

**KORONER ARTER BYPASS GREFT ve KALP KAPAK
AMELİYATI OLAN HASTALARIN EVDE YAŞADIKLARI
SEMPTOMLAR ve ÖZ ETKİLİLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Deniz Yavuz
161502115

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Rabia Sağlam

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Aralık, 2019

**KORONER ARTER BYPASS GREFT ve KALP KAPAK
AMELİYATI OLAN HASTALARIN EVDE YAŞADIKLARI
SEMPTOMLAR ve ÖZ ETKİLİLİKLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Deniz Yavuz
161502115
Orcid: 0000-0003-4066-3004




YÜKSEK LİSANS TEZİ
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Rabia Sağlam

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Aralık, 2019



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

DENİZ YAVUZ'ın "Koroner Arter Bypass Greft ve Kalp Kapak Ameliyatı olan Hastaların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Etkililiklerinin Karşılaştırılması" başlıklı tezi 24.12.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans/~~Doktora~~ tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı) Dr. Öğr. Üyesi Rabia SAĞLAM AKSÜT	
Üye Dr. Öğr. Üyesi Seher YURT	
Üye Doç. Dr Sonay GÖKTAS	


Prof. Dr. Zeliha ÖZER
Enstitü Müdürü

 maltepe üniversitesi	ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	00
		Sayfa	1/1

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	01.03.2018	İlk yayın.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

24/12/2019

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarından bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın Maltepe Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığımı ve öngörülen standartları karşıladığımı beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.


Deniz Yavuz

Hazırlayan	Kalite Koordinatörü	Kurumsal Yetkili
İlgili Birim	Dr. Öğr. Üyesi Şafak GÜNDÜZ	Prof. Dr. Belma AKŞİT

(Doküman No: FR-178; Yayın Tarihi: 01.03.2018; Revizyon Tarihi: ; Revizyon No:00)

TEŞEKKÜR

Bu alıŐma kapsamında, lisansüstü öğrenimim boyunca desteklerini esirgemeyen, tecrübelerinden faydalandığım, çalıŐmalarıyla örnek olan ve bu çalıŐmanın planlanmasında, yürütülmesinde ve tüm aşamalarında danışmanlık yapmış, bilimsel katkı ve desteğinden dolayı değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Rabia Sağlam'a, yaşamım boyunca beni destekleyen, benden ilgi ve sevgilerini eksik etmeyen aileme sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Deniz Yavuz

Aralık 2019

ÖZ

KORONER ARTER BYPASS GREFT VE KALP KAPAK AMELİYATI OLAN HASTALARIN EVDE YAŞADIKLARI SEMPTOMLAR VE ÖZ ETKİLİLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Deniz Yavuz
Yüksek Lisans Tezi
Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Rabia Sağlam
Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019

Bu araştırma Koroner Arter Bypass Graft (KABG) ve kapak ameliyatı olan hastaların evde yaşadıkları semptomlar ve öz etkililiklerinin karşılaştırılması amacıyla yapıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan bir kamu üniversitesi hastanesinde Eylül 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında KABG ve kapak ameliyatı olan hastalar, örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden KABG ameliyatı geçirmiş 64 hasta ve kapak ameliyatı geçirmiş 64 hasta olmak üzere toplam 128 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu ve Semptom Kontrol Listesi kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma, bağımlı gruplarda t testi, Mann Whitney U analizi, Varyans analizi ve Kruskal Wallis analizi kullanıldı. Bu araştırma sonucunda KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 2. haftaya kadar kapak ameliyatı olanlara göre semptomlarının daha şiddetli ve öz etkililiklerinin daha düşük olduğu, taburculuğun 4. haftasında ise KABG ameliyatı olan hastaların semptomları daha şiddetli yaşamalarına rağmen öz etkililiklerinin daha iyi olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Koroner Arter Bypass Graft, Kapak Ameliyatı, Öz Etkililik, Semptom, Hemşirelik

ABSTRACT

A COMPARISON OF SYMPTOMS EXPERIENCED AT HOME AND SELF-EFFICACY IN PATIENTS WHO EITHER UNDERWENT A CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY OR A VALVE SURGERY

Deniz Yavuz
Master Thesis
Department of Nursing
Surgical Nursing Programme
Advisor: Asst.Prof. Rabia Sağlam
Maltepe University Graduate School of Health, 2019

This study was conducted to compare the symptoms experienced by patients who underwent a Coronary Artery Bypass Graft (CABG) surgery and those who had a valve surgery and their self-efficacy. The study population consisted of patients who underwent a CABG or a valve surgery between September 2018 and April 2019 at a state university hospital located in Istanbul and its sample a total of 128 patients, 64 who had a CABG surgery and 64 a valve surgery, who met the inclusion criteria and agreed to take part in the study. The study data were collected using a Patient Description Form, the Barnason Efficacy Expectation Scale (BEES): Cardiac Surgery Version and a Symptom Check List. The data were analysed using numbers, percentages, minimum and maximum values, means and standard deviations and in dependent groups, the t-test, Mann Whitney U analysis, Variance analysis and Kruskal Wallis analysis. The results of this study showed that patients who underwent a CABG surgery had more severe symptoms and lower self-efficacy until week 2 after discharge compared to those who underwent a valve surgery, but at week 4 of discharge, the patients who had a CABG surgery seemed to achieve improved self-efficacy although they still experienced more severe symptoms.

Keywords: Coronary Artery Bypass Graft, Valve Surgery, Self-Efficacy, Symptom, Nursing

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZ.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR.....	x
ÖZGEÇMİŞ.....	xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem.....	1
1.2. Amaç.....	3
BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Koroner Arter Hastalığı.....	5
2.2. Kalp Kapak Hastalıkları.....	6
2.2.1. Mitral Darlık.....	6
2.2.2. Mitral Yetmezlik.....	6
2.2.3. Aort Darlığı.....	7
2.2.4. Aort Yetmezliği.....	7
2.2.5. Triküspit Darlık.....	8
2.2.6. Triküspit Yetmezliği.....	8
2.3. Açık Kalp Ameliyatı.....	8
2.3.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG).....	10
2.3.2. Kalp Kapak Ameliyatı.....	11
2.4. Öz Etkililik.....	12
2.5. KABG ve Kapak Ameliyatı Sonrası Evde Görülen Semptomlar ve Öz Etkililik.....	13
2.6. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Semptom Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	17
BÖLÜM 3. YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Modeli.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	19
3.4. Veriler ve Toplanması.....	20
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu.....	20
3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu.....	20
3.4.3. Semptom Kontrol Listesi.....	21
3.5. Verilerin Çözümlemesi ve Değerlendirilmesi.....	22
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
BÖLÜM 4. BULGULAR.....	24
BÖLÜM 5. TARTIŞMA.....	37

BÖLÜM 6. SONUÇ	42
6.1. Özet	42
6.2. Yargı.....	42
6.3. Öneriler	43
EK'LER	44
KAYNAKÇA.....	55



TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1 Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler.....	22
Tablo 3.2. İç Geçerlilik Katsayıları.....	23
Tablo 4.1. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	24
Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri.....	26
Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özellikleri.....	27
Tablo 4.4. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (1.Hafta).....	28
Tablo 4.5. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (1.Hafta).....	29
Tablo 4.6. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (2. Hafta).....	30
Tablo 4.7. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (2. Hafta).....	31
Tablo 4.8. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (4. Hafta).....	32
Tablo 4.9. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (4. Hafta).....	33
Tablo 4.10. KABG Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Grup İçi Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.11. Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Grup İçi Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.12. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ ve Alt Ölçeklerinin Grup İçi Karşılaştırılması.....	36

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACCF	: Amerikan Kardiyoloji Birliği
AHA	: Amerikan Kalp Birliği
AF	: Atriyal Fibrilasyon
BEBÖ	: Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EACTS	: Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Derneği
ECC	: Kalp Akciğer Makinesi
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
GEA	: Gastroepiploik Arter
HT	: Hipertansiyon
İMA	: İnternal Mamarian Arter
İTA	: İnternal Torasik Arter
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı

LAD : Sol Ana Koroner Arter

MİDKABG : Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass Greft

TEKABG : Total Endoskopik Koroner Arter Bypass Greft

TEKHARF :Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu



ÖZGEÇMİŞ

Deniz Yavuz

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

Eğitim

- Y.Ls. 2019 Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Programı
- Ls. 2009 Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Düzce Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik
- Lise 2003 Kartal Süleyman Demirel Lisesi

İş/İstihdam

- 2015 - Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas
Eğitim ve Araştırma Hastanesi/ Hemşire
- 2013 – 2015 Elbistan Devlet Hastanesi/ Hemşire
- 2010 – 2013 Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları
ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Hemşire
- 2009 – 2010 BAÜ Medicalpark Göztepe Hastanesi / Hemşire

Kişisel Bilgiler

- Doğum yeri ve yılı : İstanbul, 1986 Cinsiyet: K
- e-posta : deniseren@hotmail.com

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1. Problem

Her geçen yıl ülkemizde ve dünyada yaşam süresinin ve kalitenin artmasına, sağlığı koruma ve geliştirme çalışmaları ile son yıllarda meydana gelen tıbbi gelişmelere rağmen kardiyovasküler hastalıklar sağlığı tehdit eden hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Özcan, 2008). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2017 yılı verilerine göre her yıl 40 milyon kişi Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) nedeniyle ölmektedir ve bu ölümler dünyadaki ölümlerin %70'ni oluşturmaktadır. Tüm dünyada 2015 yılında BOH'a bağlı ölümlerin yüzde %37'sini kalp ve damar hastalıkları oluşturmuştur (Benjamin ve diğ., 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 yılı ölüm verilerine göre ise Türkiye'de görülen ölüm vakalarının %38,4'ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Ülkemizde 2018 yılında dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %39,7'si iskemik kalp hastalığı, %8,3'ü hipertansif hastalıklar ve %24,4'ü ise diğer kalp hastalıklarından kaynaklanmıştır. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol programına göre Avrupa'daki gelişmiş ülkelerde kalp ve damar hastalıkları nedeniyle olan ölümlerde azalma görülürken gelişmekte olan ülkelerde bu oran artmaktadır (TÜİK, 2018).

Koroner Arter Hastalığı (KAH) ve kalp kapak hastalıkları kardiyovasküler sistem hastalıkları içinde yaygın olarak görülen hastalıklardandır. Amerikan Kalp Birliği (AHA) 2016 yılı verilerine göre ABD'de 20 yaş üzeri 15,5 milyon kişide KAH bulunmaktadır. KAH prevalansı kadın ve erkeklerde eşit olarak artış göstermekte olup, 2030 yılına kadar %18 oranında artacağı öngörülmektedir (Sanchis ve diğ., 2016; Mozaffarian, 2016). Kalp kapak hastalıkları ise ABD'de 7 milyonun üzerinde görülmekte olup, kalp sorunlarına yol açan 3. en sık nedendir (Teksas Kalp Enstitüsü, 2019). Ülkemizde kalp kapak hastalıklarıyla ilgili veriler sınırlı olup Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörlerinin (TEKHARF) belirlenmesi amacıyla 2000 yılında yapılan çalışmada 143.000 kapak hastası olduğu belirlenmiştir (Onat ve diğ., 2001). Kervan ve diğ. (2011) tarafından yapılan araştırma sonuçlarına

göre ülkemizde 2009 yılında 10.091 kalp kapağı ameliyatı gerçekleştirildiği belirtilmektedir.

Günümüzde kalp ve damar hastalıklarının tedavisinde en sık kullanılan yöntem açık kalp cerrahisidir (Sidar ve diğ., 2013). KAH'nın tedavisinde KABG ameliyatı tercih edilmekte olup ABD'de yılda 600.000 kişi, ülkemizde ise her yıl 20.000 kişi KABG ameliyatı geçirmektedir (Demirkıran, 2011; Alexander ve diğ., 2016). ABD'de her yıl yaklaşık olarak 106.000 kapak ameliyatı gerçekleştirilmektedir (Teksas Kalp Enstitüsü, 2019).

Açık kalp cerrahisi hayati semptomların gelişebildiği büyük bir ameliyattır ve semptomlar genellikle eve taburcu olduktan sonra ilk altı hafta içinde görülmektedir (Yılmaz ve Çiftçi, 2010). Teknolojik gelişmelere rağmen açık kalp ameliyatından sonra hastalar fiziksel ve biyopsikososyal yönden pek çok sorun yaşamaktadır (Direk ve Çelik, 2012). KABG ameliyatından sonra hastalar göğüs veya bacak ağrısı, kollarda uyuşma, dispne, aritmi, konstipasyon, anksiyete ve depresyon, bulantı, kusma, iştahta azalma, kilo verme, uyku sorunları, yorgunluk, bacakta ödem, halsizlik, baş dönmesi, yara enfeksiyonu ve cinsel aktivitede azalma gibi semptomlar yaşamaktadır (Tuna ve Çelik, 2014). Kapak ameliyatlarından sonra ise KABG ameliyatı sonrası görülen semptomlara ek olarak tromboembolizm, antikoagülanlara bağlı kanama ve protez kapak endokarditi gibi semptomlar görülmekte olup, bu semptomlar mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır (Jones, 2010; Dechant, 2013; Hermans ve diğ., 2013; Grzymala-Lubanski ve diğ., 2017).

Açık kalp ameliyatı geçiren hasta herhangi bir komplikasyon oluşmamişsa ortalama 5-7. günde hastaneden taburcu olmaktadır (Yılmaz ve Çiftçi, 2010). Hastanede yatış süresinin kısa olması hastaların taburcu olduktan sonraki yeni duruma ve ameliyat sonrası döneme alışmalarını geciktirmektedir. Bu nedenle hemşireler, açık kalp ameliyatından sonra görülen semptomları bilmeli ve buna yönelik hemşirelik bakımı planlamalıdır (Goodman, 1997; Gallego ve diğ., 2004; Schulz ve diğ., 2011). Açık kalp ameliyatı sonrası hastalara verilen bakım, hastaların daha hızlı iyileşmesini sağlamakta, yaşanabilecek semptomları önlemekte ve hastanın yaşam süresi ve kalitesini artırmaktadır (Velanovich, 2004; Üstündağ ve Aslan, 2011; Saengsiri ve Hacker, 2015). Hastaların iyileşme sürecinin hızlanması, öz etkililiklerinin artırılması

ve hastaneye geri dönüşlerin azaltılması açısından ameliyat sonrası evde yaşanan semptomların bilinmesi son derece önemlidir (Demirkıran ve Uzun, 2012; Akbari ve Çelik, 2015; Özen ve Seviğ, 2017).

Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda görülen semptomlar hastaların öz bakım uygulamalarını gerçekleştirmelerinde sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Direk ve Çelik, 2012). Öz bakım uygulamalarını gerçekleştiremeyen hastaların öz etkililiklerinde de azalma meydana gelir. Öz etkililik, farkındalık kazanma, hislerin farkında olma, bir davranışı yapmada ya da başarmada kişinin kendisine olan inancını ifade eder. Bireyin bir durum ile baş ederken ne kadar güç harcayabileceğini belirlemekle beraber kendisiyle ilgili davranışlarının seçimi, yeteneklerini algılaması, bir davranışta harcayacağı çaba gibi durumlar bireyin öz etkililik algısından etkilenir (Barnason ve diğ., 2002). Yapılan araştırmalarda öz etkililiği yüksek olan bireylerin sağlıklı ilgili davranışlarını geliştirebilmek, öz bakımlarını yapabilmek için daha fazla çaba sarf ettiği ve bir engelle karşılaştığında mücadele sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmektedir (Bandura, 1977; 2006).

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların tıbbi tanısı ve hastalara uygulanan cerrahi prosedür birbirinden farklı olduğu için hastaların ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları semptomlar da birbirinden farklıdır. Taburculuk sonrası hastalara hemşireler tarafından evde semptom yönetimi yapılması ve hastaların öz etkililiklerinin artırılması için iki hasta grubunun evde yaşadıkları semptomların ve öz etkililiklerinin bilinmesi son derece önemlidir. Ancak literatürde bu iki hasta grubunun evde yaşadıkları semptomlar ve öz etkililiklerinin karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu araştırmanın bu hasta grubuna evde bakım hizmeti sunacak sağlık profesyonellerine yol gösterici olacağı ve literatüre katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

1.2. Amaç

Bu araştırma, KABG ve kalp kapak ameliyatı olan hastaların evde yaşadıkları semptomlar ve öz etkililiklerinin karşılaştırılması amacıyla yapıldı. Bu amaca yönelik araştırma soruları şöyledir;

- 1- KABG ve kapak ameliyatı olan hastalarda taburculuk sonrası 1., 2. ve 4. haftada görülen semptomlar açısından iki grup arasında fark var mıdır?
- 2- KABG ve kapak ameliyatı olan hastalarda taburculuk sonrası 1., 2. ve 4. haftada öz etkililik açısından iki grup arasında fark var mıdır?



BÖLÜM 2. GENEL BİLGİLER

Kalp hastalıkları günümüzde tüm dünyada yaygın ve ölüme neden olan hastalıkların başında gelmektedir (DSÖ, 2019). Kronik hastalıklar sınıflamasında kalp ve damar hastalıkları ilk sırada gelmekte olup, bu hastalıklar içerisinde KAH, en çok ölüme neden olan hastalık olarak belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015). KAH'nın tedavisi KABG ameliyatı, kalp hastalıklarının tedavisi ise kalp kapak tamiri ve kapak değişimi yapılarak gerçekleştirilmektedir (Yava, 2000; Erdil ve Elbaş, 2001; Merkouiris ve diğ., 2008).

2.1. Koroner Arter Hastalığı

KAH koroner arterlerin plaklar nedeniyle daralması ya da tıkanmasından dolayı miyokard dokusunun az kanlanması yada hiç kanlanamaması sonucu meydana gelir (Paç ve diğ., 2013). AHA 2016 yılı verilerine göre ABD'de 20 yaşın üzerindeki 15,5 milyon kişide KAH bulunmakta olup, kadın ve erkeklerde bu oran eşit şekilde artış göstermektedir (Sanchis ve diğ., 2016; Mozaffarian, 2016). TEKHARF sonuçlarına göre tüm ölümlerin %43'ünü kardiyovasküler sistem hastalıkları oluşturmaktadır. Türkiye'de yılda 420.000 kişide KAH görülmekte olup, bunlardan 120.000'i mevcut akut olayın tekrar ettiği vakalar iken 18.000'ini ise yeni vakalar oluşturmaktadır (Onat ve diğ., 2015; 2017). KAH, önemli komplikasyonlara yol açması, mortalite-morbitide oranının ve maliyetinin yüksek olması sebebiyle önemli bir toplum sağlığı sorunudur (Karadakovan ve Aslan, 2011; Badır, 2014).

