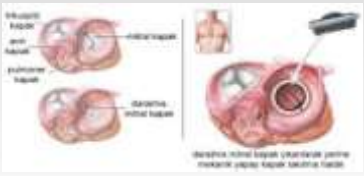
Koroner bypass kalbi besleyen damarların daralması ya da tıkanması nedeniyle kan akımını ve kalbin beslenmesini sağlamak amacıyla bacak veya meme damarı alınıp köprüleme yöntemi ile yapılan cerrahi işlemdir.

**Şekil 2: Koroner Bypass Ameliyatı**

### Kapak Ameliyatı Nedir?

Kalp kapakları kalbin pompaladığı kanın tek yönde akışını sağlar.

Kapak ameliyatında iyi çalışmayan kalp kapağı tamir edilir ya da kapak çıkarılıp yerine yapay bir kapak takılarak kan akışı sağlanmış olur.



**Şekil 3: Kapak Ameliyatı**

## AÇIK KALP AMELİYATINDAN SONRA SİZİ NELER BEKLİYOR?

**Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Normal Kabul Edilen Durumlar**

Çok fazla iştahınız olmayabilir. İştahınızın eskiye dönmesi birkaç haftayı alabilir. Hastaların çoğu tat alma duyusunda azalma ya da hemen hemen kaybolma hissi olduğunu bildirmektedir. Hatta bazı hastalar ameliyattan sonraki 1-2 hafta boyunca yemek kokularından kaynaklanan mide bulantısından şikayet eder.

Özellikle bacağınızda kesi varsa biraz şişlik olabilir. O bacak bazı zamanlarda şişmeye daha meyilli olacaktır. Bacaklarınızı yukarı kaldırmak bacaklarınızdaki şişliği önleyebilir. Size önerildiyse (reçete edildiyse) varis çorabınızı giyin.

Geceleri uyumakta zorluk yaşayabilirsiniz. Uykuya dalmada ya da gece 2-3 gibi uyanıp tekrar uyumakta zorluk yaşayabilirsiniz. Bu durum düzelecektir. Yatmadan önce (reçete edilen) ağrı kesicilerden bir tane almak size yardımcı olabilir.

**Açık Kalp Ameliyatı Sonrası**
**Normal Kabul**
**Edilen Durumlar**

Ruh halinizde değişiklik olabilir ve kendinizi üzgün hissedebilirsiniz. İyi günler ve kötü günler geçirebilirsiniz. Cesaretinizi kaybetmeyin. Her şey düzelecek ve güzel olacak.

Ameliyat bölgenizin üzerinde şişlik olabilir. Bu şişlik zamanla kaybolacaktır.

Ameliyatınızdan sonraki ilk günlerde göğsünüzde hassasiyet veya nadiren "kıtırtı" sesi duyabilirsiniz. Bu durumun sıklığı zamanla azalmalı ve birkaç hafta içinde tamamen kaybolmalıdır. Kötüye giderse hemşirenizi arayınız.

Kas ağrısı veya omuzlarınızda gerginlik hissedebilirsiniz. Bu ağrılar zamanla azalacaktır. Reçete edilen ağrı kesicilerden kullanmak sizi rahatlatmaya yardım edecektir.

Kendinizi iyi hissetmeniz 4-6 haftayı alabilir. Doktorunuz tarafından reçete edilen ilaçlarınızı düzenli kullanmaya ve verilen tavsiyelere özenle uymaya dikkat edin.

Koroner Arter Bypass ameliyatı olduysanız ameliyat esnasında göğsünüzde bulunan ana damarlardan biri kullanılmış olabilir. Ameliyat sonrasında o bölgede uyuşma hissi olması normaldir.

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

**İlaçlarınız**

Taburcu olmadan önce doktorunuz size reçete verecektir. İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği şekilde kullanın. İlaçlarınızın dozu ve alma zamanı ile ilgili bir listeyi cüzdanınızda ya da çantanızda taşıyın. Doktorunuza/hemşirenize danışmadan başka ilaçlar kullanmayın. İlaçlarınız hakkında size ek bilgi siz taburcu edilmeden önce hemşireniz tarafından verilecektir.

***Yan Etkiler:*** İlaçların yan etkilere neden olabileceğinin bilinmesi gerekmektedir. Aşağıdaki yan etkilerden herhangi birini ya da birkaçını yaşarsanız lütfen hemşirenizi arayınız:

*Aşırı bulantı, ishal, kabızlık ya da mide ağrısı, kusma*
*Ayaktayken baş dönmesi*
*Bilinç bulanıklığı*
*Ellerde ve ayaklarda karıncalanma*
*Aşırı yavaş ya da hızlı nabız*
*Deride döküntü*
*Morarma ya da kanama*

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Solunum Egzersizleri

Ameliyat sonrası solunum egzersizlerini düzenli olarak yapmak, solunum yollarındaki balgamın rahatlıkla atılmasını ve akciğer kapasitesinin arttırılmasını sağlayarak nefes darlığı hissinizi azaltacak, daha rahat hareket etmenizi sağlayacak ve sizi bu dönemde ortaya çıkabilecek akciğer problemlerine karşı koruyacaktır.

**Büzük Dudak Solunumu:** Eğer mümkünse dik oturun ya da başınız yüksekte olacak şekilde sırtüstü yatın, omuzlarınızı ve göğsünüzün üst kısmını gevşek bırakın. Ellerinizi karnınızın üstüne yerleştirin. Burnunuzdan derin bir nefes alın ve aldığınız havayı 1-2-3 diye sayarak içinizde tutun. Daha sonra dudaklarınızı şekilde görüldüğü gibi büzerek nefesinizi yavaş yavaş üfleyerek verin. Nefesinizi verirken kendinizi zorlamayın.

**Şekil 4: Büzük dudak solunumu**

**Diyafragmatik Solunum:** Bu egzersiz için sırt üstü yatar ya da yan oturur pozisyonda olun. Bir elinizi göğsünüze bir elinizi de karnınızın üstüne koyun. Burnunuzdan olabildiğince fazla miktarda havayı içinize çekmeye çalışarak yavaşça nefes alırken karnınızın yavaşça yükseldiğini hissedin.. Havayı içinize çektikten sonra içinizden 1-2-3 şeklinde sayın. Daha sonra dudaklarınızı büzerek havayı dışarı verirken karnınızın üstündeki elinizle hafif karnınıza baskı yapın. Bunun için karnınızın üstüne yastık ya da havlu koyabilirsiniz.

**Şekil 5: Diyafragmatik solunum**

**Bu solunum egzersizleri günde 3-4 kez tekrarlanmalı ve her seferinde 8-10 kez yapılmalıdır.**

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Öksürük Egzersizleri

Solunum yollarında biriken balgamı atmak için etkili öksürme önemlidir. Yarı oturur pozisyonda öksürük egzersizi yapabilirsiniz. Balgamınız üst havayoluna çıktığında derin bir nefes aldıktan sonra kuvvetli nefes vererek balgamınızı çıkarabilirsiniz. Öksürük egzersizlerini solunum egzersizleri ile birlikte yapabilirsiniz. Ancak göğüs kafesi kemiğinizin iyileşmesi için öksürük egzersizlerini yaparken göğüs kafesinizi destekleyin.

**Şekil 6: Öksürük egzersizleri**

### Triflow Kullanımı

Triflow kullanımı ile akciğer kapasiteniz artar ve nefes darlığınız azalır. Triflow ile akciğerlere alınan derin hava sonucu akciğerlere bol miktarda hava girişi olur. Buna bağlı olarak kandaki oksijen miktarı artar. Triflow kullanımına taburcu olduktan sonraki 6-8 hafta boyunca devam etmeniz gerekir.

Triflowu kullanmaya başlamadan önce normal nefes alıp verin ve en son akciğerlerinizdeki havayı tamamen boşaltın. Triflow'un ağız kısmını ağzınıza yerleştirin, derin nefes alın ve nefes aldığınızda Triflow içindeki topları yukarı kaldırın. Bu işlem sırasında kendinizi fazla zorlamayın ve günde 6-8 kez 5'er defa bu egzersizi yapın.

**Şekil 7: Triflow**

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Uyku ve Dinlenme

İyileşmeniz için dinlenme ve egzersiz arasında denge olması gerekir. Dinlenmek ve gerek duyduğunuzda kısa şekerlemeler yapmak için aktiviteler arasında dinlenme zamanları planlayın. Dinlenme 20-30 dk. oturduğunuzda olur. Yemeklerden sonra ve egzersizlerden önce 30 dk. dinlenin. İyileşme döneminde her gece altı-sekiz saat uyumak ve gündüz uykusundan kaçınmak gerekir.

### Varis Çorabı Kullanımı

Eğer ameliyatınız bacağınızdan damar alınarak yapıldıysa; Bacaklarınızı şişlik yönünden sürekli gözlemleyin. Şişliğin bacağınızı yukarı kaldırdığınızda azalması gerekir fakat ayakta durduğunuzda tekrar artabilir. Dinlenirken bacaklarınızı yukarı kaldırın. Bacağınızda şişme devam eder veya daha kötüye giderse hemşirenize bildirin. Eğer reçetenizde varis çorabı varsa, taburculuktan sonra en az iki hafta çoraplarınızı giyinin. Özellikle bacak bölgenizde de kesi varsa çoraplar şişliği azaltmaya yardım eder. Çorapları yatmadan önce çıkarın, su ve sabunla yıkayın ve kurutun.

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Banyo Yapma

Dikişleriniz alındıktan sonra duş alabilirsiniz. Ameliyat bölgeniz iyileşene kadar vücudunuzu suya daldırmaktan (küvet, jakuzi, havuz, vb) ve sıcak sudan kaçınınız.Taburculuktan sonra ameliyat bölgenizi günlük olarak ılık su ve sabunla yıkayabilirsiniz ancak sert bir şekilde ovalamaktan kaçının. Dikişleriniz kendiliğinden de düşebilir fakat taburcu edildikten sonraki 1. haftada dikişlerinizi aldırmak için doktorunuzdan randevu alın.

### Aktivite-Egzersiz

Kalp kasının gücünü ve vücuttaki dolaşımı artırdığı için yürüme en iyi egzersiz şekillerinden biridir. Aktivitelerinizi kademeli olarak artırmanız gerekmektedir. Kendi hızınızda yürüyün, yorulduğunuzda durun ve dinlenin. Bir seferde çok fazla şey yapmaya çalışmayın, gün içinde aktivitelerinizi düzenleyin. Soğuk havalarda kalın giyinin, ağız ve burnunuzu kapatarak yürüyün. Doktorunuz size farklı bir şey söylemezse merdiven çıkabilirsiniz. Merdivenleri yavaş yavaş çıkın. Yorulursanız durun ve dinlenin. Merdiven parmaklığı kullandığınızda kendinizi kollarınızla yukarı kaldırmayın, yukarı çıkmak için bacaklarınızdan güç alın. Nefes darlığı, düzensiz kalp atımı, bitkin veya sersemlemiş hissederseniz veya göğüs ağrınız olursa tüm aktivitelerinizi hemen durdurun. Belirtiler kaybolana kadar dinlenin. Belirtiler 20 dk. içinde ortadan kaybolmazsa doktor/ hemşirenize bildirin.

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Aktivite-Egzersiz

Nefes darlığı, baş dönmesi, bacak krampı, olağan dışı yorgunluk, ve/veya göğüs ağrısı yaşarsanız egzersizi bırakın. Bu belirtiler uzun süre devam ederse doktorunuzla/hemşirenizle görüşün. Egzersizden sonraki nabız hızınız dinlenme halindeki nabız hızınızdan 30 atım fazlaysa bu, çok fazla egzersiz yaptığınız anlamına gelir. Bu durumu kontrol altına almak için bir sonraki egzersiz planınızı değiştirin.

**Nabzımı Nasıl Ölçerim?** Nabız hızınızı ölçmek aktivitelerinizi güvenilir kalp hızında yapmanıza yardım eder. Nabzınızı ölçmek için işaret ve orta parmağınızı aşağıdaki şekilde görüldüğü gibi diğer bileğinize baş parmak hizasında yerleştirin nabzınızı hissedemezseniz bu alanda parmaklarınızın yerini yavaş yavaş değiştirin. Nabzınızı hissettiğinizde (düzenli ise) 15 sn. sayın veçıkan sonucu 4 ile çarpın. Nabzınız düzenli değilse tam bir dakika nabzınızı sayın. Bu ölçüm size kalbinizin bir dakikada kaç kez attığını gösterecektir. Nabzınızı bulmakta zorlanıyorsanız hemşirenizden yardım isteyiniz.