KAH'ta kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen risk faktörleri vardır. Kontrol edilebilen risk faktörleri; sigara/alkol kullanımı, hipertansiyon (HT), diyabetes mellitus (DM), dislipidemi, obezite, dengesiz beslenme, stres ve sedanter yaşamdır. Kontrol edilemeyen risk faktörleri ise; kalıtsal yatkınlık, aile hikayesi, yaş ve cinsiyettir (Akdemir ve Birol, 2005; Tekbaş, 2008; Karadakovan ve Aslan, 2010). KAH çoğunlukla cerrahi girişim gerektiren bir hastalıktır ve cerrahi tedavinin ilaçla tedaviden daha etkili olduğu bildirilmektedir (Tekbaş, 2008; Ertem ve diğ., 2013).

2.2. Kalp Kapak Hastalıkları

Kalp kapakları, dolaşım sırasında kalbin kasılıp gevşemesiyle oluşan basınç değişikliklerine göre açılıp kapanarak pulmoner artere ve aortaya olan kan akımını kontrol ederler. Atriyoventriküler kapak, atriyumunu ventrikülden, triküspit kapak, sağ atriyumunu sağ ventrikülden, mitral kapak ise sol atriyumunu sol ventrikülden ayırır. Pulmoner kapak, sağ ventrikül ile pulmoner arter arasında, aort kapak ise sol ventrikül ile aort arasında yer alır (Özcan, 1997). Kapak hastalıklarında ortaya çıkan bozukluklar; kapak darlığı ve kapak yetmezliğidir. Kapak darlığı, kapak açıklığının daralması sonucu kanın ileri doğru akışının engellenmesiyle, kapak yetmezliği ise kapak tendonlarının elastikiyetini kaybetmesi sonucu tam olarak kapanamaması nedeniyle oluşur. Kapak hastalıkları hastanın durumuna bağlı olarak çeşitli semptomlara yol açabilir ve cerrahi tedavi gerektirebilir (Karadakovan ve Aslan, 2011).

2.2.1. Mitral Darlık

Mitral kapağın ve kordaların anatomik bozukluğu ve deformitesi sonucu diastolde iyi açılmaması mitral darlığa neden olur. Mitral darlıkta sol atriyumdan sol ventriküle giden kan akımı engellenir. Genellikle mitral darlığın nedeni romatizmal ateşin ilerleyici olarak korda tendinaları ve kapakları kalınlaştırmasıdır. Kapaklar birleşerek mitral kapağı daraltır ve sonunda tıkanarak ventriküle olan kan akımı engellenir (Karadakovan ve Aslan, 2011). Mitral darlık tüm kapak hastalıkları içerisinde en sık görülen bozukluktur. Mitral darlığın ilk bulgusu, pulmoner venöz hipertansiyon nedeniyle görülen dispnedir. Mitral darlığı olan hastalarda yorgunluk, hemoptizi, öksürük ve sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları görülebilir (Runge ve Ohman, 2008).

2.2.2. Mitral Yetmezlik

Mitral yetmezlik; mitral kapak yapraklarının tam olarak kapanamaması ve sol ventriküldeki kanın sol atriuma geri kaçması olarak tanımlanmaktadır (Blevins, 2015). Yetmezlik, primer veya sekonder olarak da görülebilmektedir (Ray ve Chambers, 2014; Motiwala ve Delling, 2015). Hastalık ilerledikçe kanın sol atriuma geri kaçması sol atriumun genişlemesine ve akciğerlerde basıncın artmasına neden olmaktadır. Zamanla

sol ventriküldeki artan basıncı kompanse etmek ve bu basıncı azaltmak için sol ventrikülde de hipertrofi meydana gelmektedir (Ray ve Chambers, 2014). Bu mekanizmalar hastanın yıllarca asemptomatik kalmasına neden olmaktadır. Şiddetli dispne ve aktivite intoleransı yavaş yavaş ortaya çıkar (Ray ve Chambers, 2014; Nishimura ve diğ., 2016). Bu semptomları yaşayan hastalara kalbin yükünü azaltmak için medikal tedavi ya da cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Nishimura ve diğ., 2016).

2.2.3. Aort Darlığı

Aort darlığı; aort ile sol ventrikül arasındaki açıklığın daralmasıdır. Daralma ile birlikte sol ventrikülden sistemik dolaşıma atılan kan miktarı azalmakta ve sol ventrikülde basınç artışı oluşmaktadır (Kanan, 2018). Sol ventrikülün iş yükünü azaltmak için sol ventrikülde hipertrofi gelişmektedir (Ekim ve diğ., 2005; Carabello ve Paulus, 2009). Genellikle darlığı oluşturan nedenler arasında konjenital kapak malformasyonları, romatizmal endokardit ve kalsifikasyonlar yer almaktadır (Korkmaz, 2014). Bazı hastaların ciddi darlık durumlarında da iyi görüldüğü ve asemptomatik seyrettiği belirtilmektedir. Semptomatik hastalarda ise; aktivite intoleransı, dispne, halsizlik, anjina, senkop ve kalp yetmezliği gibi durumlar söz konusudur. Takipli hastalarda belirtilerin başlamasından itibaren üç ay içerisinde ani ölümlerin görülebildiği belirtilmektedir (Carabello ve Paulus, 2009). Bu nedenle tedaviye yönelik kesin bir görüş olmamakla beraber özellikle semptomatik olan hastalarda aort kapağının değiştirilmesi önerilmektedir (Otto, 2006; Carabello ve Paulus, 2009; Rosenhek ve diğ., 2010).

2.2.4. Aort Yetmezliği

Aort yetmezliği, aort kapak yapraklarının tam olarak kapanamaması sonucu kanın diastol esnasında sol ventriküle geri kaçması olarak tanımlanır (Telli ve diğ., 2004; Brunner ve diğ., 2007; Korkmaz, 2014; Blevins, 2015; Korkmaz, 2017). Aort kapağının bozukluğu, kapağın herhangi bir nedenle deformasyona uğraması ya da aort kökünün genişlemesi aort yetmezliğine neden olmaktadır (Korkmaz, 2017). Aort yetmezliği akut ve kronik olmak üzere iki gruba ayrılır (Telli ve diğ., 2004; Korkmaz, 2017). Akut aort yetmezliğinde durum ciddidir ve erken tanı konulamadığı durumlarda pulmoner ödem veya kardiyojenik şok nedeniyle hastalık ölümle sonuçlanabilmektedir (Telli ve diğ., 2004; Runge ve Ohman, 2008). Kronik aort yetmezliği ise uzun yıllar

asemptomatik seyredebilir (Runge ve Ohman, 2008). Tedavisinde ise, geri kaçan kanın azaltılması için medikal tedavi veya endikasyon durumuna göre cerrahi tedavi uygulanmaktadır (Telli ve diğ., 2004; Korkmaz, 2017).

2.2.5. Triküspit Darlık

Sağ atrium ve sağ ventrikül arasında bulunan triküspit kapağın darlığıdır. En önemli nedeni akut eklem romatizması olmakla beraber sistemik lupus eritomatozus, karsinoid tümör ve konjenital bozukluklar da triküspit darlığına neden olabilir. Hastalığın kadınlarda görülme sıklığı erkeklere göre 4-5 kat daha fazladır. Triküspit yapraklarının daralması sonucu, sağ atriumdan sağ ventriküle kan akımı yavaşlar ve sağ atriumda birikir. Bu durumda kalbe olan venöz dönüşüm engellenir, venöz basınç artar ve sağ ventrikül out-put'u azalır. Hastalarda düşük out-put nedeniyle ortaya çıkan belirti ve bulgular arasında erken yorulma, kilo kaybı, hipotansiyon, hepatomegali, juguler ven dolgunluğu, siroz ve sarılık görülmektedir (Runge ve Ohman, 2008).

2.2.6. Triküspit Yetmezliği

Triküspit yapraklarının triküspit alanını tam kapatamaması triküspit yetmezlik olarak adlandırılır. Sağ ventrikül hipertrofisi, mitral darlık, pulmoner hipertansiyon, bakteriyel endokardit, akut eklem romatizması, travma, sağ ventriküle pil implantasyonu triküspit yetmezliğe neden olan durumlar arasında sayılabilir. Triküspit yetmezliğinde siyanoz, ödem, regürjitasyon, iştahsızlık, dispne, boyun venlerinde dolgunluk, sarılık ve düzensiz nabız görülen belirti ve bulgulardır (Soltoski ve diğ., 2006; Runge ve Ohman, 2008; Karadakovan ve Aslan, 2011).

2.3. Açık Kalp Ameliyatı

Ekstrakorporeal dolaşımın uygulanmasıyla modern kalp cerrahisi başlamıştır. Dünyada, ekstrakorporeal dolaşım tekniği uygulanarak John Gibbon tarafından ilk başarılı açık kalp ameliyatı 1953 yılında yapılmıştır. Ülkemizde ise ilk açık kalp ameliyatı 1960 yılında Dr. Mehmet Tekdoğan tarafından Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde uygulanmıştır (Örer ve Oto, 1999).

Açık kalp ameliyatı göğüs kafesinin açılarak kalp kasına, kapaklarına, arterlerine ya da aort gibi kalbin diğer alanlarına yapılan cerrahi girişimleri kapsamaktadır. Göğüs kafesinin açılması, aynı zamanda sternotomi olarak adlandırılmaktadır (Paç ve diğ., 2013). Açık kalp cerrahisi, kalp ve akciğerlerin fonksiyonlarını durdurmak ve içindeki kanı boşaltmak amacıyla kalp akciğer makinesine (ECC) bağlandığı sırada yapılan cerrahi işlemdir. ECC; pompa oksijenatör, kan haznesi, arteriyel filtre, ısı düzenleyici, arteriyel ve venöz kanülden oluşmaktadır. Açık kalp ameliyatında hareketsiz ve kansız ortamda doğrudan kalbe müdahalede bulunabilmek bu ameliyatın en önemli avantajlardandır (Erdil ve Elbaş, 2008; Pierson, 2013). Açık kalp ameliyatları; KABG, Kalp Kapak Değişimi/Onarımı, Kalp Tümörleri, Kalp Transplantasyonu, ventrikül destek cihazı implantasyonu ve pediatrik kalp ameliyatlarını kapsamaktadır. Yetişkinlerde en sık yapılan açık kalp ameliyatı KABG ameliyatıdır (Çobanoğlu ve İşbir, 2013).

Açık kalp cerrahisinde amaç kalple ilgili problemleri düzeltmektir (Pierson, 2013). Ameliyat başarısı yüksek olmakla beraber ameliyat sonrasında hastaların yaşadıkları semptomlar azalmakta ve hastaların yaşam kalitelerini artırmaktadır (Sorensen ve Wang, 2009; Bucher ve Johnson, 2014; Badır ve Korkmaz, 2014). KABG, KAH'da medikal tedaviye yanıt alınamayan, koroner arterlerde tıkanıklık olan ve perkutan yöntemlerle tıkanıklığın açılmadığı hastalarda uygulanmaktadır. Cerrahi işlemlerle tıkalı olan koroner arterin distalinden aorta greftleme yapılarak kan akımı sağlanmaktadır. Bu greftler genellikle internal mamarian arter, safen ven, gastroepiploik arter, radial arter ve inferior epigastrik arterdir. Hastadaki tıkalı arter sayısına göre greft kullanılmaktadır (Hillis ve diğ., 2011; Bucher ve Johnson, 2014). KABG'de internal mamarian arterden sonra en sık kullanılan greft safen vendir. KABG ameliyatı, minimal invaziv cerrahi ya da kalp akciğer makinası kullanılmadan uygulanabilmektedir (Cohn, 2010; Hillis ve diğ., 2011; ESC, 2013; Badır ve Korkmaz, 2014).

Kapak hastalıklarında darlık, yetmezlik ya da prolapsus oluştuğunda cerrahi tedavi olarak genellikle kapağın tamiri ya da değişimi yapılmaktadır. Kapak tamir yöntemleri valvüloplasti, anüloplasti ve valvülotomidir (ESC, 2013). Kapak ameliyatları tüm kalp kapakları için uygulanabilmekte olup, kapak değişiminde hastaya biyolojik ya

da mekanik kapak takılır. Kapak seçiminde hastanın komorbidite durumu ve yaşı değerlendirilerek seçim yapılmalıdır. Mekanik kapaklar ömür boyu antikoagülan tedavi gerektirir (Bucher ve Johnson, 2014).

2.3.1. Koroner Arter Bypass Greft (KABG)

KABG ameliyatı, tıkanıklık ya da darlık olan koroner arterin sonrasında kalan bölge ile ven veya arter kullanılarak aort arasında köprü oluşturularak kanlanamayan miyokardın kanlanmasını, beslenmesini ve oksijenlenmesini sağlamak amacıyla yapılan cerrahi girişimdir (Paç ve diğ., 2013). KABG günümüzde tüm dünyada kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde en sık yapılan ameliyattır ve hastalara daha kaliteli ve uzun bir yaşam sağlaması sebebiyle medikal tedaviye oranla daha çok tercih edilmektedir (Smeltzer ve diğ., 2010; Holmes ve diğ., 2011; Farkouh ve diğ., 2012; Çobanoğlu ve İşbir, 2013; ACCF/AHA, 2019).

Amerikan kardiyoloji birliği ve Amerikan kalp birliği tarafından oluşturulan rehberlere göre KABG ameliyatı yapılabilmesi için;

- Medikal tedaviye yanıt vermeyen angina,
- Perkütan koroner girişimlerin komplikasyonu ya da başarısızlığı,
- 3 ana koroner arterde ciddi darlık,
- İki ya da üç koroner arterde tıkanıklık olması ile birlikte gelişen sol ventrikülün fonksiyon bozukluğu,
- Sol ana koroner (LAD) arterde %50' den fazla darlık olması,
- Orta sol çoklu damarda %70 den fazla darlık, ventrikül sistolik disfonksiyonlu (EF%35-50),
- Proksimal LAD ile birlikte bir koroner arterde darlık olması,
- Proksimal LAD tutulumu olsun olmasın kompleks 3 damar hastalığı,
- Bir tanesi LAD olmak üzere iki ya da üç koroner arterin tıkanıklığı olarak belirtilmektedir (ACCF/AHA, 2011; Korkmaz, 2016).

KABG cerrahisi ileri teknoloji ile güvenli olarak yapılabilmektedir. Dünyada yaklaşık olarak %80 oranında kullanılan bu yöntem kardiyopulmoner bypass kullanılarak yapılan standart KABG cerrahisi yöntemidir (Çobanoğlu ve İşbir, 2013). KABG'de arter ve ven greftleri kullanılmaktadır. Tıkalı olan koroner artere, safen ven,

internal mamarian arter (İMA), internal torasik arter (İTA), pediküllü sağ gastroepiploik arter (GEA) ya da radial arter ile bypass yapılır (Kurlansky ve diğ., 2010; Goldman ve diğ., 2011; Windecker ve diğ., 2014).

KABG cerrahisi açık ve kapalı olarak iki farklı şekilde yapılabilir. Kapalı KABG’de son dönemde Minimal İnvaziv Direkt Koroner Arter Bypass Greft (MİDKABG) ve Total Endoskopik Koroner Arter Bypass Greft (TEKABG) yöntemleri kullanılmaktadır (Paç ve diğ., 2013). Açık KABG’de ise farklı iki yöntem uygulanmakta olup bunlardan en çok kullanılanı on-pump KABG ameliyatıdır (Shekar, 2006). Çalışan kalpte KABG yapılması ise Off Pump Koroner Arter Bypass Greft (OPKABG) olarak tanımlanmaktadır (Paç ve diğ., 2013). On-pump KABG, kalp akciğer sisteminin devre dışı bırakılması ile kalbin pompa ve akciğerlerin gaz alışverişinin geçici bir süre kalp akciğer makinesi ile sağlanması işlemidir (Kantaş, 2012). Kalp akciğer makinesi kalp durdurulunca vücuttan karbondioksiti uzaklaştırır, oksijenlenmiş kanı pompalayarak kalp ve akciğer görevini üstlenir (Korkmaz, 2016). Bu yöntemle medyan sternotomi, internal mamaryan arter ile safen ven veya radyal arter çıkarılması ve kros klemp altında anastomozların yapılması yer almaktadır (Çobanoğlu ve İşbir, 2013). Off-pump KABG ise kalbi durdurmadan, kalp akciğer pompasına bağlanmadan gerçekleştirilen açık kalp ameliyatı yöntemidir. Ameliyat sırasında kalbin sabit kalması sağlanarak, sadece üzerinde çalışılacak kısmın hareketleri özel cihazlarla azaltılarak yapılan bu ameliyat OPKABG olarak adlandırılmaktadır (Paç ve diğ., 2013).

2.3.2. Kalp Kapak Ameliyatı

Kapak hastalıkları toplumda sık görülen hastalıklardan biridir. Romatizmal ya da kalsifik nedenlerle oluşan kapak hastalıkları tedavi edilmediğinde çoklu kapak hastalıkları meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde kalsifik yetmezlikler gün geçtikçe artmaktadır. Kapak hastalıkları genellikle ilerleyicidir, ileri derece yetmezlik ya da darlık olduğunda ise cerrahi tedavi gerekmektedir (ESC ve EACTS, 2013). Kapak hastalıklarında uygulanan cerrahi tedavi; kapağın tamiri ya da değiştirilmesi (replasman) şeklinde olabilir. Kapak tamiri üç şekilde yapılabilir. Bunlar; annüloplasti, valvuloplasti ve komissürotomidir.

Annüloplasti, kapak yetmezliklerinde genişlemiş annulusun dikiş ya da protez halka kullanılarak daraltılmasıdır. Mitral ve triküspit yetersizlikte kullanılan bir tamir yöntemidir. Valvuloplasti yırtılan kapak yapraklarının dikilerek tamir edilmesidir. Kommissürotomi (Valvotomi), dar olan kapağın genişletilmesi işlemidir. Açık ve kapalı cerrahi yöntem kullanılarak uygulanabilir (Erdil ve Elbaş, 2001). Kalp kapağı replasmanı ise kapak tamirinin yeterli olmadığı durumlarda yapılmaktadır. Mekanik ya da biyolojik kapaklar kullanılır. Biyolojik kapak olarak domuzdan alınan kalp kapağı (heterogreft) ve kadavradan alınan kapaklar (hemogreft) kullanılmaktadır (Ada, 2014).