-

### Araba Kullanma

Yolcu olarak arabaya binebilirsiniz. Ameliyattan sonraki 6 haftada araba kullanmaktan, bisiklete binmekten ya da motosiklet sürmekten kaçının. Bu zaman aralığı göğüs kemiğinizin iyileşmesi için önerilmektedir.

Hareketleriniz 6 haftadan önce kısıtlanabilir ve yavaşlayabilir. Seyahat ederken iki saatte bir arabadan inin ve çevrede birkaç dakika yürüyün.

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Eşyaları/Herhangi Birşeyi Kaldırma/Ev İşleri Yapma

Göğüs kemiğiniz iyileşirken üzerine çok fazla güç uygulamamanız gerekmektedir. Ameliyattan sonraki 6 hafta içinde 10 kg'dan ağır şeyleri kaldırmaktan, itmekten veya çekmekten kaçının (çocukları kaldırma, ağır alışveriş poşetlerini/bavulları taşıma, çim biçme, elektrik süpürgesi tutma ve mobilyaların yerini değiştirme gibi). Herhangi bir şeyi kaldırırken ya da tuvaletteyken nefesinizi tutmayın. Çünkü nefesinizi tutmak nabzınızın yavaşlamasına ve aniden bayılmanıza neden olabilir.

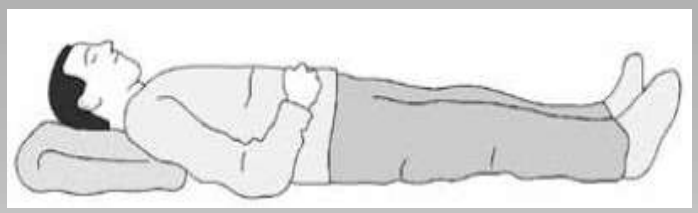
### Beslenme

Eğer hekim tarafından başka birşey önerilmediyse (diyabet hastaları dışında), iyileşmenizi hızlandırmak için ilk bir ay beslenmenizde herhangi bir kısıtlama yoktur. Ancak hipertansiyonunuz varsa az tuzlu yemeniz gerekmektedir. İyileşme döneminde yeterli ve dengeli beslenme kadar, kilo kontrolü de önemlidir. Kalp damar sağlığınızı korumak için; gün boyunca az yağlı, kaymaksız süt veya yoğurt (2-3 su bardağı) ve az yağlı beyaz peynir (1 kibrit kutusu kadar), haftada 2-3 gün iki yumurta büyüklüğü kadar yağsız kırmızı et, haftada 4-5 gün beyaz et tüketin. Sıvı yağ olarak zeytinyağı ya da fındık yağı, mısırözü, soya ya da ayçiçek yağı tercih edin. Günde en az 2-4 porsiyon pişmiş sebze yemeği ve çiğ sebzelere yağ eklemeden tüketin. Yemeklerde tam buğday/kepekli ekmek tercih edin. Yemeklerin hazırlanmasında fırınlama, haşlama, ızgara ve teflonda yağsız pişirme yöntemlerini kullanın. Sakatat, salam, sucuk, margarin tereyağı, iç yağı, kızartmalardan ve hazır meyve sularından uzak durun.

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Oturma ve Yatma Pozisyonu

Oturduğunuz yerden kalkarken ellerinizin üzerine yük bindirmeyin. Öne doğru hafif eğilerek ve mümkünse bir başkasından yardım isteyin. Sandalyeye oturmak için sandalyenin önüne doğru eğilmek üzere bacaklarınızı kullanın. Daha sonra geriye doğru kaymak için de kollarınızı değil bacaklarınızı kullanın. Yataktan kalkarken sırtüstü yatarken yatağın kenarına doğru kayınız. Dizlerinizi hafifçe bükerek yavaşça yan tarafa doğru eğiliniz. Dirseğinizi kullanarak vücudunuzu yukarı doğru itin. Yavaşça her iki bacağınızı zemine doğru sallayın. Baş dönmesini engellemek için yatağın kenarında kısa bir süre oturun. Ellerinizi uyluklarınızın üstüne koyarak kalçadan öne doğru eğilin ve vücudunuzu bacaklarınızla yukarı doğru kaldırın. Bacaklarınızı uzun süre sarkıtarak oturmayın. Otururken bacak bacak üstüne atmayın. Oturma aralıklarında oda içinde hafif yürüyüş yapın. Ameliyattan sonra 6-8 hafta yatarken sağa sola dönmeyin, sadece sırtüstü yatın. Gün içinde göğüs korsenizi çıkarmayın, kullanmaya devam edin.



### Kontroller

Hekiminiz tarafından taburcu olurken belirlenen tarihlerde kontrollerinize gidin.

## Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Dikkat Etmeniz Gerekenler

### Sigara/Alkol

Ameliyattan sonra sigara/alkolü bırakın, bırakamıyorsanız sigara bırakma Polikliniklerinden/ilgili birimden yardım isteyin.

### Çalışma

Hastaların çoğu ameliyattan sonraki 6-12. haftada kendilerini işe dönmeye hazır hissederler. Çalışmaya başlamadan önce doktorunuz/hemşirenizle görüşün.

### Ziyatetçiler

İlk iki hafta ziyaretçilerinizi kısıtlayın. Yorulursanız ziyaretçilerinize bunu söyleyin ve uzanın, sizi anlayacaklardır.

### Giysiler

Rahat, ameliyat bölgenize aşırı baskı yapmayan gevşek giysiler giyinin.

### Cinsellik

Kendinizi rahat hissettiğinizde cinsel yaşamınıza kaldığınız yerden devam edebilirsiniz. Doktorunuz tarafından başka türlü önerilmediği taktirde taburculuktan 8 hafta sonra cinsel yaşamınız başlayabilir. İhtiyaç duyarsanız daha fazla bilgi almak için hemşirenize danışın.

## Açık Kalp Ameliyatından Sonra Yaşayabileceğiniz Durumlar ve Yapmanız Gerekenler

### Yorgunluk/Halsizlik

Yorgunluk/halsizlik açık kalp ameliyatı olan hastaların sıklıkla yaşadığı bir durumdur. Ameliyat sonrası önerilen şekilde aktiviteleri artırmak ve dinlenme süresini düzenlemek yorgunluğunuzu ve halsizliğinizi azaltmak için faydalı olabilir.

### Uyku Problemleri

Uykuya dalmakta zorluk, uyku bölünmeleri, uyandıktan sonra bir daha uykuya dalamamak ameliyattan sonra sıkça görülen durumlardır. Uyuyabilmek için rahat olmak çok önemlidir. Gerginliği azaltmak için ılık su içmek, müzik dinlemek, televizyon izlemek gibi şeyler yapabilirsiniz. Uykuyu engellediği için özellikle uyumadan birkaç saat önce çay ve kahveden uzak durmanız gerekmektedir. Uyumak için aşırı çaba göstermek uykunuzu daha fazla kaçırır. Uyku sorunlarının en önemli nedeni ağrı olduğundan ağrınızı geçirmek için alternatif yöntemler ya da reçete edilen ağrı kesici ilaçlarınızdan kullanabilirsiniz. Uyku düzeninizi sağlamak için her gece belli bir saatte yatmanız ve günde 8-10 saat uyumanız gerekir.

Unutmayın, iyileşmek için uykuya ihtiyacınız var.

## Açık Kalp Ameliyatından Sonra Yaşayabileceğiniz Durumlar ve Yapmanız Gerekenler

### Ağrı

Ameliyat sonrası ağrınızın olması çok normaldir. Endişe, korku, üzüntü, uykusuzluk, yorgunluk gibi durumlar ağrının hissedilmesini artıracağından böyle durumlardan uzak durmaya ve rahat olmaya çalışın. Uyku, dinlenme, dışa dönük olma hissedilen ağrıyı azaltacaktır. Ağrı yönetiminde, ağrı kesici ilaç tedavisinin yanı sıra ağrıyı rahatlatmada etkili olan tv izleme, hoşlanılan uğraşlarla zaman geçirme gibi, dikkati başka yöne çeken ilaç dışı gevşeme yöntemleri de kullanılabilir. Öksürme ve hapşırma durumlarında olabilecek ağrıyı azaltmak için ameliyat bölgenizi elle ya da küçük bir yastıkla destekleyin. Pozisyonunuza bağlı ağrı yaşayabilirsiniz, bunu önlemek için ev içinde kısa yürüyüşler yapmak faydalı olacaktır.

### Gevşeme Yöntemleri

Gözlerinizi bir noktaya yoğunlaştırarak ya da kapatarak sakin ve dinlendirici bir olayı düşünün.

Yavaş ve derin bir nefes alın ve vücudunuzun bazı bölgelerindeki kasları, örneğin kollarınızı kasın.

Sonra nefes verin ve tüm vücudunuzu gevşetin.

Ağrınızı gidermede solunum egzersizleri yapmak ta faydalı olacaktır.

## Açık Kalp Ameliyatından Sonra Yaşayabileceğiniz Durumlar ve Yapmanız Gerekenler

### İştah Problemleri

İyileşme dönemi boyunca iştahınızda azalma olması normaldir. İştahınızı iyileştirmek için sevdiğiniz yemekleri tüketmeniz (yasak olan yiyecekler hariç), kısa aralıklarla ve sık beslenmeniz ve yemek yediğiniz ortamın havalandırılmış olması önemlidir.

### Nefes Darlığı

Ameliyat sonrası rahat hareket edemediğiniz için akciğer kapasiteniz azalabilir ve nefes darlığı yaşayabilirsiniz. Nefes darlığınızın olmaması ve varsa azaltılması için solunum egzersizlerinizi ve triflow kullanımını ihmal etmeyin. Egzersizlerinizi yapmanıza ve dinlenmenize rağmen nefes darlığınız geçmiyorsa hemşirenizle görüşün.

## Açık Kalp Ameliyatından Sonra Yaşayabileceğiniz Durumlar ve Yapmanız Gerekenler

### Ödem

Uzun süre hareketsiz kaldığınızda bacaklarınızda bir miktar şişlik olabilir. Bunu önlemek için dinlenirken ayaklarınızı yukarı kaldırın ve saatte bir ayağa kalkıp birkaç dakika yürüyün. Doktorunuz tarafından önerildiyse sabah kalktığınızda varis çorabınızı giyin ve uyumadan önce çoraplarınızı çıkarın. Varis çorabını gün içinde çıkarıp tekrar giymeniz gerektiğinde yatarak ayaklarınızı 20 dakika süreyle yüksekte bekletip daha sonra çorabınızı giyin. Çorapta kırışıklık, katlanma olmamasına dikkat edin.

## Açık Kalp Ameliyatından Sonra Yaşayabileceğiniz Durumlar ve Yapmanız Gerekenler

### Yaraya İlişkin Problemler ve Yara Bakımı

Ameliyat sonrası ilk haftalarda ameliyat yaranızın etrafında hafif şişlik ve morluklar görülebilir. Yarada kaşıntı, his kaybı ve sızı olabilir. Ameliyat sonrası bacak veya göğüs yaranızdan az miktarda sarı ya da kanlı sızıntı gelmesi normaldir. Hekiminiz tarafından başka bir şey önerilmediyse yara yerinizin pansumanını günlük olarak yapın ve yara yerlerinizi açıkta bırakın. Pansuman yapan kişinin pansuman öncesi ellerini yıkaması ve pansuman yaparken eldiven giymesi gerekmektedir. Aksi taktirde yaranız mikrop kapabilir. Pansumanlarınızı gazlı beze batikon döküp yukardan aşağı doğru yaranıza bastırmadan bir kez silip atarak yapın. **Her batikonlu gazlı bezi yara bölgesi için sadece bir kez kullanın.**

Doktorunuz tarafından tavsiye edilmediği sürece ameliyat bölgenize herhangi bir losyon, krem, yağ ya da pudra vb. şeyler uygulamayın. Yaralarınızı her gün kontrol edin.