2.4. Öz Etkililik

Öz etkililik kavramı olarak ilk defa 1977 yılında Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından “Bilişsel Davranış Değişimi” adı altında kullanılmıştır. Bandura öz etkililiği “bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı” olarak tanımlarken, Magil “bireyin belirli bir eylemi başarıyla yapma kabiliyeti veya olayları kontrol edebilme algısı veya yargısı” olarak tanımlamaktadır (Aksayan ve Gözüm, 1998; Yiğitbaş ve Yetkin, 2003; Kara ve Aştı, 2004; Keskin ve Orgun, 2006; Ünsal ve Kaşıkçı, 2008; Doğan ve diğ., 2016). Bandura, kişisel öz etkililiğin gelişmesine yaşanmış tecrübeler, başkalarının tecrübeleri, sosyal algılar ile psikolojik etkilenme durumunun katkıda bulunduğunu, bu faktörlerin kişisel öz etkililiği etkilemediklerini ancak bu bilgilerin kişisel olarak yorumlanması neticesinde öz etkililiğin artıp/azalacağını belirtmiştir (Britner ve Pajares, 2002).

Öz etkililik bireylerin olayları kavrayabilme, karar verebilme ve davranışlarını yönlendirme süreçlerinde etkilidir. Başka bir deyişle bireylerin karşılaştığı zorluklarla baş etmede ne kadar başarılı olabileceklerine dair düşünce, duygu ve sezgileridir. Bireyin öz etkililik algısı, yapabileceği ve yapmaması gereken aktivitelerini belirlemede önemli bir yere sahiptir (Aksayan ve Gözüm, 1998; Yiğitbaş ve Yetkin, 2003; Kara ve Aştı, 2004; Ünsal ve Kaşıkçı, 2008; Doğan ve diğ., 2016). Öz etkililik kavramının kognitif (kişisel amaçlar, kendini değerlendirebilme ve analitik düşüncenin kalitesi), çevresel ve davranışsal bakımdan değerlendirilmesi gerekmektedir (Bandura, 2001; Moores ve Chang, 2009).

Bandura'nın araştırmasından sonra yapılan çalışmalarda öz etkililiğin fiziksel aktivite, ağrı düzeyi, bilişsel sağlık, korkularla baş etme, duyusal bozukluklar, öğrenim başarısı gibi konularda etkili olduğu belirtilmiştir (Schunk, 1991; Usher ve Pajares, 2006; Annesi ve diğ., 2007). z etkililiği yüksek olan bireylerin daha karmaşık işleri seçtikleri, kendilerine yüksek hedefler belirledikleri ve bu hedeflere ulaşmak için daha çok çaba sarf ettikleri belirtilmiştir. Güçlü bir öz etkililiğe sahip olan kişiler amaçlarına ulaşmak için kendilerini ynlendirebilmektedirler. Bandura'ya göre öz etkililik algısını etkileyen 4 önemli etken vardır. Bunlar; kişisel deneyimler, sosyal onay, başkalarının deneyimlerinden çıkarılan sonuçlar ve kişinin fizyolojik ve duygusal durumudur (Bandura, 1977; 2006).

2.5. KABG ve Kapak Ameliyatı Sonrası Evde Görülen Semptomlar ve z Etkililik

Açık kalp ameliyatı yaşamsal komplikasyonların görülebildiği büyük bir ameliyattır ve semptomlar genellikle hastalar eve taburcu edildikten sonraki ilk altı hafta içinde görülmektedir (Direk ve elik, 2012). Açık kalp ameliyatı sonrası yaşanan semptomlar üzerine yapılan çalışmalar hastaların göğsünde ya da bacaklarında ağrı, yara enfeksiyonu, bacak demi, kollarda uyuşma, nefes darlığı, aritmi, konstipasyon, mide bulantısı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı, uyku bozukluğu, yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, bilişsel problemler, psikososyal uyumda ve seksüel aktivitede azalma gibi semptomlar yaşadıklarını göstermektedir (Gallagher ve diğ., 2004; Cebeci ve elik, 2008).

Açık kalp ameliyatı olan hastaların sıklıkla yaşadıkları semptomlar arasında yorgunluk ve halsizlik bulunmaktadır (Zimmerman ve diğ., 2004; Rubin ve diğ., 2004). Yapılan araştırmalar analjezik ilaç kullanımının iyileşme süreci tamamlanıncaya kadar yorgunluğu azalttığı belirtilmektedir (Watt-Watson ve diğ., 2004). Ameliyat sonrasında fiziksel aktiviteleri arttırmak ve dinlenme sürelerini planlamak semptomu azaltmak için uygulanan bir yöntemdir (Tranmer ve Parry, 2004).

Ağrı, açık kalp ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası dönemde sıklıkla yaşadıkları bir semptomdur. Ağrının giderilmesinde ilaç tedavisinin dışında nonfarmakolojik yöntemler (müzik dinleme, tv izleme) de tercih edilebilir (Kayhan, 2003). Açık kalp ameliyatı olan hastalarda yaşanan postop ağrının tedavi edilmesi hastaların yaşadıkları uyku problemlerinin de giderilmesini sağlar (Tranmer ve Parry, 2004).

İştahsızlık, hastaların taburcu olduktan sonra sıklıkla yaşadıkları bir semptomdur. Hastanın yemek seçiminin değerlendirilmesi, ortamın beslenmek için uygun hale getirilmesi ve kısa aralıklarla sık beslenmenin sağlanması iştahsızlığın giderilmesinde etkili olmaktadır (Tranmer ve Parry, 2004).

Nefes darlığı, açık kalp ameliyatından sonra sık görülen bir semptom olmakla beraber, derin solunum ve öksürük egzersizleri ve düzenli aralıklarla pozisyon değiştirme nefes darlığının önlenmesinde kullanılabilir (Kayhan, 2003; Schulz ve diğ., 2011).

KABG ameliyatında kullanılan greftler, hastaya fazla sıvı yüklenmesi gibi nedenlerle hastalarda ödem ortaya çıkabilmektedir. İlaç ve beslenme ile ilgili eğitim verme, bacak egzersizleri, kilo takibi, varis çorabı kullanımı ve hastanın yeterli sıvı alımının sağlanması ödemin kontrol edilmesinde önemli rol oynamaktadır (Softah ve diğ., 2002; Tranmer ve Parry, 2004).

Yara yerinin açılması, insizyon yerinde enfeksiyon, akıntı, hassasiyet, ödem, ağrı, lokal ısı artışı, hematoma oluşumu yara ile ilgili karşılaşılan semptomlardır. Yara bakımının uygun şekilde yapılması, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması ve ağır fiziksel hareketler yapılmamasının yara yeri iyileşmesini hızlandırdığı belirtilmektedir (Softah ve diğ., 2002; Bingöl ve diğ., 2003; Kayhan, 2003; Theobald ve McMurray, 2004; Ghotaslou ve diğ., 2008; Cebeci ve Çelik, 2008).

Mobilizasyona ameliyata bağlı yaşanan problemler, beslenme değişiklikleri ve yetersiz sıvı alımı gibi nedenlere bağlı olarak erken iyileşme döneminde konstipasyon görülebilmektedir. Düzenli ve dengeli beslenme, uygun miktarda sıvı alımı, düzenli egzersiz, erken mobilizasyon ve eğitim konstipasyonu önlemede önemlidir (Özcan, 2008; Cebeci ve Çelik, 2008; Direk ve Çelik, 2012).

Yapılan araştırmalara göre semptomların en sık görüldüğü dönem taburculuk sonrası 1. ve 3. haftadır ve iyileşme ameliyattan sonraki 6-8. haftada olmaktadır (Yılmaz ve Çiftçi, 2010). Açık kalp ameliyatı yapılan hasta herhangi bir sorun yaşamamışsa tahmini 5-7. günde hastaneden taburcu olmaktadır. Hemşireler, ameliyat sonrası dönemde hastaların hastanede yatış sürelerinin kısa olması nedeniyle semptom yönetimini evde uygulayabilirler (Schulz ve diğ., 2011). Kapak ameliyatları hastaların yaşam sürelerini arttırmak ve kaliteli yaşam sürdürmeleri için yapılmaktadır. Ancak çeşitli semptomlara neden olabildikleri için

ameliyat sonrası dönemde düzenli hemşirelik bakımı ve izlemi gerektirmektedir (Nishimura ve diğ., 2017).

Telefon yoluyla hastaların semptomlarının değerlendirildiği bazı çalışmalarda, hastaların evde yaşadıkları semptomların yönetiminin tekrarlayan kardiyak olayları, halsizlik, uykusuzluk, depresyon, ağrı, anksiyete ve sağlık harcamalarını azalttığı belirtilmektedir (Zimmerman ve diğ., 2007; Young ve diğ., 2012). Cebeci ve Çelik (2008)'in çalışmasına göre KABG ameliyatı olan hastaların taburcu olduktan sonra evde yeterli düzeyde öz bakımlarını yapabilmeleri için danışmanlık hizmetine ihtiyaç duydukları belirlenmiş ve taburculuk sonrası evde bakım için verilen eğitimin hastaların öz bakımlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir. KABG ameliyatı olan hastalara taburculuk sonrası verilen eğitimin, telefon ile verilen danışmanlık hizmetinin ve ev ziyaretlerinin sonucu olarak ameliyat sonrası yaşanan semptomların ve hastaneye geri dönüşlerin azaldığı belirlenmiştir (Özen, 2012).

Kapak ameliyatlarından sonra açık kalp cerrahisinde görülen semptomların yanı sıra tromboembolizm, antikoagülanlara bağlı kanama ve protez kapak endokarditi gibi istenmeyen durumlar mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır (Jones, 2010; Dechant, 2013; Hermans ve diğ., 2013; Grzymala-Lubanski ve diğ., 2017). Kapak ameliyatlarından sonra solunum sistemi komplikasyonları en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir (Garcia-Delgado ve diğ., 2014). Hastanın kendi bakımına katılarak sorumluluk aldığı ve hemşire tarafından desteklendiği bir çalışmada kalp cerrahisi sonrasında pulmoner komplikasyonların azaldığı saptanmıştır (McTier ve diğ., 2016). Hastanın kendi bakımına katılması için cesaretlendirilmesi, kendi kendine derin solunum ve öksürük egzersizlerini yapması ameliyat sonrası yaşanan semptomları azaltmada son derece önemlidir. Kapak ameliyatı yapılan hastalarda kardiyak cerrahi sonrası mekanik ventilasyon ve sedatizasyon nedeniyle mobilizasyon oldukça güçtür. Hastanın mobilize edilmediği durumlarda özellikle solunum komplikasyonlarının ve derin ven trombozu gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir (Castelino ve diğ., 2016; Paisani ve diğ., 2017). Kapak ameliyatlarından sonra görülen insizyon yeri ağrısının ameliyattan sonraki 8 güne kadar devam ettiği ve derin solunum, hareket ya da öksürükle beraber ağrı şiddetinin arttığı bildirilmektedir (Aslan ve Uslu, 2014; Badır ve Korkmaz, 2014; Aslan ve Çavdar, 2014).

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 (Barnason ve diğ., 2000). 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 (Cebeci ve Çelik, 2008). KABG ameliyatı olan hastalarla yapılan başka bir araştırmada, telefonla danışmanlık hizmeti ve ev ziyaretinin hastaların ameliyat sonrası dönemde; doğru solunum egzersizi yapmalarını, sigara yı bırakmalarını, düzenli egzersiz yapmalarını, diyetle uyumlarının artmasını, varis çorabını doğru kullanmalarını, banyo ve yara yeri bakımını doğru yapmalarını, eve kolay uyum sağlamalarını, yaşamsal ve fiziksel bulgularının normal sınırlara dönmesini, hastalar bakımlarını doğru yönetebildikleri için komplikasyonların ve hastaneye plansız geri dönüşlerin azalmasını sağladığı belirlenmiştir (Barnason ve diğ., 2000). 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 (Dishman ve diğ., 2008). 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 (Bandura, 1977; 2006). Yapılan bir araştırmada, açık kalp ameliyatı geçiren hastalara evde verilen kardiyak rehabilitasyon hizmetlerinin hastaların öz etkililikleri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Poortaghi ve diğ., 2013). Yaman ve Bulut (2010) 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 yaptıkları çalışmada taburculuk eğitiminin hastaların bilgi ve öz bakım düzeylerinin yüksek olmasında, kendi bakımlarını gerçekleştirebilmelerinde ve taburculuk sonrası daha az sorunla karşılaşmalarında etkili olduğu belirlenmiştir.

2.6. Açık Kalp Ameliyatı Sonrası Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Semptom Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Evde bakım hizmetleri Avrupa'da yaygın olmakla beraber ülkemizde son yıllarda önemi gittikçe artmaktadır. Hastanın kendi evinde yakınlarının desteği ile bireyin sağlığını korumak, geliştirmek ve iyileştirmek için profesyonel olarak evde bakım hizmetinin verilmesi, hastaların semptomlarının kontrol altına alınması ve hastaneye geri dönüşlerin azaltılmasında son derece önemlidir (Sayan, 2004; Karabağ; 2007).

Günümüzde birçok hastalık cerrahi olarak tedavi edilmekte olup cerrahi işlem uygulanan hastalar iyileşme dönemlerinin büyük bir kısmını taburculuk sonrası evlerinde geçirmektedirler. Cerrahi işlem hastalarda çoğunlukla ağrı ve yorgunluğa neden olmakta ve ameliyat yeri insizyonu nedeniyle hastalar kendi bakımlarını yapmada problemler yaşamaktadırlar. Cerrahi girişim uygulanan hastaların evde bakımında amaç, semptomları en aza indirmek, semptomların ortaya çıkmasını önlemek ve hastanın sağlığını en iyi şekilde sürdürmesini sağlamaktır (Dal ve diğ., 2012).

Cebeci ve Çelik (2008) tarafından yapılan bir çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası ev ortamında kendi öz bakımlarını gerçekleştirebilmeleri için yakınlarının yardımına, iyi bir danışmanlık ve destekleyici hizmetlere ihtiyaç duydukları ve buna yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti alan hastaların öz bakımlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Direk ve Çelik (2012) tarafından yapılan bir araştırmada, hastaların taburculuk sonrasındaki ilk dört hafta içinde en az bir problem yaşadıkları belirtilmiş olup, uykusuzluk, uykuya dalmada güçlük, uyku bozukluğu ve gündüz aşırı uyku problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Yılmaz ve Çiftçi (2010) tarafından yapılan bir çalışmada hastaların taburculuk sonrası birinci ve altıncı haftalarda yaşadıkları sorunlarla baş edebilmek için sağlık personeline ihtiyaç duyduklarını ve taburculuk öncesi evde bakım için verilen bilginin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Yaman ve Bulut (2010) 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 yapılan çalışmada, taburculuk eğitiminin hastaların bilgi düzeyinin ve öz

bakım gücünün yüksek olmasında, kendi bakımlarını yapabilmelerinde ve taburculuk sonrası daha az semptomla karşılaşmalarında etkili olduğu belirlenmiştir.

Açık kalp ameliyatı olan hastaların evde kendi bakımlarını yapabilmeleri için beslenme, banyo, hareket, cinsellik, uyku gibi günlük yaşam aktiviteleri, cihaz ve ilaç kullanımı, yara bakımı, ağrı kontrolü, sosyal aktiviteler, oluşabilecek semptomlar ve rutin kontroller gibi konularda eğitime ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Elitoğ ve Erkuş, 2010; Erkuş ve Menteş, 2010). Taburcu edildikten sonra hastanın evdeki ilk günlerinde yakından izlenmesi, evde yara bakımını yapabilmesi, oluşabilecek semptomların belirti ve bulgularını öğrenmesi, risk faktörlerini azaltmaya yönelik uygun davranış geliştirmesi ve kendini koruması son derece önemlidir (Özcan, 2008). Bireylerin yaşam kalitesini ve niteliğini arttırmak, hastalık ya da ameliyat sonrası dönemde etkili baş etmelerini sağlamak için destek olmak hemşirelerin görevleri arasındadır. Bu destek hastaların ameliyat sonrası dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan oluşabilecek semptomlar ile ilgili eğitimlerini kapsamalıdır. Ayrıca açık kalp ameliyatından sonra hastaya iyileşme sürecinde hemşireler tarafından verilen eğitim, bakım ve danışmanlığın önemi literatürde belirtilmektedir (Yıldırım ve Atalay, 2002; Özcan, 2008). Hastaların telefon yoluyla semptomlarının izlendiği bazı çalışmalarda, ev temelli semptom yönetiminin hastaların fiziksel aktivitelerini arttırdığı, tekrarlayan kardiyak olayları, yorgunluk, depresyon, uyku problemleri, ağrı ve sağlık bakım harcamalarını azalttığı bildirilmektedir (Zimmerman ve diğ., 2007; Young ve diğ., 2012).

BÖLÜM 3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların evde yaşadıkları semptomlar ve öz etkililiklerinin karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da bulunan bir kamu üniversitesi hastanesinde Eylül 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Kamu üniversitesi hastanesi 465 yataklı bir hastane olup 5 adet kalp ve damar cerrahisi servisi bulunmaktadır. 2017 yılı verilerine göre ilgili hastanede bir yılda 1126 hastaya KABG ameliyatı, 598 hastaya ise kapak ameliyatı yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir kamu üniversitesi hastanesinde KABG ve kapak ameliyatı olan hastalar oluşturdu. Bu çalışmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için priori güç analizi yapıldı. Yapılan güç analizinde Cohen'in standart etki büyüklükleri referans alınması yöntemi seçildi (Çapık, 2014). Araştırmada iki grubun karşılaştırılacağı bağımsız gruplarda t testi için, 0,05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için en az 128 hastanın araştırmaya dahil edilmesi gerektiği belirlendi. Bu doğrultuda araştırmanın örneklemini KABG ve kapak ameliyatı olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden KABG ameliyatı geçirmiş 64 hasta ve kapak ameliyatı geçirmiş 64 hasta olmak üzere toplam 128 hasta oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18 yaş ve üzeri olan,
- İlk kez KABG ve ilk kez kapak ameliyatı geçiren,
- Hastanede kalış süresi 10 günü geçmeyen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Bilinci açık,
- İletişim kurulabilen bireylerdir.

3.4. Veriler ve Toplanması

Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu (EK-1), Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu (EK-2) ve Semptom Kontrol Listesi (EK-3) ile toplandı.

Verilerin toplanması için araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla taburcu olmadan önce tedavi oldukları klinikte görüşüldü ve hastalardan Bilgilendirilmiş Onam Formunu (EK-4) okumaları ve imzalamaları istendi. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve Bilgilendirilmiş Onam Formunu okuyup imzalayan hastalara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak Hasta Tanıtım Formu uygulandı. Bu görüşme sırasında hastalara taburculuk sonrasında telefonla aranacakları bilgisi verildi ve hastalardan iletişim bilgileri alındı. Taburculuğun 1., 2. ve 4. haftasında hastalar telefonla arandı ve bu görüşmeler sırasında hastalara BEBÖ ve Semptom Kontrol Listesi uygulandı.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Cebeci ve Çelik, 2008; Yılmaz ve Çiftçi, 2010; Direk ve Çelik, 2012) hazırlanan ve toplam 25 sorudan oluşan bu form, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu gibi sosyo-demografik bilgilerini içeren 14 soru, kronik hastalık, düzenli egzersiz, ilaç kullanımı gibi hastalığa ilişkin özelliklerini içeren 6 soru ve ameliyat sonrası döneme ilişkin özellikleri içeren 5 sorudan oluşan bir formdur.