**Aşağıdaki durumlardan herhangi biri olursa hemşirenizi arayın:**

- Ameliyat bölgenizde hassasiyet artışı
- Ameliyat bölgenizde kızarıklık ya da şişme
- Ameliyat bölgenizden kan ya da kanlı sıvı gelmesi
- Düşmeyen ateş

## Açık Kalp Ameliyatından Sonra Yaşayabileceğiniz Durumlar ve Yapmanız Gerekenler

### Kabızlık

Kabızlık, hareketsizlikten, dengeli beslenmeme ve kullanılan ilaçlardan kaynaklanabilir. Kabızlığınızı önlemek için hareket etmek kadar sebze, meyve ve posalı yiyecekler tüketmenin ve günde 1,5-2 litreye yakın (doktorunuz tarafından özellikle kısıtlanmadıysa) su tüketmeniz önemlidir.

### Stres ve Stresle Baş Etme

Kalp sağlığınız açısından ameliyat sonrasında stresten uzak durmanız gerekmektedir. Herhangi bir stres durumuyla karşılaştığınızda baş etmek için kullanacağınız bazı yöntemler vardır. Bunlar: Kendinizi tanıyın. Kendinizi tanımanız, stres yaratan bir durumla karşılaştığınızda tepkilerinizi bilmenizi ve stresle baş etmede hangi yöntemleri kullanacağınızı belir- lemenize yardımcı olur.

İnsanlarla iyi ilişkiler kurun ve gülümseyin. Gülümsemek çevrenizle iyi ilişkiler kurmanıza ve stresin etkilerini azaltmaya yardımcı olur.

Stresle baş etmek için gevşeme teknikleri ve solunum egzersizlerini kullanın. Strese neden olan düşüncelerinizi durdurun ve başka şeyler düşünmeye çalışın. Egzersiz yapın, egzersiz yapmak stresle baş etmenin en etkili yollarındandır. Yeterli ve dengeli beslenmeye özen gösterin.

**KALP SAĞLIĞINIZ İÇİN**
**UNUTMAYIN!!!**

**Sigarayı hemen bırakın.**
**İlaçlarınızı düzenli kullanın.**
**Stresten uzak durmaya çalışın.**
**Beslenmenize özen gösterin.**
**Düzenli olarak egzersiz yapın.**
**Kontrollerinize düzenli gidin.**
**Duygularınızı paylaşmaktan ve soru sormaktan asla çekinmeyin ve gülümseyin...**

## AÇIK KALP AMELİYATINDAN SONRA;

| | |
|---|---|
| Parlak kırmızı dışkı | Ateşin 24 saat içinde iki kez 38° C'den daha fazla yükselmesi |
| Ameliyat öncesi döneme benzer göğüs ağrısı | Aşırı yorgunluk |
| Titreme veya ateş | Baldırda ağrı |
| Kanlı öksürük | Dikiş yerlerinden sızıntı şeklinde sürekli kanama |
| Bayılma nöbetleri | Derin nefes alındığında keskin ağrı |
| Nefes darlığı veya düzensiz kalp hızı ile birlikte kalp hızının dakikada 150'nin üstünde olması | Deri döküntüsü |
| Mide bulantısı, kusma veya ishal başlangıcı | Üriner Sistem Enfeksiyonu: Sık idrara çıkma, ağrılı idrar yapma, idrara sıkışma hissi, kanlı idrar |
| Şiddetli karın ağrısı | 24 saat içinde 1-2 kilodan fazla kilo alma |
| Dinlenmekle geçmeyen nefes darlığı | Kötüleşen ayak bileği şişliği veya bacak ağrısı |
| | Kötüye giden nefes darlığı |

**Acil müdahale gerektirir!**

**112'yi arayın veya acil servise başvurun**

**Hemşirenizi arayın veya polikliniğe başvurun**

### Aradığınızda doktor/hemşireniz size ne sorar?

- Bu belirtileri ne kadar süredir yaşıyorsunuz?
- Şu an hangi ilaçları kullanıyorsunuz?
- Hastaneden ne zaman taburcu oldunuz?

## Taburcu Olduktan Sonra Aktivitelerinize Ne Zaman Devam Edebilirsiniz?

| İlk 6 Hafta | 6 Hafta Sonra | 3 Ay Sonra |
|---|---|---|
| Hafif ev işleri (toz alma, masayı hazırlama, bulaşık yıkama, kıyafetleri katlama) | İlk 6 haftadaki aktivitelere devam edebilme (fakat daha fazlasını yapabilirsiniz) | 1-3. aydaki aktivitelere devam etme (fakat daha fazlasını yapabilirsiniz) |
| Hafif bahçe işleri (saksı bitkileri ile uğraşma gibi) | İşiniz kaldırma, itme ya da çekme ile ilgili değilse ve işe dönüşünüz doktorunuz tarafından onaylanmışsa yarı zamanlı olarak işe dönebilirsiniz) | Ağır ev işleri (yerleri fırçalama gibi) |
| El işi, okuma, yemek pişirme, merdiven çıkma, küçük mekanik işler, alışveriş yapma, spor etkinliklerine katılma, cami, sinema yada restorana gitme, arabada yolcu olarak seyahat etme, yürüme, sabit bisiklet sürme, saçları şampuanlama, oyun kartları ile oyun oynama. | Daha ağır ev işleri (elektrik süpürgesi tutma, çamaşır asma gibi) Daha ağır bahçe işleri (çim biçme,yaprakları budama gibi) Ütü yapma, iş-eğlence amaçlı seyahat etme, balık tutma, kürek çekme, hafif aerobik (kaldırma hariç), köpekle yürüme, küçük araba kullanma | Ağır bahçe işleri (kürekle kar temizleme, toprağı kazma gibi) Sporlar: Futbol, teniz, yüzme, dalma vb. Motosiklet kullanılabilir. |

**Kalbinizi Koruyun,**

**Çünkü İçinde Sevdikleriniz Var...**

## KAYNAKLAR


1. Özer, N. Kalp Ameliyatı Olan Hastalarda Sağlıklı Yaşama Merhaba, Ayhan Matbaacılık, Erzurum, 2005.
2. Schulz, P., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., Nieven, J. Symptom Management Strategies Used by Elderly Patients following Coronary Artery Bypass SurgeryAppl Nurs Res, 2011; 24(2): 65–73.
3. Zimmerman, L., Barnason, S., Schulz, P., Nieven, J. Miller, C., Hertzog, M., Rasmussen, D. The Effects of a Symptom Management Intervention on Symptom Evaluation, Physical Functioning and Physical Activity for Women After Coroner Artery Bypass Surgery, The Journal of Cardiovascular Nursing, 2007;22(6):493-500.
4. Zimmerman, L., Faha, F., Barnason S., Hertzog, M., Young L. ve ark. Gender Differences in Recovery Outcomes After an Early Recovery Symptom Management Intervention, Heart and Lung, 2011;40 (5):429-439.
5. Young, L., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., Wang, H. Cost-Effectiveness of a Symptom Management Intervention: Improving Physical Activity in Older Women Following Coronery Artery Bypass Surgery, Nursing Economics, 2012;30(2): 94-103.
6. Karadakovan, A,. Aslan, F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitapevi, 2010, 499-501.
7. Türk Kardiyoloji Derneği Klavuz Yayınları. Perkütan Koroner ve Valvüler Girişimlerde Hemşirelik Bakım Kılavuzu, 2. Basım, Türk Kardiyoloji Derneği,2007.
8. Erkuş, B.Ç., Menteş, D. Kalp Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitimi. Acıbadem Hemşirelik e-Dergi, Sayı 25, 2010. http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/ Erişim tarihi: 27.05.2015.
9. Us, M. Koroner Kalp Hastalığı, By-Pass Taburcu Olduktan Sonra Dikkat Edilmesi Gerekenler. http// www.melihus.com Erişim tarihi: 22.04.20015.
10. Akay, M. (2005). Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Verilen Hemşirelik Bakımı ve Taburculuk Eğitimi. Yeni Sağlık ve Tedavi Dergisi, 2005, 1 (4), 81-84.
11. Tranmer, J.E., Parry, M.J. Enhancing postoperative recovery of cardiac surgery patients: A randomized clinical trial of an advanced practice nursing intervention. Western Journal of Nursing Research 2004; 26(5):515–532.
12. Scalvini, S., Zanelli, E., Comini, L., Tomba, M.D., Troise, G., Febo, O., Giordano, A. Home-Based versus in-hospital cardiac rehabilitation after cardiac surgery: a nonrandomized controlled study. Journal of Physical Therapy, 2013; 93(8): 1073-1082.
13. Sawatzky, J.V., Christie, S., Singal, R.K. Exploring outcomes of a nurse practitioner -managed cardiac surgery follow up intervention; a randomized trial. Journal of advanced nursing, 2013; 69(9): 2076-2087.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları- nı Önleme ve Kontrol Programı, Birincil, İkincil, Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı 2010-2014, s:9-10, 2010, Ankara.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs, Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştır- ma Hastanesi, "Kalp Ameliyatı Sonrası Yaşamınız" Eğitim Rehberi, İstanbul.
16. Özel Tobb Etü Hastanesi, Kardiyovasküler Cerrahi Kliniği, Kalp Ameliyatından Sonraki Yaşamda Sıkça Sorulan Sorular, Ankara.

## KAYNAKLAR


17. University of Michigan Cardiovascular Center. Heart Surgery Information for Patients and Their Families.
18. K.K.T.C. Sağlık Bakanlığı, Kalp ve Damar CerrahisiRehberi.
19. The Society of Thoracic Surgeons, What to expect after cardiac surgery.
20. Stoony Brook University Heart Center, A Patient Guide to Cardiothoracic Surgery.

**EK-8**

3.

EVDE BAKIM HEMŞİRELİĞİ KURSU

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 313 Nolu Konferans Salonu İnciraltı İzmir
23 - 25 HAZİRAN 2014

*Sayın Rabia SAĞLAM*

*23-25 Haziran 2014 tarihlerinde İzmir'de düzenlenen "3. Evde Bakım Hemşireliği Kursu" na katılmıştır.*

*Prof. Dr. Ayşe Beşer*
*Evde Bakım Merkez Müdür Yardımcısı*

*Prof. Dr. Zuhal BAHAR*
*Evde Bakım Merkez Müdürü*

**EK-9**

İNSAN BAKIM BİLİMİ VE POSTMODERN HEMŞİRELİK KURSU

KATILIM BELGESİ

*Sayın* **Rabia SAĞLAM AKSÜT**

Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Mezunları Derneği tarafından 9-11 Şubat 2015 tarihleri arasında düzenlenen "**İnsan Bakım Bilimi ve Postmodern Hemşirelik Kursu**"na katılmıştır.