3.4.2. Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu

Barnason ve diğ. (2002) tarafından geliştirilen BEBÖ'nin geçerlik-güvenirlik çalışması Türkiye'de Avcı ve Karahan (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçek, açık kalp ameliyatı sonrası risk faktörleri ve yaşam tarzına uyum sağlamada öz etkililiğin belirlenmesi amacı ile geliştirilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93'tür (Barnason ve diğ., 2002). Avcı ve Karahan (2013) tarafından yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır. Aynı çalışmada alt ölçekler için Cronbach alfa katsayısının 0,75-0,76 arasında olduğu belirtilmektedir (Avcı ve Karahan, 2013).

BEBÖ'nin orijinal formu 15 madde ve tek faktörden oluşmaktadır. Türkiye'de yapılan geçerlik-güvenirlik çalışmasında da ölçeğin orijinal halinin revize edilmeden önceki beş alt ölçeğine uygun dağılım gösterdiği belirlenmiş ve ölçek fiziksel fonksiyon,

psikososyal fonksiyon, öz-bakım yönetimi, diyet modifikasyonu, egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun alt ölçeklerinde, fiziksel fonksiyona ait üç (2, 3, 4), öz-bakım yönetimine ait dört (11, 12, 13, 15), diyet modifikasyonuna ait iki (9, 10), egzersiz-aktivite modifikasyonuna ait üç (7, 8, 14), psikososyal fonksiyona ait üç (1, 5, 6) olmak üzere toplam 15 madde bulunmaktadır. Maddelerden her biri hastanın belirtilmiş davranışı gerçekleştirebileceğine olan güven algısına dayanan 1-4 puan Likert skalası (1= kesinlikle katılmıyorum, 4= kesinlikle katılıyorum) ile puanlanmaktadır. Skaladan alınan yanıtların herbirinin rakamları toplanarak toplam puana ulaşılmaktadır. Ölçeğin tam puanı 15-60 arasında değişkenlik göstermektedir.

Bu çalışmada BEBÖ' nin tüm maddeleri için Cronbach alfa katsayısı 0,81 olarak bulundu. İç tutarlılık güvenirlik katsayısı tüm alt ölçeklerinde sırasıyla fiziksel fonksiyon için 0,70, öz bakım yönetimi için 0,76, diyet modifikasyonu için 0,81, egzersiz-aktivite modifikasyonu için 0,46 ve psikososyal fonksiyon için 0,63 olarak bulundu. Literatürde Cronbach alfa katsayısının en az 0,70 olması gerektiği belirtilmektedir (Şeker ve Gençdoğan, 2014). Bu çalışmada BEBÖ'nin egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,46 olarak bulunduğu için ölçeğin bu alt boyutuna ilişkin bulgulara yer verilmemiştir.

3.4.3. Semptom Kontrol Listesi

Literatürde, açık kalp cerrahisi olan hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları semptomlar sıklıkla; ağrı, nefes darlığı, iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk, uyku sorunları, ödem, yaraya ait problemler, çarpıntı ve konstipasyon olarak belirtilmektedir (Tranmer ve Pary, 2004; Zimmerman ve diğ., 2004; Schulz ve diğ., 2011; Direk ve Çelik, 2012). Açık kalp ameliyatından sonra evde görülen semptomların değerlendirilmesinin hastaların fiziksel aktivite seviyelerini yükselttiği, yorgunluk, depresyon, uyku sorunları, ağrı, tekrarlayan kardiyak durumları ve sağlık bakım harcamalarını azalttığı bildirilmektedir (Zimmerman ve diğ., 2007; Young ve diğ., 2012).

Bu çalışmada hem KABG hem de kapak ameliyatı geçiren hastaların semptomlarının karşılaştırılmasını sağlayacak ortak kullanılabilir herhangi bir ölçüm aracı olmadığından bu iki hasta grubunun semptomlarını değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Tranmer ve Pary, 2004; Schulz ve diğ., 2011; Zimmerman ve diğ., 2011; Direk ve Çelik, 2012; Sağlam, 2016) semptom kontrol listesi oluşturuldu. Semptom kontrol listesi göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, baş

dönmesi/halsizlik, ödem, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, ameliyat bölgesinde ağrı, ameliyat bölgesinde akıntı ve konstipasyon olmak üzere toplam 11 semptomdan oluşmaktadır. Semptom kontrol listesi, görsel analog şeklinde hazırlanmıştır. Her semptom 0-10 puan arasında değerlendirilmekte olup (0=semptom yok, 10=çok şiddetli semptom), hastaların semptomları ortalama puan üzerinden değerlendirildi.

3.5. Verilerin Çözümlemesi ve Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanıldı.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımlı gruplarda t testi	Mann Whitney U analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnett C kullanılmıştır)	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır)
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları

Tablo 3.2. İç Geçerlilik Katsayıları

BEBÖ Alt Ölçekleri	Cronbach α katsayısı
Fiziksel Fonksiyon	0,702
Öz-Bakım Yönetimi	0,765
Diyet Modifikasyonu	0,812
Egzersiz-Aktivite Modifikasyonu	0,463
Psikososyal Fonksiyon	0,639
BEBÖ Toplam Puanı	0,817

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada hem KABG hem de kapak ameliyatı geçiren hastaların semptomlarının belirlenmesini sağlayacak ortak bir ölçüm aracı olmaması ve araştırmanın tek merkezli olarak yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırmada BEBÖ'nin egzersiz-aktivite modifikasyonu alt ölçeğinin Cronbach α kat sayısının 0,46 olarak bulunması da bu araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan izin alındı (Karar no: 37387824-302.08.01-73) (EK-5). Kamu üniversitesi hastanesinde çalışmayı yürütebilmek için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alındı (Karar no: 16867222-604.01.01) (EK-6). Aynı zamanda çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yazılı ve sözlü onam alındı (EK-4). BEBÖ'nin kullanılması için gerekli izin alındı (EK-7).

BÖLÜM 4. BULGULAR

Bu bölümde, bu araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de sunuldu.

Tablo 4.1. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	23	35,9	33	51,6	$x^2=3,175$ p=0,074
	Erkek	41	64,1	31	48,4	
Medeni Durum	Evli	58	90,6	54	84,4	$x^2=1,143$ p=0,285
	Bekâr	6	9,4	10	15,6	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	5	7,8	5	7,8	$x^2=6,804$ p=0,236
	Okuryazar	-	-	4	6,3	
	İlkokul	33	51,6	31	48,4	
	Ortaokul	9	14,1	4	6,3	
	Lise	13	20,3	13	20,3	
	Üniversite	4	6,3	7	10,9	
Meslek	Ev hanımı	14	21,9	25	39,1	$x^2=8,498$ p=0,3075
	Memur	1	1,6	2	3,1	
	İşçi	10	15,6	10	15,6	
	Emekli	39	60,9	25	39,1	
	Çalışmıyor	-	-	2	3,1	
Çocuk Sayısı	Yok	1	1,6	5	7,8	$x^2=3,548$ p=0,315
	1-2	17	26,6	12	18,8	
	3-4	21	32,8	21	32,8	
	5 ve Üzeri	25	39,1	26	40,6	
Aile Tipi	Çekirdek	62	96,9	59	92,2	$x^2=1,741$ p=0,419
	Geniş	2	3,1	4	6,3	
	Yalnız	-	-	1	1,6	
Birlikte Yaşanan Kişiler	Eş ve çocuklar ile	22	34,4	26	40,6	$x^2=8,995$ p=0,061
	Eş ile	35	54,7	26	40,6	
	Çocuklar ile	7	10,9	5	7,8	
	Yalnız	-	-	4	6,3	
	Anne baba kardeş ile	-	-	3	4,7	

*Ki kare testi yapıldı.

Tablo 4.1. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik	
	n	%	n	%		
Bakımı Yapan Kişi	Eşi	54	84,4	47	73,4	$\chi^2=4,876$ p=0,181
	Çocuğu	10	15,6	13	20,3	
	Annesi/babası/kardeşi	-	-	1	1,6	
	Kendisi	-	-	3	4,7	
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	32	50,0	26	40,6	$\chi^2=1,183$ p=0,553
	Gelirim giderime eşit	29	45,3	35	54,7	
	Gelirim giderimden fazla	3	4,7	3	4,7	
BKİ**	18,5 ve altı	-	-	2	3,1	$\chi^2=4,167$ p=0,526
	18,5 -24,9	16	25,0	22	34,4	
	25- 29,9	28	43,8	22	34,4	
	30- 34,9	13	20,3	13	20,3	
	35-39,9	5	7,8	3	4,7	
	40 ve üzeri	2	3,1	2	3,1	
Sürekli Değişkenler	Ort.	S.S	Ort.	S.S		
Yaş	61,67	9,11	59,34	12,93	t=1,178 p=0,241	
BKİ**	28,61	4,92	27,25	5,26	t=1,512 p=0,133	

*Ki kare ve Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

** 18,5 ve altı zayıf, 18,5 -24,9 normal kilolu, 25- 29,9 fazla kilolu, 30- 34,9 1.derece obez, 35-39,9 2. derece obez, 40 ve üzeri 3. derece morbid obez

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, KABG ameliyatı olan hastaların %64,1’i erkek, %90,6’sı evli, %51,6’sı ilkokul mezunu, %60,9’u emekli ve %39,1’i 5 ve üzeri çocuğa sahiptir. Hastaların % 96,9’u çekirdek ailede, %54,7’si eşleriyle birlikte yaşamaktadır ve %84,4’ünün bakımını eşi yapmaktadır. Hastaların %50’sinin geliri giderinden azdır ve %43,8’inin Beden Kitle İndeksi (BKİ) değeri 25-29,9 arasında olup, BKİ ortalaması 28,61±4,92’dir. Ayrıca hastaların yaş ortalaması 61,67±9,11’dir.

Kapak ameliyatı olan hastaların %51,6’sı kadın, %84,4’ü evli, %48,4’ü ilkokul mezunu, %39,1’i ev hanımı ve %40,6’sı 5 ve üzeri çocuğa sahiptir. Hastaların % 92,2’si çekirdek ailede, %40,6’sı eşleriyle birlikte yaşamaktadır ve %73,4’ünün bakımını eşi yapmaktadır. Hastaların %54,7’sinin geliri giderine eşittir ve %34,4’ünün BKİ değeri 25-29,9 arasında olup, BKİ ortalaması 27,25±5,26 ve hastaların yaş ortalaması

59,34±12,93' tür. Ayrıca KABG ve kapak ameliyatı olan bireyler tüm demografik özellikler bakımından benzerdirler ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri

Hastalığa İlişkin Özellikler	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
	n	%	n	%	
Daha Önce Ameliyat Olma					
Evet	40	62,5	44	68,8	$\chi^2=0,554$
Hayır	24	37,5		31,3	$p=0,457$
Kronik Hastalık					
Evet	47	73,4	37	57,8	$\chi^2=3,463$
Hayır	17	26,6	27	42,2	$p=0,063$
Sürekli İlaç Kullanma					
Evet	46	71,9	39	60,9	$\chi^2=1,716$
Hayır	18	28,1	25	39,1	$p=0,190$
Sigara					
Evet	17	26,6	18	28,1	$\chi^2=0,039$
Hayır	47	73,4	46	71,9	$p=0,843$
Alkol					
Evet	7	10,9	2	3,1	$p=0,164^{**}$
Hayır	57	89,1	62	96,9	
Egzersiz					
Evet	14	21,9	15	23,4	$\chi^2=0,045$
Hayır	50	78,1	49	76,6	$p=0,833$
Sürekli Değişkenler	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
Hastalık Süresi (hafta)	34,05	61,82	75,88	91,10	$U=1248,500$ $p=0,000$

*Ki kare ve Mann Whitney U testi yapıldı.

**Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldığı için χ^2 değeri bulunmamaktadır.

KABG ameliyatı olan hastaların %62,5'i daha önce ameliyat olmuştur ve %73,4'ünün kronik hastalığı vardır. Hastaların %71,9'unun sürekli kullandığı bir ilaç bulunmaktadır ve %73,4'ü sigara kullanmamaktadır. Ayrıca hastaların %89,1'inin alkol kullanmadığı, %78,1'inin egzersiz yapmadığı ve ortalama hastalık sürelerinin 34,05±61,82 hafta olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Kapak ameliyatı olan hastaların %68,8'i daha önce ameliyat olmuştur ve %57,8'inin kronik hastalığı vardır. Hastaların %60,9'unun sürekli kullandığı bir ilaç bulunmaktadır ve %71,9'u sigara kullanmamaktadır. Ayrıca hastaların %96,9'unun alkol kullanmadığı, %76,6'sının egzersiz yapmadığı ve ortalama hastalık sürelerinin $75,88 \pm 91,10$ hafta olduğu belirlendi. Ayrıca iki grup hastalık süresi bakımından benzer değillerdir ($p < 0,05$) (Tablo 4.2).

Hastaların ameliyat sonrası döneme ilişkin özellikleri Tablo 4.3'de sunuldu.

Tablo 4.3. Hastaların Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özellikleri

Ameliyat Sonrası Döneme İlişkin Özellikler	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik	
	n	%	n	%		
Yoğun bakımda kalma süresi	24-45 saat	42	65,6	41	64,1	$x^2=5,012$ $p=0,286$
	46-65 saat	16	25,0	16	25,0	
	66-85 saat	4	6,3	2	3,1	
	86-105 saat	2	3,1	1	1,6	
	106 saat ve üzeri	-	-	4	6,3	
Ameliyat sonrası dönemde hastanede kalma süresi	5-6 gün	28	43,8	34	53,1	$x^2=4,658$ $p=0,459$
	7-10 gün	27	42,2	25	39,1	
	11-15 gün	3	4,7	3	4,7	
	16-20 gün	1	1,6	1	1,6	
	21-25 gün	4	6,3	-	-	
	26 gün ve üzeri	1	1,6	1	1,6	
Tekrar hastaneye yatma	Evet	10	15,6	10	15,6	-
	Hayır	54	84,4	54	84,4	

*Ki kare testi yapıldı.

KABG ameliyatı olan hastaların %65,6'sının yoğun bakımda kalma süresi 24-45 saat, %43,8'inin ameliyat sonrası dönemde hastanede kalma süresi 5-6 gündür ve hastaların %84,4'ünün hastaneye tekrar hastaneye yatışı olmamıştır. Kapak ameliyatı olan hastaların %64,1'inin yoğun bakımda kalma süresi 24-45 saat, %53,1'inin ameliyat sonrası dönemde hastanede kalma süresi 5-6 gündür ve hastaların %84,4'ünün tekrar hastaneye yatışı olmamıştır. Her iki grup ameliyat sonrası döneme ilişkin özellikler bakımından benzerdir ($p > 0,05$) (Tablo 4.3).

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 1. haftada yaşadıkları semptomların karşılaştırılması Tablo 4.4'te sunuldu. KABG ameliyatı olan hastaların nefes darlığı, baş dönmesi/halsizlik, ödem, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, ameliyat bölgesinde akıntı semptomlarını kapak ameliyatı olan hastalara göre daha fazla yaşadıkları ($p<0,05$) ve toplam semptom puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kapak ameliyatı olan hastaların ise göğüs ağrısı semptomunu KABG ameliyatı olan hastalara göre daha fazla yaşadıkları ($p<0,05$), çarpıntı, ameliyat bölgesinde ağrı ve konstipasyon semptomları yönünden gruplar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (1. hafta)

Semptomlar	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
Göğüs ağrısı	0,00	0,00	0,28	1,15	U=1824,000 p= 0,007
Nefes darlığı	3,41	2,43	1,78	2,31	U=1228,000 p= 0,000
Çarpıntı	0,47	1,34	0,98	2,24	U=1845,000 p=0,141
Baş dönmesi/halsizlik	4,08	1,50	2,30	2,96	U=1114,000 p= 0,000
Ödem	4,31	2,36	1,27	2,27	U=702,000 p= 0,000
Yorgunluk	6,47	2,35	3,44	2,88	U=926,000 p= 0,000
Uykusuzluk	5,64	2,42	3,77	3,01	U=1308,000 p= 0,000
İştahsızlık	4,81	3,22	2,11	2,81	U=1107,000 p= 0,000
Ameliyat bölgesinde ağrı	2,20	2,57	2,86	3,12	U=1820,000 p=0,257
Ameliyat bölgesinde akıntı	0,48	1,25	0,20	1,17	U=1832,000 p= 0,034
Konstipasyon	0,55	1,23	0,39	0,99	U=2008,000 p=0,772
Toplam Semptom Puanı	32,42	9,64	19,38	12,97	t=6,460 p= 0,000

*Mann Whitney U ve Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 1. haftada BEBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te sunuldu. KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların fiziksel fonksiyon, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ile toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), öz bakım yönetimi puan ortalaması yönünden ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kapak ameliyatı olan hastaların öz bakım yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (1. Hafta)

Ölçek Alt Ölçekleri	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
Fiziksel fonksiyon	3,83	1,05	4,19	1,18	t=-1,822 p=0,071
Öz bakım yönetimi	7,89	1,83	8,88	2,43	t=-2,593 p= 0,011
Diyet modifikasyonu	4,47	1,17	4,48	1,26	t=-0,073 p=0,942
Psikososyal fonksiyon	4,98	1,43	5,03	1,43	t=-0,186 p=0,853
Toplam Puan	27,03	4,71	28,14	5,29	t=-1,252 p=0,213

* Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 2. haftada yaşadıkları semptomların karşılaştırılması Tablo 4.6'da sunuldu. KABG ameliyatı olan hastaların baş dönmesi/halsizlik, ödem, yorgunluk, iştahsızlık semptomlarını kapak ameliyatı olan hastalara göre daha fazla yaşadıkları ve toplam semptom puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kapak ameliyatı olan hastaların ise ameliyat bölgesinde ağrı semptomunu KABG ameliyatı olan hastalara göre daha fazla yaşadıkları belirlendi ($p<0,05$). Göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, uykusuzluk, ameliyat bölgesinde akıntı ve konstipasyon semptomları yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (2. Hafta)

Semptomlar	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
Göğüs Ağrısı	0,00	0,00	0,09	0,56	U=1984,000 p=0,156
Nefes Darlığı	1,25	1,69	0,83	1,45	U=1826,000 p=0,209
Çarpıntı	0,56	1,37	0,52	1,33	U=2019,500 p=0,826
Baş Dönmesi/Halsizlik	2,09	1,91	1,11	1,66	U=1473,000 p= 0,003
Ödem	1,59	1,80	0,66	1,41	U=1516,000 p= 0,003
Yorgunluk	3,61	2,03	2,11	2,03	U=1203,000 p= 0,000
Uykusuzluk	2,48	2,30	2,14	2,29	U=1897,500 p=0,457
İştahsızlık	2,09	2,43	1,14	2,20	U=1649,000 p= 0,032
Ameliyat bölgesinde ağrı	0,66	1,63	1,44	2,06	U=1495,000 p= 0,001
Ameliyat bölgesinde akıntı	0,14	0,64	0,11	0,67	U=2016,000 p=0,650
Konstipasyon	0,09	0,53	0,09	0,56	U=2048,000 p=1,000
Toplam Semptom Puanı	14,58	7,80	10,23	9,18	t=2,885 p= 0,005

*Mann Whitney U ve Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 2. haftada BEBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de sunuldu. KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, diyet modifikasyonu alt ölçeklerindeki puan ortalamaları ile toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), psikososyal fonksiyon puan ortalaması yönünden ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve kapak ameliyatı olan hastaların psikososyal fonksiyon puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (2. Hafta)

Ölçek Alt Ölçekleri	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
Fiziksel fonksiyon	5,94	1,39	6,38	1,35	t=-1,805 p=0,073
Öz bakım yönetimi	5,94	1,39	6,38	1,35	t=-1,805 p=0,073
Diyet modifikasyonu	5,72	1,12	5,47	1,02	U=1820,000 p=0,248
Psikososyal fonksiyon	6,41	1,18	6,84	1,28	t=-2,016 p=0,046
Toplam Puan	31,77	4,80	32,55	5,28	U=1819,500 p=0,275

*Mann Whitney U ve Bağımsız gruplarda t testi yapıldı.

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 4. haftada yaşadıkları semptomların karşılaştırılması Tablo 4.8’te sunuldu. KABG ameliyatı olan hastaların yorgunluk semptomunu kapak ameliyatı olan hastalara göre daha fazla yaşadıkları ve toplam semptom puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kapak ameliyatı olan hastaların ise ameliyat bölgesinde ağrı semptomunu KABG ameliyatı olan hastalara göre daha fazla yaşadıkları ($p<0,05$), göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi/halsizlik, ödem, uykusuzluk, iştahsızlık, ameliyat bölgesinde akıntı ve konstipasyon semptomları yönünden gruplar arasındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.8).

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 4. haftada BEBÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9’da sunuldu. KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların fiziksel ve psikososyal fonksiyon alt ölçeklerindeki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), öz bakım yönetimi, diyet modifikasyonu puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve KABG ameliyatı olan hastaların öz bakım yönetimi, diyet modifikasyonu ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.8. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Karşılaştırılması (4. Hafta)

Semptomlar	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
Göğüs Ağrısı	0,00	0,00	0,02	0,13	U=2016,000 p=0,317
Nefes Darlığı	0,48	1,25	0,28	0,65	U=2002,500 p=0,737
Çarpıntı	0,09	0,53	0,16	0,51	U=1926,000 p=0,166
Baş Dönmesi/Halsizlik	0,92	1,45	0,45	1,08	U=1773,500 p=0,081
Ödem	0,50	1,20	0,28	0,92	U=1940,000 p=0,382
Yorgunluk	1,63	1,56	0,88	1,43	U=1549,000 p= 0,009
Uykusuzluk	0,80	1,50	1,08	1,87	U=1738,500 p=0,079
İştahsızlık	0,89	1,69	0,59	1,61	U=1946,500 p=0,503
Ameliyat bölgesinde ağrı	0,23	0,81	0,69	1,45	U=1681,500 p= 0,008
Ameliyat bölgesinde akıntı	0,05	0,38	0,13	0,72	U=2015,500 p=0,555
Konstipasyon	0,00	0,00	0,05	0,38	U=2016,000 p=0,317
Toplam Semptom Puanı	5,59	4,65	4,59	7,20	U=1411,500 p= 0,002

*Mann Whitney U testi yapıldı.

Tablo 4.9. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (4. Hafta)

Ölçek Alt Ölçekleri	KABG (n=64)		Kapak Ameliyatları (n=64)		Test* ve Önemlilik
	Ort.	S.S	Ort.	S.S	
Fiziksel fonksiyon	8,25	1,21	8,03	1,39	U=1890,500 p=0,437
Öz bakım yönetimi	13,44	1,68	12,30	2,03	U=1317,000 p=0,000
Diyet modifikasyonu	6,89	0,96	6,30	1,05	U=1437,500 p=0,001
Psikososyal fonksiyon	8,64	1,00	8,42	1,29	U=1896,500 p=0,438
Toplam Puan	46,83	4,40	43,75	5,72	U=1308,000 p=0,000

*Mann Whitney U testi yapıldı.

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası evde yaşadıkları semptomların grup içi karşılaştırılması Tablo 4.10 ve Tablo 4.11’de sunuldu. KABG ameliyatı olan hastalarda taburculuk sonrası 1., 2. ve 4. haftalarda nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi/halsizlik, ödem, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, ameliyat bölgesinde ağrı, ameliyat bölgesinde akıntı, konstipasyon semptomları ve semptom toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve 1. haftanın, 2. ve 4. haftalardan yüksek olduğu, çarpıntı semptomunun ise 2. haftada 1 ve 4. haftalardan yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.10). Kapak ameliyatı olan hastalarda taburculuk sonrası 1., 2. ve 4. haftalarda, göğüs ağrısı, nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi/halsizlik, ödem, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, ameliyat bölgesinde ağrı, ameliyat bölgesinde akıntı, konstipasyon semptomları ve semptom toplam puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve 1. haftanın, 2. ve 4. haftalardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.11).

Tablo 4.10. KABG Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Grup İçi Karşılaştırılması

Semptomlar	1.Hafta		2. Hafta		4. Hafta		Test* ve Önemlilik
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
Göğüs ağrısı	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Nefes darlığı	3,41	2,43	1,25	1,69	0,48	1,25	$x^2_{F=79,000}$ p= 0,000
Çarpıntı	0,47	1,34	0,56	1,37	0,09	0,53	$x^2_{F=8,773}$ p= 0,012
Baş dönmesi/Halsizlik	4,08	1,50	2,09	1,91	0,92	1,45	$x^2_{F=81,165}$ p= 0,000
Ödem	4,31	2,36	1,59	1,80	0,50	1,20	$x^2_{F=90,472}$ p= 0,000
Yorgunluk	6,47	2,35	3,61	2,03	1,63	1,56	$x^2_{F=107,507}$ p= 0,000
Uykusuzluk	5,64	2,42	2,48	2,30	0,80	1,50	$x^2_{F=100,730}$ p= 0,000
İştahsızlık	4,81	3,22	2,09	2,43	0,89	1,69	$x^2_{F=83,591}$ p= 0,000
Ameliyat bölgesinde ağrı	2,20	2,57	0,66	1,63	0,23	0,81	$x^2_{F=52,648}$ p= 0,000
Ameliyat bölgesinde akıntı	0,48	1,25	0,14	0,64	0,05	0,38	$x^2_{F=10,400}$ p= 0,006
Konstipasyon	0,55	1,23	0,09	0,53	0,00	0,00	$x^2_{F=15,846}$ p= 0,000
Toplam Semptom Puanı	32,42	9,64	14,58	7,80	5,59	4,65	F=496,260 p= 0,000

* Varyans ve Friedman testleri yapıldı.

Tablo 4.11. Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Yaşadıkları Semptomların Grup İçi Karşılaştırılması

Semptomlar	1. Hafta		2. Hafta		4. Hafta		Test* ve Önemlilik
	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
Göğüs ağrısı	0,28	1,15	0,09	0,56	0,02	0,13	$\chi^2_{F=13,130}$ p=0,001
Nefes darlığı	1,78	2,31	0,83	1,45	0,28	0,65	$\chi^2_{F=50,596}$ p=0,000
Çarpıntı	0,98	2,24	0,52	1,33	0,16	0,51	$\chi^2_{F=24,120}$ p=0,000
Baş dönmesi/Halsizlik	2,30	2,96	1,11	1,66	0,45	1,08	$\chi^2_{F=52,033}$ p=0,000
Ödem	1,27	2,27	0,66	1,41	0,28	0,92	$\chi^2_{F=28,364}$ p=0,000
Yorgunluk	3,44	2,88	2,11	2,03	0,88	1,43	$\chi^2_{F=76,800}$ p=0,000
Uykusuzluk	3,77	3,01	2,14	2,29	1,08	1,87	$\chi^2_{F=87,707}$ p=0,000
İştahsızlık	2,11	2,81	1,14	2,20	0,59	1,61	$\chi^2_{F=40,380}$ p=0,000
Ameliyat bölgesinde ağrı	2,86	3,12	1,44	2,06	0,69	1,45	$\chi^2_{F=74,22}$ p=0,000
Ameliyat bölgesinde akıntı	0,20	1,17	0,11	0,67	0,13	0,72	$\chi^2_{F=1,273}$ p=0,529
Konstipasyon	0,39	0,99	0,09	0,56	0,05	0,38	$\chi^2_{F=20,971}$ p=0,000
Toplam Semptom Puanı	19,38	12,97	10,23	9,18	4,59	7,20	$\chi^2_{F=119,647}$ p=0,000

*Friedman testleri yapıldı.

Tablo 4.12. KABG ve Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Taburculuk Sonrası BEBÖ ve Alt Ölçeklerinin Grup İçi Karşılaştırılması

	Ölçek Alt Ölçekleri	1.Hafta		2. Hafta		4. Hafta		Test* ve Önemlilik
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
KABG (n=64)	Fiziksel fonksiyon	3,83	1,05	5,94	1,39	8,25	1,21	F=379,788 p=0,000
	Öz bakım yönetimi	7,89	1,83	5,94	1,39	13,44	1,68	F= 690,077 p=0,000
	Diyet modifikasyonu	4,47	1,17	5,72	1,12	6,89	0,96	$\chi^2_{F=}$ 102,118 p=0,000
	Psikososyal fonksiyon	4,98	1,43	6,41	1,18	8,64	1,00	F=358,041 p=0,000
	Toplam Puan	27,03	4,71	31,77	4,80	46,83	4,40	F=1107,412 p=0,000
Kapak Ameliyatları (n=64)	Fiziksel fonksiyon	4,19	1,18	6,38	1,35	8,03	1,39	$\chi^2_{F=}$ 114,824 p=0,000
	Öz bakım yönetimi	8,88	2,43	6,38	1,35	12,30	2,03	$\chi^2_{F=}$ 109,477 p=0,000
	Diyet modifikasyonu	4,48	1,26	5,47	1,02	6,30	1,05	$\chi^2_{F=}$ 77,617 p=0,000
	Psikososyal fonksiyon	5,03	1,43	6,84	1,28	8,42	1,29	$\chi^2_{F=}$ 109,643 p=0,000
	Toplam Puan	28,14	5,29	32,55	5,28	43,75	5,72	$\chi^2_{F=}$ 111,992, p=0,000

* Varyans ve Friedman testleri yapıldı.

KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası BEBÖ ve alt ölçeklerinin grup içi karşılaştırması Tablo 4.12’de sunuldu. KABG ameliyatı olan hastaların 1., 2., ve 4. haftalardaki fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon alt ölçekleri puan ortalamaları ile BEBÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), farkın 4. haftada, 1. ve 2. haftalardan yüksek olduğu bulundu. Kapak ameliyatı olan hastaların 1., 2., ve 4. haftalardaki fiziksel fonksiyon, öz bakım yönetimi, diyet modifikasyonu, psikososyal fonksiyon alt ölçekleri puan ortalamaları ile BEBÖ toplam puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), farkın 4. haftada 1.ve 2. haftalardan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.12).

BÖLÜM 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, KABG ve kapak ameliyatı olan hastaların evde yaşadıkları semptomlar ve öz etkililiklerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular tartışıldı.

Bu çalışmada taburculuğun 1. ve 2. haftalarında KABG ameliyatı olan hastaların baş dönmesi/halsizlik, ödem, yorgunluk ve iştahsızlık semptomlarını kapak ameliyatı geçiren hastalara göre daha fazla yaşadığı ve KABG ameliyatı olan hastaların semptomlarının daha şiddetli olduğu belirlendi. KABG ameliyatlarında greftleme işleminin yapılabilmesi için hastaların bacak bölgesinden çıkarılan safen ven ameliyat sonrası dönemde insizyon bölgesinde ağrı, ödem, enfeksiyon (lenfanjit, selülit, pürülan akıntı) ve yara yerinde açılma gibi semptomlara neden olmakla birlikte hastaların ameliyat sonrası iyileşme sürecini uzatabilmekte, hastaneye tekrar yatış oranlarını arttırabilmekte ve hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Paletta ve diğ., 2000; Andreasen ve diğ., 2008; Arıtürk ve diğ., 2014). Yapılan çalışmalarda hastaların taburculuk sonrası bacakta hematoma, dermatit, selülit, apse, lenfösel, safen venin çıkarılmasına bağlı olarak sinir hasarı, iyileşmeyen ülser, gangren, yara açılması ve enfeksiyon gibi safen venin çıkarıldığı insizyon bölgesine ilişkin semptomlar yaşadıkları bildirilmektedir (Wipke-Trevis ve diğ., 1996; Kiaii ve diğ., 2002; Siddigi, 2016). Culligan ve diğ. (1990) tarafından yapılan bir çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların %24'ünde greft alınan bacakta şişlik, uyuşukluk, gerginlik, ağrı ve rahatsızlık hissinin geliştiği belirtilmektedir. Yapılan başka bir çalışmada ise KABG ameliyatı geçiren hastaların %18'inin hem sternum hem de safen insizyon bölgesi ağrısını birlikte yaşadıkları, bu ağrının yaklaşık 15 ay sürdüğü ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Bruce ve diğ., 2003). Ayrıca KABG ameliyatı için baktan alınan safen venin ameliyat sonrası dönemde hastaların mobilizasyonunda problemlere neden olduğu ve safen vene ihtiyaç duyulmadan yapılan kapak ameliyatlarına göre mobilizasyonu daha geç olan KABG hastalarında insizyona bağlı bacaklarda ödem, hareket kısıtlılığı ve hareket kısıtlılığının neden olduğu nefes darlığı semptomlarının daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Miller ve Grindel, 2004; Schulz ve diğ., 2011). Bu çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 1. ve 2. haftada yaşadıkları semptomların kapak ameliyatı olan hastalara göre daha şiddetli olması, hastaların bacak insizyonu nedeniyle ağrı,

şişlik ve rahatsızlık hissini daha fazla hissetmeleri ve bu durumun hastaların diğer semptomları daha fazla yaşamaları ile açıklanabilir.

Kapak hastalığı koroner arter hastalıklarına göre daha erken belirti veren ve daha kolay tanı konan bir hastalık olması yönüyle koroner arter hastalıklarından farklıdır. Kapak hastalığı teşhisi alan hasta ameliyat öncesi dönemde takip edilir ve yaşamına bu hastalığa uyum sağlamaya çalışarak devam eder (Bağcıvan ve diğ., 2018). Kapak hastalığı tanısı alan bireyler ameliyat öncesi dönemde nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, göğüs ağrısı, çarpıntı gibi semptomları uzun süre yaşadıkları için tanı konduktan ameliyat olana kadar geçen sürede bu semptomları tanıma ve yönetme konusunda daha bilinçli olurlar (Efe ve Olgun, 2011; Whellan ve diğ., 2014). Hastalar bu semptomları yaşamamak için önerilen diyetle uymaya, davranışlarını değiştirmeye, egzersiz yapmaya, ilaçlarını düzenli kullanmaya ve dolayısıyla öz bakımına dikkat eder (Savadkooh ve diğ., 2012). Yapılan bir çalışmada hastalık süresinin uzamasının hastalığa uyum ve öz bakım gücünü artırdığı bildirilmektedir (Bağcıvan ve diğ., 2018). Demirtaş ve Akbayrak (2009) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise diyabet hastalığına uyum sağlayan bireylerin, diyetlerine, egzersizlerine, kan şekeri takiplerine dikkat ettikleri ve hayatlarını hastalıklarına uyumlu şekilde devam ettirdikleri belirlenmiştir. Telefonla semptomların takip edildiği kronik hastalığı olan hastalarla yapılan başka bir çalışmada da hastaların düzenli olarak kontrollerine gittikleri, tedavilerini aksatmadıkları ve öz etkililiklerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Savadkooh ve diğ., 2012). Bu çalışmada taburculuğun 1. haftasında kapak ameliyatı olan hastalarda BEBÖ'nin öz bakım yönetimi alt boyutu puanının KABG ameliyatı olan hastalara göre daha yüksek olması, kapak ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi dönemde hastalığa maruz kalma sürelerinin KABG ameliyatı olan hastalardan daha uzun olması (Tablo 4.2), uzun süredir kapak hastalığı tanısıyla takip edilen hastalarda hastalığa uyumun artması ve dolayısıyla ameliyat sonrası dönemde kapak ameliyatı geçirenlerin semptomlarını daha iyi yönetmeleri ile açıklanabilir.

Bu araştırmada taburculuğun 2. haftasında kapak ameliyatı olan hastaların KABG ameliyatı olan hastalara göre psikososyal yönden daha iyi durumda oldukları belirlendi. Literatürde KABG ameliyatı sonrası iyileşmenin biyopsikososyal yönden karmaşık ve stresli bir süreç olduğu belirtilmektedir (Barry ve diğ., 2006; Rantanen ve diğ., 2009). Barnason ve diğ. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada açık kalp

ameliyatından üç hafta sonra 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 belirtilmektedir. Elliot ve diğ. (2006) tarafından yapılan başka bir çalışmada hastaların mental ve sosyal işlevsellik puanlarının açık kalp ameliyatından altı ay sonra ilk ölçüme göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Moser ve Dracup (1995) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise KABG ameliyatı ya da kalp krizinden sonra fiziksel iyileşme iyi olsa da hastaların yaklaşık %25'inin işe geri dönme, boş vakitleri değerlendirme ve seksüel aktiviteler gibi psikososyal alanlarda uzun süreli problemler yaşadıkları belirlenmiştir. KABG ameliyatı geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada da mutsuzluk, stresörlerle baş edememe, aile içinde rol karmaşası, yaşam biçiminde, sosyal faaliyetlerde, evlilik-aile-arkadaş ilişkilerinde sorunlar, fiziksel aktivitelerde ve iş yaşamında değişikliklerin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Çiftçi, 2006). Yapılan çalışmalarda hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin psikososyal uyumu etkilediği belirtilmekte, ayrıca gelir durumunda psikososyal alandaki iyileşmeyi etkileyen faktörler arasında olduğu bildirilmektedir (Erşan ve diğ., 2013; Çetinkaya, 2019). Bu çalışmada KABG ameliyatı olan hastaların %50'sinin gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda gelir düzeyi düşük olan hastaların psikososyal uyumlarının daha yetersiz olduğu bildirilmektedir (Çam ve diğ., 2009; Çam ve Sever, 2011; Türkmen ve Çam, 2012). Akın ve Durna (2006) tarafından yapılan bir çalışmada gelir düzeyi ve aile desteği iyi olan bireylerin psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmektedir. Ayrıca gelir düzeyi düşük olan hastaların sosyal destek yetersizliği nedeniyle psikososyal sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir (Nehir ve Çam, 2010). Bu çalışmada kapak ameliyatı olan hastaların KABG ameliyatı olan hastalara göre psikososyal açıdan daha iyi durumda olmaları, kapak ameliyatı olanların KABG ameliyatı olan hastalara göre sosyoekonomik yönden daha iyi durumda olmaları ile açıklanabilir.

Bu araştırmada taburculuğun 4. haftasında KABG ameliyatı olan hastaların kapak ameliyatı olan hastalara göre semptomları daha şiddetli yaşadıkları, KABG ameliyatı olan hastaların en fazla yorgunluk, kapak ameliyatı olan hastaların ise en fazla uykusuzluk semptomunu yaşadığı belirlendi. Literatürde yorgunluk, KABG ameliyatı olan hastalar tarafından sıklıkla bildirilen bir semptomdur ve hastaların taburculuk

sonrası ilk 6 hafta boyunca yorgunluk yaşadıkları bildirilmektedir (Christensen ve Henrik, 1993; Moore, 1996; Goodman, 1997; Cebeci, 2004; Schulz ve diğ., 2011; Kaya, 2014). Barnason ve diğ. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada KABG ameliyatı başarılı geçse de hastaların ameliyat sonrası dönemde yorgunluk yaşadıkları bildirilmektedir. Direk ve Çelik'in (2012) yaptığı bir çalışmada da KABG ameliyatı sonrası hastaların %43,4'ünün yorgunluk/halsizlik semptomunu yaşadığı belirlenmiştir. Sağlam (2016) tarafından yapılan bir çalışmada açık kalp ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası 4. haftada yorgunluk/halsizlik semptomunu bu çalışmaya benzer şekilde yaşadıkları ($3,90 \pm 2,17$) belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ameliyat sonrası yaşanan yorgunluğun uygulanan cerrahi girişimle ilişkili olduğu, anestezi, kullanılan ilaçlar, enfeksiyon, anjina ve miyokard hasarı gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (Can, 2001; Zipes ve diğ., 2008; Sarıtaş, 2010). KABG ameliyatından sonra ağrı, anksiyete, bulantı-kusma ve ameliyata bağlı hareket kısıtlılığı gibi semptomlar yorgunluğun ortaya çıkmasına neden olur (Aranki ve diğ. 2008a; 2008b; Roy, 2009). Ameliyat sonrası dönemde hastaların hareket düzeylerinin incelendiği bir araştırmada kalp ameliyatı olan hastaların ortopedi ve genel cerrahi ameliyatları geçiren hastalara göre hareket etme ve mobilizasyon sırasında daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Yolcu ve diğ., 2016). Bingöl ve diğ., (2003) tarafından KABG ameliyatı olan hastalarla yapılan bir çalışmada safen ven insizyonu ile ilgili problemlerin hastaların mobilizasyonunu olumsuz yönde etkilediği ve mobilizasyon problemi yaşayan hastalarda yorgunluğun arttığı bildirilmektedir (Kalisch ve diğ, 2013). Ayrıca doku oksijenasyonundaki bozulmanında hastalarda yorgunluğa neden olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Uçar, 2007; Canım, 2008; Tutkun, 2008; Kızıl, 2008). Bu araştırmada, KABG ameliyatı olan hastaların kapak ameliyatı olan hastalara göre yorgunluk semptomunu daha fazla yaşamaları, safen ven çıkarılarak yapılan KABG ameliyatı sonrası hastaların bacak insizyonuna bağlı mobilizasyonlarının kısıtlanması, mobilizasyon sorunu yaşayan hastalarda doku oksijenlenmesinin azalması ve buna bağlı olarak yorgunluk semptomunun daha fazla hissedilmesi ile açıklanabilir.

Bu çalışmada taburculuğun 4. haftasında KABG ameliyatı olan hastaların öz etkililiklerinin kapak ameliyatı olan hastalara göre daha iyi olduğu belirlendi. Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda görülen semptomlar hastaların öz bakım uygulamalarını gerçekleştirmelerinde sorunlar yaşamalarına dolayısıyla da öz etkililiklerinde azalmaya

neden olmaktadır (Direk ve Çelik, 2012). Öz etkililik, farkındalık kazanma, hislerin farkında olma, bir davranışı yapmada ya da başarmada kişinin kendisine olan inancını ifade eder (Barnason, 2002). Yapılan araştırmalarda öz etkililiği yüksek olan bireylerin sağlıkla ilgili davranışlarını geliştirebilmek ve öz bakımlarını yapabilmek için daha fazla çaba sarf ettiği, bir engelle karşılaştıklarında ise mücadele sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmektedir (Bandura, 1977; 2006). Samancıoğlu ve diğ. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada öz bakım gücünün yaş, cinsiyet, gelişimsel durum, sosyo-ekonomik durum ve aile gibi faktörlerden etkilendiği belirtmektedirler. Bakoğlu ve Yetkin (2000) tarafından yapılan bir çalışmada cinsiyetin sağlık üzerinde önemli bir etken olduğu ve genellikle kadınların öz bakım gücünün erkeklerden daha düşük düzeyde olduğu bildirilmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan bazı çalışmalarda ise erkeklerin öz bakım gücünün kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Mollaoğlu, 2005; Üstündağ ve Zengin; 2008). KABG ameliyatı olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda erkek hastaların öz bakım gücünün, kadın hastalara göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (Cebeci, 2004; Cebeci ve Çelik, 2008; Özcan, 2008; Direk ve Çelik, 2012). Bu araştırmada KABG ameliyatı olan hastaların taburculuğun 4. haftasındaki öz etkililiklerinin kapak ameliyatı olan hastalara göre daha yüksek olması bu araştırmaya katılan ve KABG ameliyatı olan hastaların çoğunluğunun (%64,1) erkek olması ile açıklanabilir.

BÖLÜM 6. SONUÇ

6.1. Özet

Bu araştırma, KABG ve kalp kapak ameliyatı olan hastaların evde yaşadıkları semptomlar ve öz etkililiklerinin karşılaştırılması amacıyla yapıldı.

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir kamu üniversitesi hastanesinde Eylül 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında KABG ve kapak ameliyatı olan hastalar, örneklemini ise KABG ve kapak ameliyatı olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden KABG ameliyatı geçirmiş 64 hasta, kapak ameliyatı geçirmiş 64 hasta olmak üzere toplam 128 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri; Hasta Tanıtım Formu, Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu ve Semptom Kontrol Listesi kullanılarak toplandı. Veriler, SPSS for Windows 22.0 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma, bağımlı gruplarda t testi, Mann Whitney U analizi, Varyans analizi ve Kruskal Wallis analizi kullanıldı. Bu araştırmanın sonucunda KABG ameliyatı olan hastaların taburculuk sonrası 1. ve 2. haftada yorgunluk, uykusuzluk, 4. haftada ise yorgunluk ve baş dönmesi/halsizlik semptomunu, kapak ameliyatı olan hastaların ise taburculuk sonrası 1., 2. ve 4. haftada yorgunluk ve uykusuzluk semptomunu yaşadığı belirlendi. Taburculuk sonrası 1., 2. ve 4. haftada KABG ameliyatı olan hastaların kapak ameliyatı olan hastalardan daha şiddetli semptom yaşadıkları belirlendi. Ayrıca KABG ameliyatı olan hastaların öz etkililiğinin kapak ameliyatı olan hastalara göre taburculuk sonrası 1. ve 2. haftada daha düşük, 4. haftada ise daha yüksek olduğu bulundu.

6.2. Yargı

Bu çalışmada 'KABG ve kalp kapak ameliyatı olan hastaların evde yaşadıkları semptomlar ve öz etkililikleri arasında fark mıdır?' sorusuna yanıt arandı.

Taburculuk sonrası 1. haftada KABG ameliyatı olan hastaların toplam semptom puanı $32,42 \pm 9,64$, kapak ameliyatı olan hastaların $19,38 \pm 12,97$, 2. haftada KABG ameliyatı olan hastaların toplam semptom puanı $14,58 \pm 7,80$, kapak ameliyatı olan hastaların $10,23 \pm 9,18$, 4. haftada KABG ameliyatı olan hastaların toplam semptom puanı $5,59 \pm 4,65$, kapak ameliyatı olan hastaların ise $4,59 \pm 7,20$ olarak bulundu ($p < 0,05$).

Taburculuk sonrası 1. haftada öz etkililik toplam puanı KABG ameliyatı olan hastalarda $27,03 \pm 4,71$, kapak ameliyatı olan hastalarda $28,14 \pm 5,29$ ($p > 0,05$), 2. haftada KABG ameliyatı olan hastalarda $31,77 \pm 4,80$, kapak ameliyatı olan hastalarda $32,55 \pm 5,28$ ($p > 0,05$), 4. haftada KABG ameliyatı olan hastalarda $46,83 \pm 4,40$, kapak ameliyatı olan hastalarda ise $43,75 \pm 5,72$ olarak bulundu ($p < 0,05$).

6.3. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Her iki hasta grubunda semptomların etkili bir şekilde yönetilerek azaltılması ve öz etkililiğin artırılması için evde bakım hizmetlerinin ikinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerine entegre edilmesi,
- Hastaların evde yaşadıkları semptomlar azaltılarak maliyet etkili çalışabilmek için sağlık politikalarında ilgili düzenlemelerin yapılması,
- Açık kalp ameliyatı sonrası evde semptom yönetimine ilişkin hemşireler tarafından hasta ve yakınlarına taburculuk eğitimi verilmesi, taburculuk sonrası yaşanabilecek semptomlara ilişkin eğitim kitapçıklarının/broşürlerin rutin olarak verilmesi,
- KABG ve kapak ameliyatı olan hastalarda taburculuk sonrası evde görülen semptomlar konusunda evde bakım hizmeti sunan hemşirelerin bilgilendirilmesi,
- Evde bakım hizmetleri yürütülürken KABG ameliyatı olan hastaların kapak ameliyatı olan hastalardan daha fazla semptom yaşadıklarının bakım vericiler tarafından farkında olunması,
- Bu araştırmanın daha fazla sayıda örneklem grubuyla çok merkezli olarak yürütülmesi önerilebilir.

EK'LER

Ekler kullanım sırasında göre aşağıda listelenmiştir.

EK 1: Hasta Tanıtım Formu

EK 2: Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu

EK 3: Semptom Kontrol Listesi

EK 4: Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 5: Maltepe Üniversitesi Etik Kurul Onayı

EK 6: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

EK 7: Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu Ölçek
Kullanım İzni

EK 1

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. Kişisel bilgileriniz saklı kalacak ve veriler konu ile ilgili yapılacak araştırma için kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.
Deniz Yavuz

Sosyo-Demografik Özellikler

- 1) Tel No:
- 2) Açık Adres:
- 3) Yaşınız:
- 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 Beden kitle indeksi:.....

Hastalığa İlişkin Özellikler

- 15) Daha önce ameliyat oldunuz mu?
Evet () Hayır () Evet ise
- 16) Kaç yıldır kalp hastasıınız?
- 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) Geçirilen ameliyatın tipi
KABG () Kapak değişimi ()
- 22) Cevabınız KABG ise değiştirilen damar sayısı
1 () 2 () 3 () 4 ve üzeri ()
- 23) Yoğun bakımda kalma süresi
24-45 saat () 46-65 saat () 66-85 saat () 86-105 saat ()
106+ saat ()
- 24) Ameliyat sonrası dönemde hastanede kalma süresi
5-6 gün () 7-10 gün () 11-15 gün () 16-20 gün ()
21-25 gün ()
- 25) Taburculuk sonrası hastaneye tekrar yattınız mı?
Evet () Hayır ()

EK 2

Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği (BEBÖ): Kalp Cerrahisi Versiyonu

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

Kalp ameliyatı olduğumdan bu yana şunları bileceğime/yapabileceğime güveniyorum:	1- Kesinlikle Katılmıyorum	2- Katılmıyorum	3- Katılıyorum	4- Kesinlikle Katılıyorum
1. Evde gündelik alışkanlıklarımı gerçekleştirme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Normal ev işlerini gerçekleştirme (örn. yemek yapma, temizlik, ev tamirati, market alışverişi, bahçede çalışma, çim biçme).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ailem ve/veya arkadaşarımla her zamanki faaliyetlerime katılma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Her zamanki hobilerimi/eğlence faaliyetlerimi gerçekleştirme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ailem/arkadaşarımla aşırı korumacı olurlarsa bununla başa çıkabilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Olabilecek üzüntü/depresyonduygularının üstesinden gelme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Kalp kasımı güçlendirmeye yardımcı egzersizleri yapma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Benim için ne tür egzersizin önerildiğini bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Öğünlerime sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük yiyeceklerin nasıl ekleneceğini bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Dışarıda yemek yediğimde sodyum (tuz) ve kolesterolden düşük besinleri seçme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Anjina veya göğüs ağrım olursa ne yapacağımı bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Kullandığım ilaçların ne işe yaradığını anlama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. İlaçlarımı ne zaman almaya ihtiyacım olduğunu bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ameliyat yerimin bakımının nasıl yapıldığını bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Sorunlarım olduğunda doktorumu ne zaman arayacağımı bilme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EK 3

SEMPTOM KONTROL LİSTESİ

Doldurulma tarihi:

Saat:

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız.

Göğüs ağrım yok

Göğüs ağrım çok fazla

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Nefes alırken hiç zorlanmıyorum

Nefes alırken çok zorlanıyorum

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hiç çarpıntım yok

Çarpıntım çok fazla

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hiç başım dönmüyor ve hiç halsiz değilim Çok başım dönüyor ve çok halsizim

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

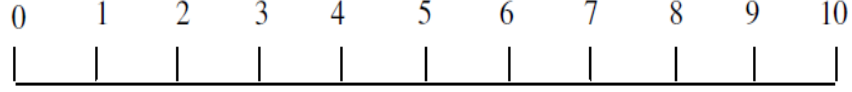
Bacaklarımda ödem yok

Bacaklarımda ödem var

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

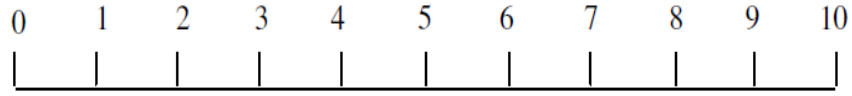
Yorgun değilim

Çok yorgunum



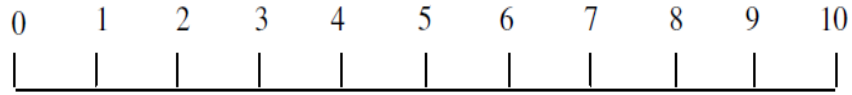
Uykusuz değilim

Uykusuzluğum çok fazla



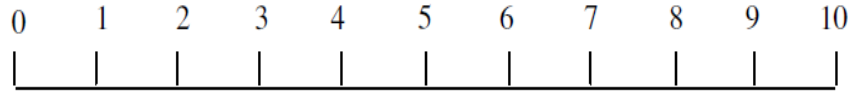
İştahım çok iyi

İştahım hiç yok



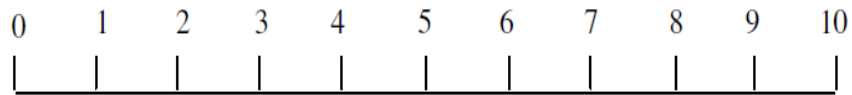
Ameliyat bölgesinde hiç ağrı yok

Ameliyat bölgesinde şiddetli ağrım var



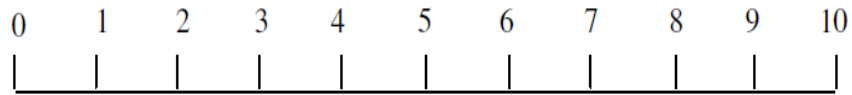
Ameliyat bölgesinde akıntı yok

Ameliyat bölgesinde akıntı var



Kabız değilim

Çok fazla Konstipasyon problemim var



EK 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma; sağlığınıza tekrar kavuşmanızı ve ameliyat sonrası güvenli bir iyileşme sağlamanızı kolaylaştırmak amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılarak ameliyatınız sonrasında 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.,2., ve 4. haftada hemşireniz sizi telefonla arayacaktır. Yapmadığınız ya da yapamadığınız uygulamaları neden uygulayamadığınızın nedenini araştıracaktır. Sizinle ve varsa yakınınız ile görüşülerek bakımda yaşadığınız tecrübeleriniz, kolaylıklarınız ve zorluklarınız sorgulanacaktır. Bu veriler kaydedilecektir. Formdaki bilgileriniz özel ve gizlidir. Herhangi bir kişi ya da kurum ile paylaşılmayacaktır.

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 Deniz Yavuz' un bu çalışmadan herhangi bir maddi kazancı yoktur.

Deniz Yavuz

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

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih ve Saat:

EK 5

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI

Sayı: EKK/2017/74
Konu: Deniz YAVUZ: YL tez çalışması

22/09/2017

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 37387824-302.08.01-73 sayılı 14.09.2017 tarihli yazınız.

İlgi yazınız ekinde sunulan Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Tezli Yüksek Lisans öğrencilerinden Deniz YAVUZ tarafından gönderilen "Koroner Arter Bypass Greft ve Kalp Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Etkililiklerinin Karşılaştırılması" konulu tez önerisi ve ölçekleri 22/09/2017 tarihinde incelenerek T.C. Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu Yönergesinin 6. maddesinde yazılı; "**bilimsel disipline bağlılık, yaşama saygı, zarar vermeme, olası zarar ve riskler konusunda tüm ilgilileri bilgilendirme, insan ve topluma sorumluluk**" gibi ilkelere uygun olduğuna; yayına temel oluşturan araştırmanın tasarım, planlama ve yürütülme aşamalarında katkıda bulunanlara yer verilmesi, eksiksiz ve doğru kaynak gösterilmesi, gereken biçim ve doğrulukta atıflarda bulunulması kaydıyla yapılmasının etik olarak uygun olduğuna; toplantıya katılan üyelerin oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Etik Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necia ÖZTÜRK
Üye

Prof. Dr. Nurgün OKTİK
Üye

Prof. Dr. Hacer KARANISOĞLU
Üye

Prof. Dr. Nermin CELEN
Üye

Prof. Dr. Durmuş GÜNAY
Üye (Katılmadı)

Prof. Dr. Ahmet Zafer ÖZTEK
Üye

EK 6

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Deniz YAVUZ'un
Araştırma İzni İK.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Marmara Eğitim Köyü 34857 Maltepe / İSTANBUL.)

İlgi : a) 25/04/2019 tarihli ve 71211201-37387824-302.08.01-00000049494 sayılı yazı.
b) 08/05/2019 tarihli ve 53838792-774.99-4493 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencisi **Deniz YAVUZ**, Dr. Öğr. Üyesi Rubia SAĞLAM'ın danışmanlığında yürütülen; "**Koronar Arter Bypass Greft ve Kalp Kapak Ameliyatı Olan Hastaların Evde Yaşadıkları Semptomlar ve Öz Etkililiklerinin Karşılaştırılması**" konulu anket çalışmasını, Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH'inde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH'nin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş ve Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Konunun çalışmada adı geçen öğrencinizin **Deniz YAVUZ**'a tedbiri hususunda;

Gereğini bilgilerimize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

SAĞLIK İZİNLERİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDUR
13.05.2019

PROF. DR. GÖBEK
Lisans No: 012 999 200 000
E-İmza: 012 999 200 000
Bilgi: 012 999 200 000

EKLER:
1- Hastane Görüş Yazıları

Seyrhan Mah. Mevistan Cd. No:85, 34013 Kaç: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Binası,
Telefon: Faks No:

Bilgi için: Arzu SARMISAK

FİRMA

e-Posta: irtis.sarmisak@sauglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulisuglik.gov.tr

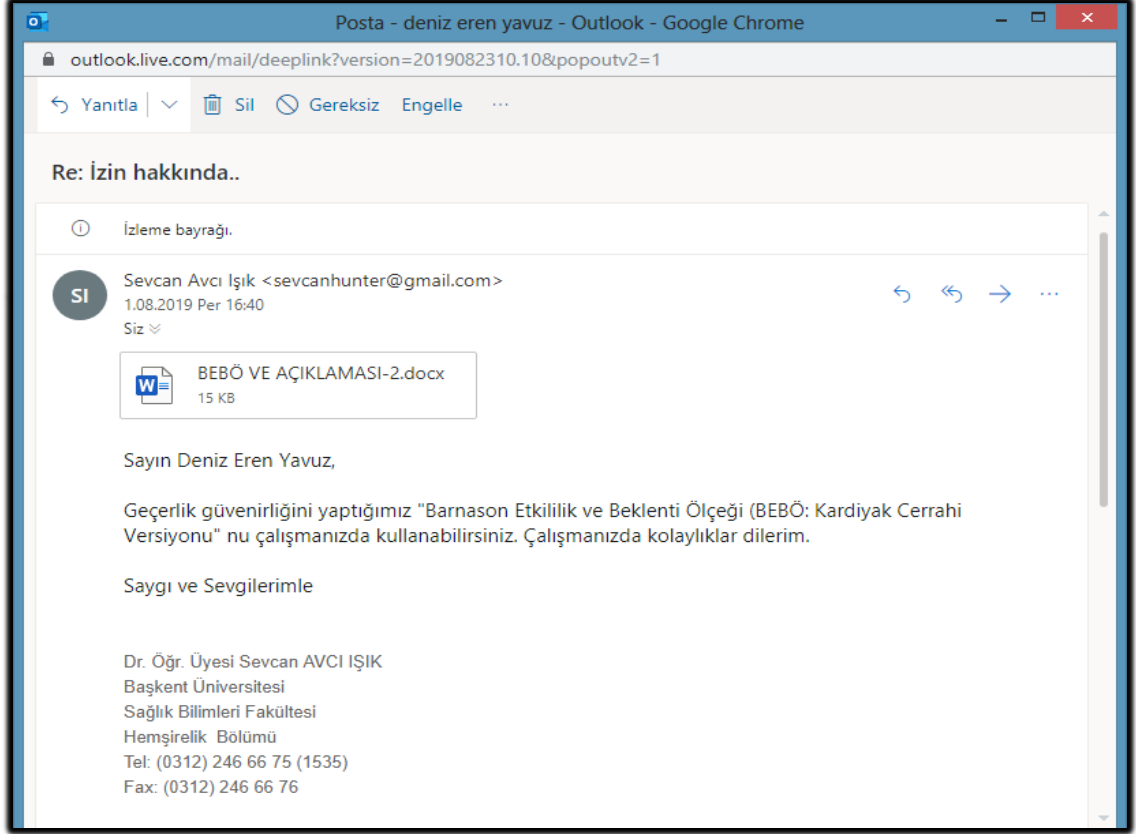
Telefon No: 0212 538 33 99 - 3102

Evcakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 67304559-86be-4612-b142-3e326682b0e1 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 2070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



EK 7

BARNASON ETKİLİLİK BEKLENTİ ÖLÇEĞİ (BEBÖ): KALP CERRAHİSİ VERSİYONU ÖLÇEK İZİNİ



KAYNAKÇA

ACCF/AHA. (2011). Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Developed in Collaboration with The American Association for Thoracic Surgery, Society of Cardiovascular Anesthesiologists and Society of Thoracic Surgeons*, 6;58(24):123-210.

Ada, F. (2014). *Triküspid Kapak Cerrahisi Uygulanan Hastalarda; Preoperatif Triküspid Kapak Çap Ölçümlerinin Erken Postoperatif Sonuçlar Üzerine Etkileri*. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.

Akbari, M., Çelik, SŞ. (2015). The Effects of Discharge Training and Counseling on Post-Discharge Problems in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(4);442-449.

Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset. 433.

Akın, S., Durna, Z. (2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (2):1- 8.

Aksayan, S., Gözüm, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz Etkililik Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1):35- 42.

Alexander, JH., Peter, K., Smith, MD. (2016). Coronary Artery Bypass Grafting. *The New England Journal of Medicine*, 374(20): 1954-64.

Andreasen, JJ., Nekrasas, V., Dethlefsen, C. (2008). Endoscopic vs Open Saphenous Vein Harvest for Coronary Artery Bypass Grafting: A Prospective Randomized Trial. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 34(2): 384-389.

Annesi, JJ., Unruh, JL., Whitaker, AC. (2007). Relations of Changes in Self-Efficacy, Exercise Attendance, Mood and Perceived and Actual Physical Changes in Obese Women: Assessing Treatment Effects Using Tenets of Self- Efficacy Theory. *Journal of Social, Behavioral and Health Science*, 1(1): 72–85.

Aranki, S., Cutlip, D., Aroesty, JM. (2008a). Early Cardiac Complications of Coronary Artery Bypass Graft Surgery. <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=chd/27202>.

Aranki, S., Cutlip, D., Aroesty, JM. (2008b). Early Noncardiac Complications of Coronary Artery Bypass Graft Surgery. <http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=chd/59270>.

Aritürk, C., Ökten, M., Güllü, Ü., Şahin, Ş., Kılıç, L., Adıgüzel, M., Toraman, F., Karabulut, H., Alhan, C.(2014). Endoskopik Safen Ven Hazırlanması:Türkiye'deki İlk Deneyimler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 260-264.

Aslan, FE., Çavdar, İ. (2014). Cerrahi Ağrı. Eti Aslan, F. (Ed). *Ağrı Doğası ve Kontrolü2. Basım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 185-186.

Aslan, FE., Uslu, Y. (2014). Ağrı Sınıflandırılması. Eti Aslan, F. (Ed). *Ağrı Doğası ve Kontrolü2. Basım*. Ankara: Akademisyen Kitabevi. 55-76.

Avcı, S., Karahan, A. (2013). Barnason Etkililik Beklenti Ölçeği Kardiyak Cerrahi Versiyonunun Türkiye İçin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 21(3):691-698.

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) , Avrupa Kardiyotorasik Cerrahi Derneği (EACTS). (2013). Kalp Kapak Hastalıkları Tedavisi Görev Grubu Kalp Kapak Hastalıkları Tedavi Kılavuzu (2012 Versiyonu). *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 83-128.

Avrupa Kardiyoloji Derneği. (2013). Kalp Kapak Hastalıkları Tedavi Kılavuzu (2012 versiyonu).*Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 3.

Badır, A. (2014). Koroner Arter Hastalıkları. Karadakovan A., Eti Aslan, F. (Ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Yenişehir / Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 431-432.

Badır, A., Korkmaz, FD. (2014). Koroner Arter Hastalıkları. Eti Aslan, F (Ed). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı*. Adana: Nobel Tıp Kitabevi. 431-471.

Bağcıvan, G., Tanrıver, E., Kılıç, B. (2018). Kronik Kalp Damar Hastalığı Olan Bireylerin Hastalık Algısının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(2):89-96.

Bakoğlu, E., Yetkin, A. (2000). Hipertansiyonlu Hastaların öz -bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(1):41-49.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215.

Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52: 1-26.

Bandura, A. (2006). Toward a Psychology of Human Agency, Perspectives on Psychological Science. *Psychological Review*, 1(2): 164-180.

Barnason, S., Zimmerman, L., Anderson, A, Mohr-Burt, S., Nieveen, J. (2000). Functional Status Outcomes of Patients with a Coronary Artery Bypass Graft Over Time. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 29:33-46.

Barnason, S., Zimmerman, L., Atwood, J., Nieveen, J., Schmaderer, M. (2002). Development of a Self-Efficacy Instrument for Coronary Artery Bypass Graft Patients. *Journal of Nursing Measurement*, 10:123-133.

Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schulz, P., Miller, C., Hertzog, M., Chunhao, T. (2009). 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*, 38(5):364-376.

Barry, LC., Kasl, SV., Lichtman, J., Vaccarino, V., Krumholz, HM. (2006). Social Support and Change in Health-Related Quality of Life 6 Months After Coronary Artery Bypass Grafting. *J Psychosom Res*, 60:185-93.

Benjamin, E.J., Blaha, M.J. ve ark. (2017). AHA Statistical Update. Erişim: 10 Ekim 2019, <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000485>

Bingöl, H., Bolcal, C., Yılmaz, AT., Demirkılıç, U., Tatar, H. (2003). Açık Kalp Cerrahisinde Safen Ven ve Radyal Arter Greft İnsizyonlarında Yara Yeri Problemleri. *Turkish Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 11:216-8.

Blevins, T. (2015). Nursing Care of Patients with Valvular, Inflammatory and Infectious Cardiac or Venous Disorders Williams, LS., Hooper, PL. (Ed). In: Understanding Medical Surgical Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Britner, SL., Pajares, F. (2002). *Science Self-Efficacy of African American Middle School Students: Relationship to Motivation Self-Beliefs, Achievement, Gender, and Gender Orientation*. Doctor of Philosophy Degree, Georgia State University, Atlanta.

Bruce, J., Drury, N., Poobalan, A.Ş., Jeffrey, R.R., Smith, WC. (2003). Kalp Cerrahisi Sonrası Kronik Göğüs ve Bacak Ağrısı Prevalansı: Tarihsel Bir Kohort Çalışması. *Pain*, 104(1-2): 265-73.

Brunner, LS., Suddarth, DS., Smeltzer, SCO., Bare, BG. (2007). Management of Patients with Structural, Infectious and Inflammatory Cardiac Disorders in Brunner ve Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams ve Wilkins, 763-787.

Bucher, L., Johnson, S. (2014). Coronary Artery Disease and Acute Coronary Syndrome. Levis, SL., Dirksen, SR., Heitkemper, MM., Bucher, L., (Ed). *in Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems, 9th Edition*. Elsevier Mosby. 730-766.

Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Can, G. (2001). *Meme Kanseri Hastalarında Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Canım, Y. (2008). *Kronik Kalp Yetmezliği ve Anemisi Olan Hastalarda İntravenöz Demir Tedavisinin Egzersiz Kapasitesi ve Kardiyak Fonksiyonlara Etkisi*. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Carabello, BA., Paulus, WJ. (2009). Aortic Stenosis. *The Lancet*, 373: 956-966. Doi.Org/10.1016/S0140-6736(09)60211-7.

Castelino, T., Fiore, JF., Niculiseanu, P., Landry, T., Augustin, B., Feldman, LS. (2016). The Effect of Early Mobilization Protocols on Postoperative Outcomes Following Abdominal and Thoracic Surgery: A Systematic Review. *Surgery (United States)*, 159(4):991–1003.

Cebeci, F. (2004). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastalara Verilen Taburculuk Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetinin Öz-Bakım Gücüne, Anksiyete ve Depresyon Durumuna Etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Cebeci, F., Çelik, SS. (2008). Discharge Training and Counselling Increase Self-Care Ability and Reduce Postdischarge Problems in CABG Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17:412-420.

Christensen, T., HenrikKehler, MD. (1993). Postoperative Fatigue. *World Journal of Surgery*, 17:220-225.

Cohn, WE. (2010). Advances in Surgical Treatment of Acute and Chronic Coronary Artery Disease. *Texas Heart Institute Journal*, 37(3):328-330.

Culligan, M., Todd, B., Liehr, P. (1990). Preventing Graft Leg Comlications in CABG Patients. *Nursing*, 6: 59.

Çam, O., Saka, Ş., Gümüş, AB. (2009). Meme Kanseri Hastaların Psikososyal Uyumlarını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, (5)12: 73- 84.

Çapık, C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4): 268-274.

Çetinkaya, S. (2019). *Kalp Hastalıklarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı*, Maltepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Çiftçi, EM. (2006). *Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Çobanoğlu, A., İşbir, S. (2013). Koroner Arter Bypass Cerrahisi. Paç Akçevin, A., Aykut Aka, S., Büket, S., Sarioğlu, T. (Ed). *Kalp ve Damar Cerrahisi 1. Cilt*. Ankara: MN Medikal Nobel Tıp Kitap Sarayı. 773-786.

Dal, Ü., Bulut, H., Demir, G. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 8(1).

Dechant, LM. (2013). Care of Patients with Acute Coronary Syndromes. Ignatavicius, D., Workman, ML. (Ed). *Medical Surgical Nursing. 7. Edition*. USA: Elsevier Health Science. 828-825.

Demirkıran, G. (2011). *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.

Demirkıran, G., Uzun, Ö. (2012). Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(1):1-12.

Demirtaş, A., Akbayrak, N., (2009). Tip-2 Diabetes Mellitus'lu Hastaların, Hastalıklarına Uyum ve Kabullenme Kriterlerinin Belirlenmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 3(1):10-18.

Direk, F., Çelik, SŞ. (2012). Postoperative Problems Experienced by Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery and Their Self-Care Ability After Discharge. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 20(3):530-535.

Dishman, R., Motl, R., Sallis, JF., Dunn, AL., Bimbaum, A., Welk, J., Bedimorung, A. (2008). Education of self care strategies to patients with chronic condition increase self efficacy. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(1): 10-18.

Doğan, N., Göriş, S., Demir, H. (2016). Osteoartritli Bireylerin Ağrı ve Öz-Etkililik Düzeyleri. *Türk Algoloji Derneği*, 28(1): 25–31.

DSÖ. (2019). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Efe, F., Olgun, N. (2011). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Dispne, Yorgunluk ve Yaşam Kalitesi Üzerine Eğitimin Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1): 1-13.

Ekim, H., Kutay, V., Tuncer, M., Mustafaoğlu, F., Yakut, C. (2005). Aort Darlığı olan Hastalarda Aort Kapak Replasmanının Klinik Sonuçları. *Van Tıp Dergisi*, 12(4): 228–231.

Elitoğ, N., Erkuş, B. (2010). CABG Operasyonu Geçirmiş Olan Hastaların Taburculuk Sonrası En Sık Yaşadıkları Problemlerin Tanımlanması. *Acıbadem Hemşirelik e- Dergi*, 25.

Elliott, D., Lazarus, R., Leeder, SR. (2006). 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*, 35(4):245-51.

Erdil, F., Elbaş, N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 4. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset.

Erkuş, BÇ., Menteş, D. (2010). Kalp Cerrahisi Sonrası Taburculuk Eğitimi. *Acıbadem Hemşirelik e-Dergi*, 25.

Erşan, EE., Kelleci, M., Baysal, B. (2013). Kalp Hastalarında Psikososyal Uyum, Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Bir Bakış. *Klinik Psikiyatri*, 16:214-224.

Ertem, A., Yava, A., Demirkılıç, U. (2013). Kardiyak Cerrahi Yapılan Hastaların Ameliyat Öncesi Verilen Aydınlatılmış Onam Hakkındaki Görüş ve Önerilerinin Belirlenmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 21(2):378-391.

ESC Kılavuzları. (2012). Avrupa Klinik Uygulamada Kardiyovasküler Hastalıklardan Korunma Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 40:126-128.

Farkouh, ME., Domanski, M., Sleeper, LA., Siami, FS., Dangas, G., Mack, M., ve diğ. (2012). Strategies for Multivessel Revascularization in Patients with Diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 367: 2375-84.

Gallagher, R., Mckinley, S., Dracup, K. (2004). Post Discharge Problems in Women Recovering from Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Australian Critical Care*, 14:160-5.

Garcia-Delgado, M., Navarrete-Sancheza, I., Colmenero, M. (2014). Preventing and Managing Perioperative Pulmonary Complications Following Cardiac Surgery. *Current Opinion in Anesthesiology*, 27(2):146-152.

Ghotaslou, R., Yagoubi, AR., Khalili, AA., Mahmodian, R. (2008). Mediastinitis After Cardiac Surgery in Madani Heart Center, Tabriz, Iran. *Japanese Journal of Infectious Diseases*, 61:318-20.

Goldman, S., Sethi, GK., Holman, W., ve diğ. (2011). Radial Artery Grafts vs Saphenous Vein Grafts in Coronary Artery Bypass Surgery: A Randomized. *JAMA*, 305(2): 167-74.

Goodman, H. (1997). Patients Perception of Their Education Needs in the First Six Weeks Following Discharge After Cardiac Surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 25: 1241-51.

Grzymala-Lubanski, B., Svensson, BJ., Renlund, H., Jeppsson, A., Sjölander, A. (2017). Warfarin Treatment Quality and Prognosis in Patients with Mechanical Heart Valve Prosthesis. *Heart*, 103(3):198–203.

Hermans, H., Vanassche, T., Herijgers, P., Meuris, B., Herregods, MC., Van De Werf, F., Verhamme, P. (2013). Antithrombotic Therapy in Patients with Heart Valve Prostheses. *Cardiology Review*, 21(1):27-36.

Hillis, LD., Smith, PK., Anderson, JL., Bittl, JA ve diğ. (2011). ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Executive Summary a Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Developed. *Circulation*, 124:2610–2642. Doi:10.1161/CIR.0b013e31823b5fee.

Holmes, DR., Cannon, LA., Stahle, E., Morice, MC., Mack, MJ., Feldman, TE., Et Al. (November 7-11, 2011). Four-Year Follow up of the SYNTAX Trial. Optimal Revascularization Strategy in Patients with Three-Vessel Disease and/or Left Main Disease. *Presented at the Transcatheter Cardiovascular Therapeutics 23rd Annual Scientific Symposium*, San Francisco, California, USA.

Jones, B. (2010). Postoperative Complications of Cardiac Surgery and Nursing Interventions. Hardin, SR., Kaplow, R (Ed.). *Cardiac Surgery Essentials for Critical Care Nursing 1th Edition*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 257-278.

- Kalisch, BJ., Lee, S., Dabney, BW. (2013). Outcomes of Inpatient mobilization: A Literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23: 1486- 1501.
- Kanan, N. (2018). Kalp ve Damar Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G (Ed.). *Cerrahi Hemşireliği II*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti. 65–151.
- Kantaş, HE. (2012). Ekstrakorporeal Dolaşım Perfüzyon Prensipleri Türkiye Klinikleri. *J Cardiovasc Surg-Special Topics*. 4(2): 6-13.
- Kara, M., Aştı, T. (2004). Effect of Education on Self-Efficacy of Turkish Patients with Chronic Obstructive Pulmonary. *Patient Education and Counseling*, 55(1):114-120.
- Karabağ, H. (2007). *Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Karadakovan, A., Aslan, FE. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevi. 499-501.
- Karadakovan, A., Aslan, FE. (2011). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevi.
- Kaya, S. (2014). *Koroner Arter Bypass Grefti Ameliyatı Geçiren Hastalarda Yorgunluk ve Sağlık Algısı*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Kayhan, C. (2003). *Cerrahi Hastalarda Preoperatif Anksiyetenin Postoperatif Komplikasyonlarla İlişkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Kervan, Ü., Koç, O., Özatik, M., Bayraktar, G., Şener, E., Çağlı, K., Yekeler, İ., Paç, M. (2011). Türkiye'deki Kalp Damar Cerrahisi Kliniklerinin Dağılımı ve Hizmetlerinin Niteliği. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 19:483-489.
- Keskin, G., Orgun, F. (2006). Öğrencilerin Öz Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri ile Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (7):92-99.
- Kızıl, C. (2008). *Kalp Yetmezliği Olan Hastaların Eğitim Gereksinimleri ve Hemşirelerin Bu Konuda Düşünceleri*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Kiaii, B., Moon, BC., Massel, D. ve diğ. (2002). A Prospective Randomized Trial of Endoscopic Versus Conventional Harvesting of the Saphenous Vein in Coronary Artery Bypass Surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 123(2):204–212.
- Korkmaz, FD. (2014). Yapısal, Enfeksiyöz ve Enflamatuar Kalp Hastalıkları. Karadakovan, A., Eti Aslan, F. (Ed). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 473-495.
- Korkmaz, FD. (2016). Kalp Damar Cerrahisinde Bakım. Eti Aslan, F. (Ed). *Cerrahi Bakım*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 699-812.

Korkmaz, FD. (2017). Kalp Damar Sistemi Cerrahisinde Bakım. Eti Aslan F. (Ed.) *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. 699–813.

Kurlansky, PA., Traad, EA., Dorman, MJ., Galbut, DL., Zucker, M., Ebra, G. (2010). Thirty-Year Follow-up Defines Survival Benefit for Second İnternal Mammary Artery in Propensity-Matched Groups. *The Annals of Thoracic Surgery*, 90(1): 101-108.

Mctier, L., Botti, M., Duke, M. (2016). Patient Participation in Pulmonary İnterventions to Reduce Postoperative Pulmonary Complications Following Cardiac Surgery. *Australian Critical Care*, 29(1):35–40.

Merkouris, A., Apostolakis, E., Dimitriou, D., Papagiannaki, V, Diakomopoulou, E., Patiraki, E. (2008). Quality of Life After Coronary Artery Bypass Graft Surgery in the Elderly. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1);74-81.

Miller, KH., Grindel, CG. (2004). Comparison of Symptoms of Younger and Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. *Clinical Nursing Research*,13:179-93.

Mollaoğlu, M. (2005). Hemodiyaliz Uygulanan Hastalarda Özbakım Gücü ve Depresyon. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 2(3): 55-61.

Moore, S. (1996). The Effect of a Discharge İnformation İntervention on Recovery Outcomes Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Int.J. Stud*, 33(2):181-189.

Moores, TT., Chang, JC. (2009). Self-Efficacy, Overconfidence and the Negative Effect on Subsequent Performance: A Field Study. *Information & Management*, 46(2): 69–76.

Moser, DK., Dracup, K. (1995). Psychosocial Recovery from a Cardiac Event: The İnfluence of Perceived Control. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 24(4):273-80.

Motiwala, SR., Delling, FN. (2015). Assessment of Mitral Valve Disease: A Review of İmaging Modalities. *Current Treatment Options in Cardiovascular Medicine*, 17-30.

Mozaffarian, D. (2016). Heart Disease And Stroke Statistic Supdate. *A Report From The American Heart Associtaion*, 4(133): 447-454.

National Center for Biotechnology Information. (2019). <https://www.Ncbi.Nlm.Nih.Gov/> (t.y.). Erişim: Temmuz 2019.

Nehir, S., Çam, O. (2010). Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda Psikososyal Sağlık ve Hastalık Uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26:73-84.

Nishimura, RA., Otto, CM., Bonow, RO., Carabello, BA., Erwin, JP., Fleisher, LA., Jneid, H., Mack, MJ., McLeod, CJ., O’Gara, PT., Rigolin, VH., Sundt, TM., Thompson, A. (2017). AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC

Guideline for the Management of Patients with Valvular Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. Doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.011

Nishimura, RA., Vahanian, A., Eleid, MF., Mack, MJ. (2016). Mitral Valve Disease Current Management and Future Challenges. *The Lancet*, 387:1324–1334.

Onat, A., Can, G., Yüksel, H. ve diğ. (2017). TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık. 20-29.

Onat, A., Karakoyun, S., Akbaş, T. ve diğ. (2015). TEKHARF 2014 Taraması ve Türkiye’de Coğrafi Bölgelere göre Ölüm Oranı ile Koroner Hastalık İnsidansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 43 (4): 326-332.

Onat, A., Keleş, İ., Çetinkaya, A., Başar, Ö., Yıldırım, B., Erer, B., Ceyhan, K., Eryonucu, B., Sansoy, V. (2001). On Yıllık TEKHARF Çalışması Verilerine göre Türk Erişkinlerinde Koroner Kökenli Ölüm ve Olayların Prevalansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 29(1):8-19.

Otto, CM. (2006). Valvular Aortic Stenosis Disease Severity and Timing of Intervention. *JACC*, 47(11); 2141–2151.

Örer, A., Oto, Ö. (1999). Dünden Bugüne Kalp Cerrahisi. *Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 7:153-160.

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

Özcan, H. (2008). *Açık Kalp Damar Ameliyatı Sonrası Hemşireler Tarafından Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalar Tarafından Kullanılma Oranları*, Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.

Özen, B., (2012). *Planlı Taburculuk Programının Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastalarda Komplikasyonları ve Hastaneye Geri Dönüşleri Azaltmaya Etkisi*. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri.

Özen, B., Seviğ, Ü. (2017). The Impact of Planned Hospital Discharge Program on Complications and Hospital Readmissions in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 25(3);353-362.

Paç, M., Akçevin, A., Aka, SA., Büket, S., Sarıoğlu, T. (2013). Kalp ve Damar Cerrahisi, 1. Cilt. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Evi.

Paisani, D., Dias Chiavegato, L., Ramos Dos Santos, PM., Aquaroni Ricci, N., Aparecida Bordignon Suster, E., De Moraes. (2017). Effects of Early Mobilisation in Patients After Cardiac Surgery: A Systematic Review. *Physiotherapy (United Kingdom)*, 103(1):1–12.

Paletta, CE., Huang, DB., Fiore, AC., Swartz, MT., Rilloraza, FL., Gardner, JE. (2000). Major Leg Wound Complications After Saphenous Vein Harvest for Coronary Revascularization. *Ann Thorac Surg*, 70(2): 492- 497.

Poortaghi, S., Baghernia, A., Golzari, SE, Safayian, A., Atri, SB. (2013). The Effect of Homebased Cardiac Rehabilitation Program on Self Efficacy of Patients Referred to Cardiac Rehabilitation Center. *Biomed Central Research Notes*, 6:287.

Rantanen, A., Tarkka, MT., Kaunonen, M., Tarkka, M., Sintonen, H., Koivisto, AM., ve diğ. (2009). Health-Related Quality of Life After Coronary Artery Bypass Grafting. *J Adv Nurs*, 65:1926-36.

Ray, R., Chambers, J. (2014). Mitral Valve Disease. *International Journal of Clinical Practice*, 68(10); 1216–1220.

Rosenhek, R., Zilberszac, R., Schemper, M., Czerny, M., Mundigler, G., Graf, S., Bergler-Klein, J., Grimm, M., Gabriel, H., Maurer, G. (2010). Natural History of Very Severe Aortic Stenosis. *Circulation*, (121); 151–156.

Roy, SC. (2009). *Roy Adaptation Model*. Third Edition, Upper Saddle River, NJ: Prentice hall health, USA.

Rubin, GJ., Hardy, R., Hotopf, MA. (2004). Systematic Review and Meta-Analysis of the İncidence and Severity of Postoperative Fatigue. *Journal of Psychosomatic Research*, 57:317-326.

Runge, MS., Ohman, M. (2008). Natter'in Kardiyolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Saengsiri, A., Hacker,ED. (2015). Conducting Quality of Life Research in People with Coronary Artery Disease in Non-English Speaking Countries. *Journal Cardiovascular Nursing*, 30(1): 74-84. Doi: 10.1097/JCN.0000000000000116.

Sağlam, RA. (2016). *Açık Kalp Ameliyatı Olan Hastalara Öz Bakım Modeli Kullanılarak Evde Verilen Bakımın Öz Etklilik ve Semptom Yönetimine Etkisi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Samancıoğlu, S., Özel, F., Esen, A. (2010). Orem'in Öz Bakım Teorisine Göre Sistemik Lupus Eritematozuslu Hastanın Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15): 85-101.

Sanchis, GF., Perez, QC., Leischik, R., Lucia, A. (2016). Epidemiology of Coronary Heart Disease and Acute Coronary Syndrome. *Annals of Translational Medicine*, 4 (13): 256.

Sarıtaş, SÇ. (2010). Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Egzersizin Dispne ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Savadkooh, OK., Zakerimoghadam, M., Gheyasvandian, S., Kazemnejad, A. (2012). Effect of Selfmanagement Program on Self-Efficacy in Hypertensive Patients. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 22(92):19-28.

Sayan, A. (2004). Günümüzde Evde Bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3):91.

Schulz, P., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., Nieven, J. (2011). Symptom Management Strategies Used by Elderly Patients Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Applied Nursing Research*, 24(2):65-73.

Schunk, DH. (1991). Self-Efficacy and Academic Motivation. *Journal Educational Psychologist* 26(3-4):207-231,

Shekar, P. (2006). On-Pump and Off-Pump Coronary Artery Bypass Grafting. *Circulation*, 113: 51-52.

Sidar, A., Dedeli, Ö., İşkesen, Aİ. (2013). Açık Kalp Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hastaların Kaygı ve Ağrı Distresi: Ağrı Düzeyi İle İlişkisinin İncelenmesi. *Yoğun Bakım Dergisi*, (4): 1-8.

Siddigi, MS. (2016). Saphenous Vein Harvest Wound Complications: Risk Factors, Identification, Prevention and Management. *Chronic Wound Care Management and Research*, 3:147-156.

Smeltzer, SC., Bare, BG., Hinkle, JL., Cheever, KH. (2010). Management of Patients with Coronary Vascular Disorders. In Smeltzer, SC., Bare, BG (Ed). *Brunner And Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 12(712-48).

Softah, A., Hendry, P., Masters, RG., Goldstein, W., Brais, M., Keon, W. (2002). Wound Infection in Cardiac Surgery. *Annals of Saudi Medicine*, 22:105-7.

Soltoski, PR., Karamanoukion, HL., Solerno, T. (2006). Kalp Cerrahisinin Sırları. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi.

Sorensen, EA., Wang, F. (2009). Social Support, Depression, Functional Status, and Gender Differences in Older Adults Undergoing First-Time Coronary Artery Bypass Graft. *Heart Lung*, 38:306–317. Doi:10.1016/J.Hrtlng.2008.10.009

Şeker, H., Gençdoğan, B. (2014). Psikolojide ve Eğitimde Ölçme Aracı Geliştirme, 2. Basım. Ankara: Nobel yayınevi.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı. (2015). Ankara. <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>

Tamdoğan, S. (2015). *Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Ağrının Uyku ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tekbaş, ÖF. (2008). Kalp Damar Hastalıkları ve Çevresel Faktörler. *Preventive Medicine Bulletin*, 7(5):435-444.

Teknas Kalp Enstitüsü. (2019). <https://www.texasheart.org/>

Telli, A., İslamoğlu, F., Uç, H. (2004). Aort Kapak Hastalıklarında Cerrahi Tedavi. Duran, E. (Ed). Kalp ve Damar Cerrahisi. İstanbul: Çapa Tıp Kitabevi. 1183–1193.

Theobald, K., McMurray, A. (2004). Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Discharge Planning for Successful Recovery. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5): 483–491.

Tranmer, JE., Parry, MJ. (2004). Enhancing Postoperative Recovery of Cardiac Surgery Patients: A Randomized Clinical Trial of an Advanced Practice Nursing Intervention. *Western Journal of Nursing Research*, 26(5):515-532.

Tuna, Z., Çelik, SŞ. (2014). Discharge Training and Counseling: Functional Autonomy and Post-Discharge Problems of Elderly Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 22(3):570-576.

Tutkun, T. (2008). *Konjestif Kalp Yetersizliğinde Karaciğer Fonksiyon Testlerindeki Değişiklikler Mortalite ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi*. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

TÜİK. (2018). Ölüm Nedeni İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr>.

Türkmen, SN., Çam, MO. (2012). Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 3(3):105-115.

Uçar, ZA. (2007). *Konjestif Kalp Yetersizliğinde Aneminin Mortalite ve Hastanede Kalış Süresine Etkisi*. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Usher, EL., Pajares, F. (2006). Sources of Academic and Self-Regulatory Efficacy Beliefs of Entering Middle School Students. *Contemporary Educational Psychology*, 31; 125–141.

Ünsal, A., Kaşıkçı, M. (2008). Artritli Bireylerde Öz-Etkililik Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1): 40–50.

Ünsar, S., Dindar, İ., Zafer, R., Kumaşoğlu, Ç. (2006). Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların özbakım gücü ve etkileyen etmenler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (1)3:71-72.

Üstündağ, H., Aslan, FE. (2011). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastanın Bakımı ve Konforu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 15(1):22-8.

Üstündağ, H., Zengin, N. (2008). Baş Boyun Kanseri Nedeni İle Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1):63-68.

Velanovich, V. (2004). Using Quality-of-Life Measurements to Predict Patient Satisfaction Outcomes for Antireflux Surgery. *Archives Surgery of Journal*.139:621-626.

Watt-Watson, J., Stevens, B., Katz, J., Costello, J., Reid, GJ., David, T. (2004). Impact of Preoperative Education on Pain Outcomes After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Pain*, 109:73-85.

Whellan, DJ., Goodlin, SJ., Dickinson, MG., Heidenreich, PA., Jaenicke, C., Stough, WG., Rich, MW. (2014). End-of-life Care in Patients with Heart Failure. *Quality of Care Committee, Heart Failure Society of America*, 20(2): 121-134.

Windecker, S., Kolh, P., Alfonso, F., Collet, JP., Cremer, J., Falk, V., Filippatos, G. Et Al. (2014). ESC/EACTS Guidelines on Myocardial Revascularization: The Task Force on Myocardial Revascularization of The European Society of Cardiology (ESC) And The European Association For Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) Developed With The Special Contribution of The European Association Of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI). *European Heart Journal*, 35(37): 2541-2619.

Wipke-Trevis, DD., Stotts, NA., Skov, P., Carrieri-Kohlman, V. (1996). Frequency, Manifestations and Correlates of Impaired Wound Healing Ofsaphenous Vein Harvesting Incisions. *Heart Long*, 25: 108-116.

Yaman, Y., Bulut, H. (2010). Evaluation of Discharge Training Given to Patients who Have Undergone Heart Valve Replacement. *Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 18(4):277-283.

Yava, A. (2000). *Açık Kalp Cerrahisi Geçiren Bireylerde Postoperatif Nöropsikolojik Değişikliklerin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Programı, Ankara.

Yıldırım, N., Atalay, M. (2002). Koroner Arter Bypass Ameliyatı Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1): 52-64.

Yılmaz, M., Çiftçi, ES. (2010). Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesinde Bir Model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 18(3): 183-189.

Yiğitbaş, Ç., Yetkin, A. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1): 6-14.

Yolcu, S., Akın, S., Durna, Z. (2016). Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Hareket Düzeyleri ve Hareket Düzeyleri ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(2): 129-138.

Young, L., Zimmerman, L., Pozehl, B., Barnason, S., Wang, H. (2012). Cost-Effectiveness of a Symptom Management Intervention: Improving Physical Activity

in Older Women Following Coronary Artery Bypass Surgery. *Nursing Economics*, 30(2):94-103.

Zimmerman, L., Barnason, S., Schulz, P., Nieven, J., Miller, C., Hertzog, M, Rasmussen, D. (2007). 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*, 22(6):493-500.

Zimmerman, L., Barnason, S., Nieveen, J., Schmaderer, M. (2004). Symptom Management Intervention in Elderly Coronary Artery Bypass Graft Patients. *Outcomes Management*, 8(1):5-12.

Zimmerman, L., Faha, F., Barnason, S., Hertzog, FM., Young, L., Nieveen, J., Schulz, P., Tu, C. (2011). Gender Differences in Recovery Outcomes After an Early Recovery Symptom Management Intervention. *Heart&Lung The Journal of Acute and Critical Care*, 40(5):429-439.

Zipes, DP., Libby, P., Bonow, RO., Braunwald, E. (eds) (2008). Kalp Hastalıkları, 1.Baskı. Çevirenler: Aslanger, E., Şirinoğlu, Adana: Nobel Tıp Kitapevi, 22.