**Prof. Dr. Jean WATSON**
The Watson Caring Science Institute

**Prof. Dr. Sultan TAŞCI**
Kurs Başkanı

**Doç.Dr. Meral BAYAT**
Kurs Başkanı

**EK-10**

**Girişim Grubundaki Hastaların Telefonla Rehberlik Alma Nedenleri, Müdahale ve Sonuçları**

| Hastanın Arama Nedeni | Hemşirelik Girişimi | Sonuç |
|---|---|---|
| Kontrol randevusu ayarlama ve diğer bölümlere yönlendirme (n=3) | Hastanın hekimi ile görüşülerek kontrol randevusu ayarlandı. Diğer birimlere yönlendirilme ihtiyacı olan hastalar için ilgili birim doktoruyla görüşüldü ve hasta hakkında bilgi verildi.<br>Hastaya durum bilgilendirmesi yapıldı (randevunun saati, hangi doktor vb) | Yapılan muayeneler ve yeni reçete edilen ilaçlar ile hastanın şikayetleri geçti (n=3) |
| İlaç danışmanlığı (n=4) | Hastanın hekimi ile işbirliği yapıldı. Yeni ilaç önerildiyse ilaç kullanımı ve kullanılacak ilacın yan etkileri konusunda hasta bilgilendirildi. | Şikayetleri geçti (n=1)<br>Özellikle ağrı kesici kullanımı ile ilgili konularda hekim işbirliği ile hastanın şikayetlerinin azalması sağlandı (n=3) |
| Ağrı (1 kol, 1 sternum insizyon bölgesi) (n=2) | Ağrı ile ilgili veri toplandı ( lokalizasyonu, şiddeti, varsa ağrıyı artıran faktörler vb)<br>Eğitim kitapçığında yer alan ilgili bölümü incelemesi önerildi<br>Hekimle işbirliği yapılarak ağrı kesici düzenlendi.<br>Müdahale edilmesine rağmen hastanın ağrısı devam ediyorsa hasta hastaneye yönlendirildi. | Şikayeti geçti (n=1)<br>Şikayeti azaldı (n=1) |
| Uyku pozisyonu ile ilgili sorunlar (n=1) | Hastanın ameliyat sonrası 8 hafta için önerilen uyku pozisyonuna (sternum iyileşmesi ve komplikasyonların önlenmesi için) dikkat etmesi gerektiği hatırlatıldı.<br>Eğitim kitapçığında yer alan ilgili bölümü incelemesi önerildi. | Şikayeti azaldı (n=1) |
| Acil durumlar (çarpıntı, ateş, göğüs ağrısı (n=4) | Acil durumun ne zaman başladığı ve nasıl devam ettiği (artarak/azalarak) sorgulandı.<br>Duruma özgü ne yapması gerektiği açıklandı.<br>Görüşme sonrası hasta yeniden arandı ve yeni durum öğrenildi. Şikayet devam ediyorsa hasta hastaneye yönlendirildi. | Şikayeti geçti (n=3)<br>Şikayeti azaldı (n=1) |
| Nefes darlığı, sekresyon çıkarmada zorluk, öksürük (n=4) | Nefes darlığına neden olan faktör sorgulandı.<br>Daha önce kullandığı ilaçlar sorgulandı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Hastaya uygun önerilerde bulunuldu (soğuk buhar uygulaması, 2,5-3 lt sıvı alımı, yürüyüş, öksürük egzersizleri)<br>Görüşme sonrası durum kontrolü için hasta arandı, şikayet devam ediyorsa hasta hastaneye yönlendirildi. | Hastaneye yönlendirildi (n=2) |

| Hastanın Arama Nedeni | Hemşirelik Girişimi | Sonuç |
|---|---|---|
| Yara yeri bakımı ile ilgili sorunlar (yara yerinde kızarıklık, akıntı, ödem) (n=9) | Şikayetlerin ne zaman başladığı öğrenildi.<br>Konu ile ilgili yapılan eğitim tekrarlandı.<br>Hekimle işbirliği yapılarak bir sonraki ev ziyaretine kadar kullanmak üzere yaraya uygun pomad önerildi. | Şikayeti azaldı (n=4)<br>Hastaneye yönlendirildi (n=3) |
| Korse ve varis çorabının kullanımı ile ilgili sorunlar (n=1) | Hastanın yaşadığı probleme yönelik uygun açıklama ve bilgilendirme yapıldı.<br>Eğitim kitapçığının ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Önerilere uymadığı taktirde yaşayacağı sorunlar hastaya hatırlatıldı. | Şikayeti geçti (n=1) |
| Stres, uykusuzluk (n=1) | Uykusuzluğun ve stresin nedeni sorgulandı.<br>Hasta kendini ifade etmesi için cesaretlendirildi.<br>Stresle başa çıkma yöntemleri ile ilgili kitapçığın ilgili bölümünü incelemesi önerildi.<br>Uykusuzlukla baş etmesi için hastaya uygun yöntemler önerildi ve bu yöntemleri kullanması için hasta cesaretlendirildi.<br>Psikolog ve psikiyatri bölümü ile iş birliği yapıldı.<br>Hasta durum kontrolü için arandı ve şikayetler devam ediyorsa hastaneye yönlendirildi. | Hastaneye yönlendirildi (n=1) |

**EK-11**

## OREM'İN ÖZ BAKIM MODELİNE GÖRE HAZIRLANMIŞ EV ZİYARETİ HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

| Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri | Evet | Hayır |
|---|---|---|
| 1- Düzenli solunum yapabiliyor musunuz? | | |
| 2- Düzenli ve dengeli beslenir misiniz? | | |
| 3- Günlük 8-10 bardak sıvı alır mısınız? | | |
| 4- Günlük dışkılama ihtiyacınızı karşılıyor musunuz? | | |
| 5- Günde 6-8 saatte bir idrarınızı yapabiliyor musunuz? | | |
| 6- Haftada en az 3 kez duş şeklinde banyo yapabiliyor musunuz? | | |
| 7- Yeterli ve sağlıklı uyuyor musunuz? | | |
| 8- Gün içinde uyuma ihtiyacı hissediyor musunuz? | | |
| 9- Günlük aktivitelerinizi yapabiliyor musunuz? | | |
| 10- Kendinizi yalnız hissediyor musunuz? | | |
| 11- Çevrenizdeki insanlarla rahatlıkla iletişim kurabiliyor musunuz? | | |

| Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri | Evet | Hayır |
|---|---|---|
| 1- Bilgi eksikliğiniz olduğunda bunu karşılamaya çalışıyor musunuz? | | |
| 2- Ameliyatınız ailenizle ilişkinizi etkiliyor mu? | | |
| 3- Ameliyatınız arkadaşlarınızla olan ilişkinizi etkiliyor mu? | | |
| 4- Ameliyatınız iş yaşamınızı etkiledi mi? | | |
| 5- Ameliyatınız sosyal yaşamınızı etkiledi mi? | | |
| 6- Ameliyatınız maddi durumunuzu etkiliyor mu? | | |

| Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri | Evet | Hayır |
|---|---|---|
| 1-Solunum egzersizlerinizi yapıyor musunuz? | | |
| 2- Triflow'u kullanmaya devam ediyor musunuz? | | |
| 3- Öksürük egzersizi (sternumu yastıkla destekleyerek) yapıyor musunuz? | | |
| 4- Yara yeri bakımınızı yaparken keseleme ve lifleme yapmaktan kaçınıyor musunuz? | | |
| 5- Ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? | | |
| 6- Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz? (her gün kademeli olarak artacak şekilde) | | |
| 7- Dinlenirken ayaklarınızı yukarı kaldırıyor musunuz? | | |
| 8- Güç gerektiren işlerden ve ağır eşyaları kaldırmaktan uzak durmaya dikkat ediyor musunuz? | | |
| 9- Dinlenme halindeyken uyku pozisyonunuza ve sağdan sola dönmemeye dikkat ediyor musunuz? | | |
| 10- Araba kullanmamaya özen gösteriyor musunuz? | | |
| 11- Iyileşme sürecinde size önerildiği şekilde cinsel ilişkiden uzak durmaya özen gösteriyor musunuz? | | |
| 12- Stresle baş etme yöntemlerini kullanıyor musunuz? | | |
| 13- Varis çorabınızı size önerildiği şekilde düzenli olarak kullanıyor musunuz? | | |
| 14- Sigarayı/alkolü bıraktınız mı? | | |
| 15- Kontrol randevularınıza düzenli olarak gidiyor musunuz? | | |
| 16- Kilo kontrolü yapıyor musunuz? | | |

**EK-12**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

**ETİK KURUL SONUÇ RAPORU**

**Araştırmanın Adı:** "Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Öz Bakım Modeli Kullanılarak Evde Verilen Bakımın Öz Etkililik ve Semptom Yönetimine Etkisi"

| | |
|---|---|
| **Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur** | **( x )** |
| **Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur** | **( )** |
| **Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir** | **( )** |

**Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa):** Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 14.01.2015 tarihinde yapılan toplantısında "Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Öz Bakım Modeli Kullanılarak Evde Verilen Bakımın Öz Etkililik ve Semptom Yönetimine Etkisi" konulu Arş.Gör.Rabia Sağlam AKSÜT ve Doç.Dr.Dilek KILIÇ'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

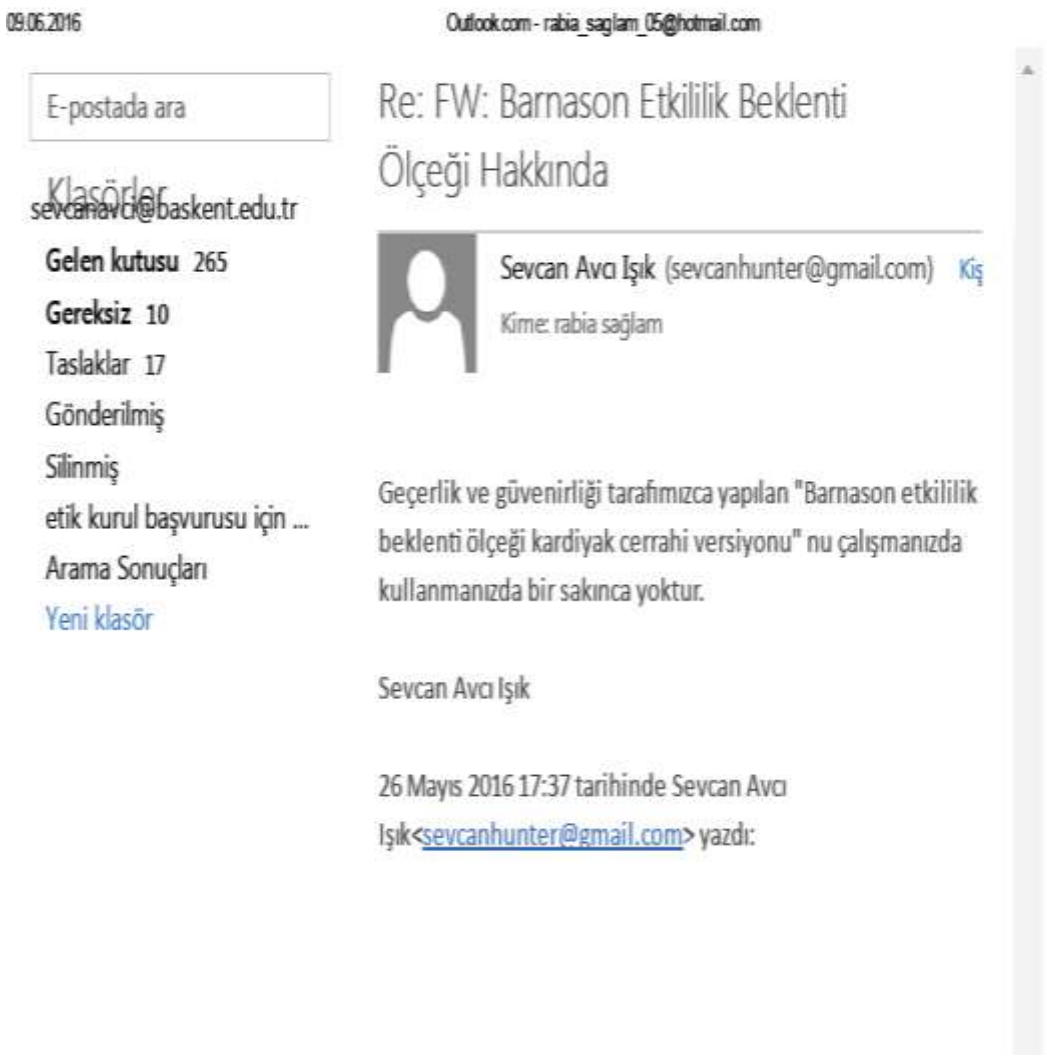
Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

**EK-13**


09.06.2016 Outlook.com - rabia_saglam_05@hotmail.com

E-postada ara

Klasörler

sevcanavci@baskent.edu.tr

Gelen kutusu 265

Gereksiz 10

Taslaklar 17

Gönderilmiş

Silinmiş

etik kurul başvurusu için ...

Arama Sonuçları

Yeni klasör

Re: FW: Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Hakkında

Sevcan Avcı Işık (sevcanhunter@gmail.com) Kiş

Kime: rabia sağlam

Geçerlik ve güvenirliği tarafımızca yapılan "Barnason etkililik beklenti ölçeği kardiyak cerrahi versiyonu" nu çalışmanızda kullanmanızda bir sakınca yoktur.

Sevcan Avcı Işık

26 Mayıs 2016 17:37 tarihinde Sevcan Avcı Işık<sevcanhunter@gmail.com> yazdı: