



T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AÇIK KALP CERRAHİSİ UYGULANAN HASTALARDA
PERİOPERATİF DÖNEMDE BESİN TÜKETİMİ VE BESİN
TÜKETİMİNİ ETKİLEYEN DURUMLARIN BELİRLENMESİ**

Aynur KOYUNCU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEKLİSANS PROGRAMI

GAZİANTEP
2015

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



**AÇIK KALP CERRAHİSİ UYGULANAN HASTALARDA
PERİOPERATİF DÖNEMDE BESİN TÜKETİMİ VE BESİN
TÜKETİMİNİ ETKİLEYEN DURUMLARIN BELİRLENMESİ**

Aynur KOYUNCU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin Hemşirelik
Anabilim Dalı Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Ayla YAVA

**GAZİANTEP
2015**

TC
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AÇIK KALP CERRAHİSİ UYGULANAN HASTALARDA PERİOPERATİF
DÖNEMDE BESİN TÜKETİMİ VE BESİN TÜKETİMİNİ ETKİLEYEN
DURUMLARIN BELİRLENMESİ

Aynur KOYUNCU

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih: 01.06.2015

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 15.06.2015

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ayla YAVA

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Fatma Eti ASLAN

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Çiğdem KÖÇKAR

Enstitü Müdürü : Doç. Dr. Ayla YAVA

Tez Yöneticisi

Doç. Dr. Ayla YAVA

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep 2015

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

15 Haziran 2015

Aynur Koyuncu

ÖN SÖZ

Beslenme yetersizliği kalp cerrahisi uygulanan hastaların dörtte birini ilgilendiren önemli bir sorundur. Beslenme yetersizliğinin büyük bir nedeni de yetersiz besin alımıdır. Beslenme yetersizliği mortalite, morbidite, yoğun bakımda kalma süresi, hastanede kalma süresi ve maliyetleri arttıran, yaşam kalitesini azaltan bir durumdur. Hemşirelerin beslenme konusunda önemli görev, yetki ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Uzun yıllardır görev yaptığım kalp damar cerrahisi kliniğinde hastaların cerrahi sonrasında kilo kaybettiklerine, zaman içinde güçsüzleştiklerine tanık oldum. Ağız yoluyla alınan ilk besin normal hayata dönmenin ilk adımıdır. Ancak yoğun bakımda hastaların isteksiz olduklarını, yemeklerini yemediklerini sıklıkla gözledim. Hastaların besin alımlarının izlenmesi, günlük besin alımının ve yetersiz alımın hesaplanması bu güne kadar hemşirelerin çoğunlukla ihmal ettiği bir konudur. Hemşirelerin hastanın besin alımını teşvik ettiklerinde ya da yemeği hastanın ağzına verdiklerinde hastaların daha fazla besin alması; bu araştırmayı yapmamın önemli bir nedenidir. Hastaların hastanede yattığı süre içinde besin alımını izleyerek, yetersiz besin alımını önlemede hemşirelerin değiştirebileceği çok fazla durum olduğuna inanıyorum. Çalışmamın sonuçlarının kullanılmasını ve faydalı olmasını diliyorum.

Aynur Koyuncu

İTHAF

En büyük projeleri ilk kez annemle yaptım. Bir yaz tatilinde birlikte dantel bir masa örtüsü öreceğimizi söyledi. Anneme göre kanser ilerlemeden, bana göre tatil bitmeden bitirebilmek için; sabahları erken kalktık, akşamları geç yattık. Ben motifleri yaptım, annem birleştirdi. Tezimi de aynı titizlik ve disiplinle annem yanımda olmadan yaptım. Bu çalışmamı; 22 Eylül 2013'te kaybettiğim ilk danışmanım, annem; Mesude Gülcemal'e ve halen ödevimi bitirip bitirmediğimi merak eden, ilk öğretmenim babam; Mustafa Gülcemal'e ithaf ediyorum.

Aynur Koyuncu

TEŞEKKÜR

Bir çölün ortasında koşarken, masmavi bir denize ulaştım. Bütün sevdiklerim denizin ortasında, yemyeşil bir adadayken, ben yalnız başıma kalmıştım. Yanlarına gitmek istiyordum ama imkânsızdı. Birden denizin ortasında bir yol belirdi, hızla koşmaya başladım. Ben koştukça yol daralıyordu, dalgaların beyaz köpüğe dönüştüğü bir anda, yol ile deniz arasında bir uçuruma belirdi. Ne ileri ne geri hareket edebiliyordum. Bu şekilde ne kadar dayanacağımı bilmiyordum. Gözümden akan yaşlar buz gibi dalgalara karışıyordu. Hem çok üşüyordum hem de çok korkuyordum. Tam her şey bitti dediğim anda, tanımadığım bir kişi yanıma geldi beni sıcak bir battaniye sardı, kucağına aldı ve bir arabaya götürdü. Hızla bir limana doğru yol aldık, önce bir gemiye bindik, sonra balık oldu, bende balık oldum.....

Yıllar önce gördüğümde anlam veremediğim bu rüya, aslında her şeyi anlatıyor. Rüyamda bana yardım eden kişiyi tanıımıyordum ama bu gün, o kişinin hocam; Prof.Dr. Fatma Eti Aslan olduğundan eminim. Yüksek lisans yapmaktan vazgeçtiğim bir zamanda öğrencisi oldum. Bilimsel birikimiyle bana rehberlik etti ve beni özenli bir şekilde Ayla ablama ulaştırdı. İmkânsız gibi görünürken, hiç ummadığım bir anda; ablam'ın danışmanlığında tez yapmak nasip oldu. Bu sade bir tesadüf olamayacak kadar kusursuz.

Onu tanımasaydım; hayatım boş ve amaçsız olurdu. Hayatımdaki her şeyi danışabildiğim, bana olan sonsuz katkıları için ablam, hocam, danışmanım; Doç. Dr. Ayla Yava'ya,

Tez yapma fikrini veren, bu tezi yapma nedenim olan, bilimsel kimliğinden çok etkilendiğim ve daima yörüngesinde olmak istediğim hocam; Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a,

Mesleğimin ilk yıllarından beri tanıdığım, yaptığım bütün bilimsel faaliyetlerde katkı ve desteklerini esirgemeyen, mesleki ve özel yaşamımda ağabeylik yapan hocalarım; Prof. Dr. Ufuk Demirkılıç'a, Prof.Dr. Bilgehan Savaş Öz'e ve Doç.Dr. Faruk Cingöz'e,

Birlikte büyüdüğümüz, birlikte geliştığımız, birlikte faydalı olduğumuz ve birlikte görev yaptığımız, sevgili meslektaşlarımız; kalp damar cerrahisi hemşirelerin'e

Tezimin fikir ve yapım aşamasındaki değerli katkıları nedeniyle hocam; Doç, Dr. Tülay Ortabağ'a,

Yüksek lisans eğitimimde tanıdığım, mesleki gelişimime katkı sağlayan hocam; Prof. Dr. Nermin Olgun'a,

Mutlu olmalarını, mutluluğum kabul ettiğim, annemin emanetleri, kardeşlerim; Ali Osman Gülcemal'e ve Emine Petek Ünal'a,

Onlarla geçirmem gereken zamanları, tezimin yapımına ayırmama anlayış gösteren, hayat arkadaşım; Fevzi Koyuncu'ya, oğullarımız; Furkan Koyuncu ve Duhan Koyuncu'ya

Sonsuz teşekkür ederim.

Aynur Koyuncu

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

BEYAN.....	ii
ÖN SÖZ	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
GRAFİKLER DİZİNİ	xiv
ÖZET	xv
ABSTRACT.....	xvii
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Tedavi Yöntemleri.....	3
2.1.1. Kalp ve Koroner Arterler	3
2.1.2. Koroner Arter Hastalığı (KAH)	5
2.1.2.1. Koroner Arter Hastalığı Belirtileri	5
2.1.2.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri.....	5
2.1.2.3. Miyokard Enfarktüsü.....	6
2.1.2.4. Koroner Arter Hastalığının Tedavi Yöntemleri	6
2.1.3. Kapak Hastalıkları.....	8
2.1.3.1. Kapak Replasmanı.....	8

2.1.3.2. Protez Kapak Çeşitleri.....	8
2.2. Beslenme ve Kalp Cerrahisi	9
2.2.1. Beslenme Yetersizliği	9
2.2.2. Hastane Kaynaklı Beslenme Yetersizliği (HKBY)	10
2.2.3. Beslenme Yetersizliğinin Kardiyovasküler Sisteme Etkisi	11
2.2.4. Beslenme Yetersizliğinin Bağışıklık Sistemine ve Enfeksiyona Etkisi	11
2.2.5. Beslenme Yetersizliğinin Solunum Fonksiyonlarına ve Mekanik Ventilasyona Etkisi.....	11
2.2.6. Beslenme Yetersizliği ve Termoregülasyon	12
2.2.7. Yaşlılık, Kardiyovasküler Hastalıklar ve Beslenme Yetersizliği	12
2.2.8. Cerrahi Öncesi Açlık Süresi	13
2.2.9. Kalp Cerrahisinde Erken Beslenmenin Önemi	14
2.2.10. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	14
2.3. Beslenme ve Hemşirelik.....	17
2.3.1. Kuramsal Yaklaşım.....	17
2.3.2. Hemşirelerin Beslenme Konusunda Görev Yetki ve Sorumluluklar	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırma Sorusu	20
3.2. Araştırmanın Tipi ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Etik Yönü	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri.....	21
3.6. Veri Toplama Gereci	22
3.7. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri.....	23
3.8. Araştırmanın Uygulanması:.....	24
3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	25
4. BULGULAR.....	26

4.1. Bölüm I Tanıtıcı Bulgular	26
4.2. Bölüm II Hastaların Besin Alma Durumları ve Besin Almalarını Etkileyen Durumlara İlişkin Bulgular	29
4.3. Hastaların besin alma durumu ile vücut ağırlığı, BKI, albümin, hemoglobin, açlık kan şekeri karşılaştırılması ve hastaların besin alma durumu ile gastrointestinal semptomların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	40
5. TARTIŞMA	43
5.1. Bölüm I. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması	43
5.2. Bölüm II. Hastaların besin alma durumları ve besin almalarını etkileyen durumlara ilişkin bulguların tartışılması.....	43
5.3. Bölüm III. Hastaların besin alma durumu ile vücut ağırlığı, BKI, albümin, hemoglobin, açlık kan şekeri karşılaştırılması ve hastaların besin alma durumu ile bulantı, kusma, kabızlık gibi semptomların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	48
6.1. Sonuç.....	48
6.2. Öneriler.....	50
6.3. Sınırlılıklar	50
6.4. Çıkar Çakışması Beyanı	51
6.5. Finansman	51
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER.....	61
EK 1. Etik Kurul Onayı.....	62
EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu	64
EK 3. Veri Toplama Formu	65
9. ÖZGEÇMİŞ	70

KISALTMALAR

SIRS	: Sistemik İnflamatuvar Yanıt (Response) Sendromu
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
İKH	: İskemik Kalp Hastalığı
MI	: Miyokard İnfarktüsü
KABG	: Koroner Arter Bypass Greft
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
BKI	: Beden Kitle İndeksi
PTKA	: Perkütan Transluminal Anjioplasti
TMR	: Transmiyokardiyal Lazer Revaskularizasyonu
EEKP	: Enhanced Eksternal Konturpulsasyon
ESPEN	: Avrupa Klinik Beslenme Derneği
HKBY	: Hastane Kaynaklı Beslenme Yetersizliği
ASA	: Amerikan Anesteziyologlar Birliği
TARD	: Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneği
EKG	: Elektrokardiyogram
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi
ECMO	: Ekstrakorperal Membran Oksijenasyonu
MV	: Mekanik Ventilasyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
HKÜ	: Hasan Kalyoncu Üniversitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 2.1:	Koroner damarlar	4
Şekil 2.2:	Mekanik Protez Kapak Modeli	8
Şekil 3.1:	Araştırmanın uygulanması	25



TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 2.1: Amerikan Anestezistler Birliğinin önerdiği cerrahi öncesi açlık süreleri	13
Tablo 2.2: Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneğinin önerdiği cerrahi öncesi açlık süreleri	13
Tablo 2.3: Hemşirelerin beslenme konusunda görev yetki ve sorumlulukları.....	18
Tablo 4.1: Hastaların tanıtıcı özellikleri (N=86).....	27
Tablo 4.2: Hastaların cerrahi, entübasyon, yoğun bakımda kalma, hastanede kalma süreleri (N=86)	28
Tablo 4.3: Hastaların besin alma durumlarının günlere göre dağılımı (N=86).....	29
Tablo 4.4: Hastalarda görülen gastrointestinal semptomların günlere göre dağılımı (N=86)	30
Tablo 4.5: Hastaların Ağırlık, BKI, Albümin, Hemoglobin, Açlık Kan Şeker Değerlerinin günlere göre dağılımı (N=86).....	31
Tablo 4.6: Hastaların besin almalarını çok etkileyen hastalık kaynaklı durumların günlere göre dağılımı (N=86)	35
Tablo 4.7: Hastaların besin almalarını çok etkileyen hastadan kaynaklanan durumların günlere göre dağılımı (N=86)	35
Tablo 4.8: Hastaların besin almalarını çok etkileyen sağlık profesyonellerine bağlı durumların günlere göre dağılımı (N=86).....	36
Tablo 4.9: Hastaların besin almalarını çok etkileyen yemeğin sunumuna bağlı durumların günlere göre dağılımı (N=86)	37
Tablo 4.10: Hastaların cerrahi sonrası birinci, üçüncü, beşinci gün besin alma durumları ile ağırlık, BKI, albümin, hemoglobin ve açlık kan şekeri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (N=86)	40

Tablo 4.11: Hastaların cerrahi sonrası birinci, üçüncü, beşinci gün besin alma durumları ile bulantı, kusma, kabızlık arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (N=86)	41
--	----



GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No:

Grafik 4.1: Bir günde bütün yemeğin bitirilme ortalamaları.....	30
Grafik 4.2: Cerrahiden bir, üç, beş gün sonra gastrointestinal semptomların dağılımı	31
Grafik 4.3: Hastaların vücut ağırlıklarının cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası günlere göre dağılımı (N=86)	32
Grafik 4.4: Albümin seviyesinin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası günlerdeki dağılımı (N=86)	33
Grafik 4.5: Hemogloblin seviyesinin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası günlerdeki dağılımı (N=86)	33
Grafik 4.6: Cerrahiden bir gün önce besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı.....	37
Grafik 4.7: Cerrahiden bir gün sonra besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı.....	38
Grafik 4.8: Cerrahiden üç gün sonra besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı.....	39
Grafik 4.9: Cerrahiden beş gün sonra besin alma durumunu çok etkileyen beş durumun dağılımı	39

ÖZET

Başlık: Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Dönemde Besin Tüketimi ve Besin Tüketimini Etkileyen Durumların Belirlenmesi

Amaç: Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda perioperatif dönemde besin tüketim miktarı ile besin tüketimi miktarının hastanın beslenme ile ilgili bazı göstergelerine etkisi ve besin tüketimini etkileyen durumların saptanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma 4 Şubat-4 Mayıs 2015 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi kalp damar cerrahisinde yapılmış tek merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır. Örneklem ölçütlerini sağlayan araştırmaya katılmayı kabul eden 86 gönüllü hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu aracılığıyla toplanmıştır. Soru formu tanımlayıcı özellikler ve besin alımını etkileyen durumları sorgulayan 25 sorudan oluşmuştur. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15,0 windows paket programında yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 61.25 ± 10.77 yıl, %72.1'i erkek %40.7'si lise mezunu, %53,5'i büyük şehirde yaşamakta, %64'ü protez diş kullanmamaktadır. Hastaların ortalama cerrahi süresi 183.19 ± 27.3 dakika, entübasyon süresi 7.56 ± 1.77 saat, hastanede kalma süresi 7.62 ± 1.33 gündür. Hastalara bir günde verilen yemeğin bitirilme oranlarının ortalaması cerrahiden bir gün önce %38, cerrahiden bir gün sonra %51 cerrahiden üç gün sonra %47 cerrahiden beş gün sonra %52 dir. Cerrahi sonrası birinci günde en sık görülen semptom bulantı, cerrahiden üç ve beş gün sonra en sık görülen semptom kabızlıktır. Hastaların vücut ağırlıkları ve Beden Kitle İndeksi (BKI) cerrahiden bir gün öncesine göre cerrahi sonrası günlerde azalmıştır. Cerrahi sonrası beşinci günde yaklaşık iki kg azalma olmuştur. Hastalar besin almalarını en çok etkileyen durumlar olarak; cerrahiden bir gün önce (%84.9) hekim ve hemşirelerin aç kalmamı söylemesi, cerrahiden bir gün sonra (%31.4) yemek öncesinde bulantının olması, cerrahiden üç gün sonra (%25.6) şu anda kabızım kabız olmaktan endişelenmem, cerrahiden beş gün sonra (%33.7) şu anda kabızım kabız

olmaktan endişelenmem şeklinde ifade etmişlerdir. Ayrıca hastaların besin alma durumları ile albümin ortalamaları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Hastaların cerrahi sonrası süreçte kilo kaybettiği, albümin değerlerinin azaldığı belirlenmiştir. Hastaların besin tüketimini etkileyen çok sayıda durum olduğu ve bu durumların önemli bir oranının sağlık bakım profesyonellerinin uygun girişimleri ile değiştirilebilir olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yetersiz beslenme, Besin tüketimi, Kalp Cerrahisi, Hemşirelik



ABSTRACT

Title: Determination of food intake and the conditions which affect eating habits during the perioperative phase in patients who have undergone open heart surgery

Objective: The aim of the study was to determine the amount of food intake and to identify the conditions which affect the food intake during the perioperative phase.

Materials and Methods: The research was conducted as a single-center, descriptive and cross sectional design study between February 4th and May 4th of 2015 in Gülhane Military Medical Academy, Cardiovascular Surgery Department. Eighty-six voluntary patients who met the sample criteria formed the sample of the research. Data was obtained using a questionnaire developed by the author. The questionnaire consisted of 25 questions which examined the descriptive features of the subjects and conditions that affected their intake of food. The statistical analysis of the data was done using SPSS 15.0. The value of $p < 0.05$ was accepted as statistical significance.

Findings: Of the patients, the mean age was 61.25 ± 10.77 years, 72% were male, 40.7% were high school graduates, 53.5% resided in big cities, and 64% did not use prosthodontics. The mean duration of operation was 183.19 ± 27.3 minutes, of intubation 7.56 ± 1.77 hours, of length of hospital stay 7.62 ± 1.33 days. Among the patients, the mean rate of intake of the meal given was 38% on the one day prior to surgery, 51% on the day after surgery, 47% three days after surgery, and 52% five days after surgery. The most common symptom to occur on the day following surgery was nausea, with constipation being the most common on the third and fifth days following surgery. The patients' body weight and Body Mass Index (BMI) decreased in the days after surgery, with an average decrease in weight of approximately 2 kg measured five days following the surgery. Factors affecting food intake on the study days were indicated by patients were: of the day before surgery, 84.9% indicated "doctors and nurses expressions about not being eat"; of the day after surgery,

31.4%indicated “nausea before eating”, and of the third day following surgery, 25.6%indicated “current or possible constipation”. Additionally, a correlation was found between the patients’ food intake and albumin levels averages ($p<0.05$).

Conclusion: It was found that the patients experienced a postoperative decrease in weight and albumin levels. Many possible factors hindering intake were found, of which a significant amount could be corrected by health care personnel’s proper interventions.

Keywords: Malnutrition, Food Intake, Heart Surgery, Nursing.



1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Hastalık durumunda pek çok besin ögesi için gereksinimin artmasına bağlı olarak, günlük besin tüketiminin değişmediği durumlarda bile yetersiz beslenme gözlenebilir. Çok sayıdaki çalışmada; günlük enerji alımının, hastanede yatan hastalar için bilinen enerji gereksimini karşılamadığı görülmüştür (1-3). Beslenme yetersizliği; besinlerin sindiriminde (malabsorbsiyon) ve besin alımında eksiklik gibi iki önemli nedenden ortaya çıkabilir (4).

Cerrahi sonrasında; nasokomiyal süperenfeksiyon, tedaviye dirençli kalp yetmezliği, kardiyojenik şok, enfeksiyon, atriyal fibrilasyon, deliryum gibi komplikasyonları arttırır (4). Beslenme yetersizliği de cerrahiye toleransı azaltarak iyileşmeyi geciktirir (4-6). Bunun yanında beslenme yetersizliği olan hastalarda; yaşamı tehdit eden Sistemik İnflamatuvar Response Sendromu (SIRS) ve sepsis riski yüksektir (4). Beslenme yetersizliği düzeltilmediğinde vücut ağırlığı, kan şekeri ve serum albümin değerinde azalma ile sonuçlanmakta, bu komplikasyonlar mortalite ve morbiditenin artmasına, yoğun bakımda ve hastanede kalma sürelerinin uzamasına ek olarak yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (6-10).

Yetersiz besin alımı beslenme yetersizliğinin temel nedenidir. Ancak hastanelerde yetersiz besin alımı ve yetersiz besin alımının nedenleri konusunda sınırlı sayıda kanıt bulunmaktadır (11,12). Mevcut kanıtlara göre yetersiz besin alımı; servis edilen besin, hastalık ve sağlık profesyonelleri ile ilgili nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Cerrahi girişimler de besin alımını önemli ölçüde kesintiye uğratan süreçlerdir. Cerrahi öncesi açlık süresinin kısaltılması, cerrahi sonrası ise erken beslenmeye geçmekle ilgili, araştırma sonuçlarına dayalı önerilere (13-21) rağmen hastalar hala bu süreçte kilo kaybetmekte ve güçsüz kalmaktadır.

Beslenme yetersizliği kalp cerrahisi uygulanan hastaları da tehdit etmektedir (4). Kalp cerrahisinde beslenme yetersizliği prevalansı %10 ile %25 arasında değişmektedir (15-17,22). Kalp cerrahisi uygulanan ve beslenme yetersizliği bulunan

hastalarda enfeksiyöz ve kardiyovasküler komplikasyon oranları ile yoğun bakımda ve klinikte yatış süresinde artış olduğu ve mortalite oranının da bu grup hastalarda arttığı gösterilmiştir (22).

Bu nedenle beslenme yetersizliğine dair bu olumsuz sonuçların azaltılması için kalp cerrahisi uygulanan hastaların perioperatif süreçte besin alımının izlenmesi ve sürecin tamamının yönetilmesi gerekmektedir (15-17,22). Ancak kalp cerrahisi öncesi ve cerrahi sonrası günlerde hastaların besin alamama nedenleri, bu nedenlerden hangisinin hastayı daha fazla etkilediği, bu nedenler arasında değiştirilebilecek nedenlerin olup olmadığı bilinmemektedir. Hastaların cerrahi sürecinde elektrolit dengesi, aldığı çıkardığı sıvı dengesi gibi sıvı ve elektrolit alımına yönelik objektif izlemler yapılırken, besin alımının izlenmesi, hesaplanmasına yönelik rutin bir uygulama, standart bir protokol ya da evrensel bir modele de rastlanmamıştır.

Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde yeterli beslenmelerinin sağlanmasında; beslenme yönetimi, beslenme eğitimi, yeme bozukluklarının yönetimi, ağızdan beslenmeye yardım gibi konularda hemşirelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle cerrahi sonrası dönemde hastaların besin alımının izlenmesi, besin alımını etkileyen hasta ve hasta dışı faktörlerin belirlenmesine yönelik yapılacak bir çalışmanın, hastaların beslenme ihtiyacına yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve hastaların yeterli beslenmesinin sağlanmasında etkili olabileceği değerlendirilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda perioperatif dönemde besin tüketim miktarı ile besin tüketimi miktarının hastanın beslenme ile ilgili bazı göstergelerine etkisi ve besin tüketimini etkileyen durumların saptanmasıdır.

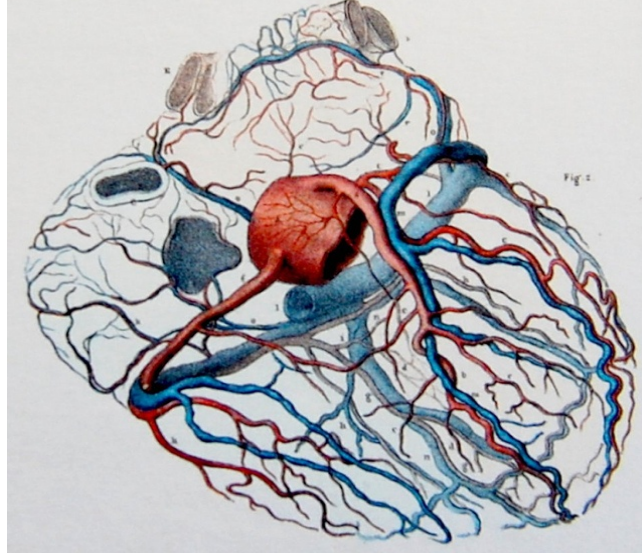
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kardiyovasküler Hastalıklar ve Tedavi Yöntemleri

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) kalp ve damarlarda bozukluklara sebep olan bir grup hastalıktan oluşur. Kardiyovasküler hastalıklar içinde yer alan kalp hastalıkları, doğuştan ve sonradan kazanılan hastalıklar olarak iki ayrı grupta değerlendirilmektedir. Doğuştan olan kalp hastalıkları siyonetik ve asiyonetik kalp defektleridir. Sonradan ortaya çıkan kalp hastalıkları ise Koroner Arter Hastalığı (KAH), İskemik Kalp Hastalığı (İKH), kalp yetmezliği, stabil ve stabil olmayan anjina pektoris, Miyokard İnfarktüsü (MI), aort kapak darlığı ve yetersizliği, mitral kapak darlığı ve yetersizliği, Triküspit kapak darlığı ve yetersizliği, miyokard hastalığı (miyokardit, kardiyomiyopatiler) ve perikard (perikardit, perikard efüzyonu) hastalıklarıdır. Bu hastalıklardan bazıları ilaç ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi edilebilirken, bir kısmında cerrahi müdahale gerekmektedir. Koroner arter hastalığında anjioplasti veya stent takılması ile damarların açılmadığı durumlarda; Koroner Arter Bypass Greft (KABG) cerrahisi uygulanırken, mitral ve aort kapaklarda olan fonksiyonel bozukluklar replasman veya onarım yapılan cerrahi girişimleri gerektirmektedir (23).

2.1.1. Kalp ve Koroner Arterler

Kalp doku ve organlar için yaşam kaynağı olan kanı vücuda pompalamaktan sorumlu kaslardan oluşmuş bir pompadır. Diğer kaslarda olduğu gibi kalp kasının da gerektiği gibi çalışabilmesi; kas hücrelerinin (miyozitlerin) beslenmesi ve oksijenlenmesine bağlıdır. Miyozitlerin beslenmesi ve oksijenlenmesinin sürdürülebilmesi ise kalp kasına olan kan akımına bağlıdır. Kalp kasının kasılma ve pompalama görevlerini yapabilmesi için gerekli olan kanı koroner arterlerden alır (24-26).



Şekil 2.1: Koroner damarlar

Kaynak: www. kalp. pinterest.com.Erişim:06.06.2015 (27).

Koroner arterler sağ ve sol koroner arterler olmak üzere iki önemli daldan oluşur. Sağ ve sol koroner arterler aort kökünden, aort kapağının hemen üstünden çıkar. Sol koroner arter sol aortik sinustan, sağ koroner arterler sağ aortik sinustan ayrılır. Sistol sırasında miyokard içine giren koroner damarlar yüksek ventrikül basıncı nedeniyle sıkışır ve koroner damarlara kan akışı durur. Kalbin yüzeyi boyunca giden damarlar bu durumdan etkilenmezler. Miyokardın kanlanması miyokard içine giren damarların düşük basınçta olduğu diastol esnasında olur. Koroner dolaşımın kendine has farmakolojik özellikleri vardır. Bunların başında adrenerjik uyarılmaya duyarlılık gelir. Norepinefrin kan basıncını arttırmak için vücudun kullandığı sempatik nörotransmitterdir. Norepinefrin vücuttaki damarların çoğunda vazokonstriksiyona neden olurken koroner dolaşımında norepinefrin vazodilatasyona neden olur. Koroner dolaşımdaki beta-adrenerjik reseptörlerin çokluğundan dolayı, Alfa reseptörlerinin agonistleri fenilefrin gibi, koroner dolaşımında çok az vazokonstriksiyona neden olur (Şekil 2.1) (28).

Kolleteral Dolaşım: Kolleteral damarlar farklı koroner arterler arasındaki bağlantı ağını sağlayan damarlardır. Arteriyel dallardaki tıkanıklığı by pass eder ve miyokardı iskemik olaylardan korur. Koroner arterdeki tıkanma büyüdükçe daralan koroner arter “kolleteral dolaşım” geliştirebilir. Kolleteral dolaşım, kan akımını etrafında yeniden yönlendiren yeni kan damarlarının oluşmasıdır. Fakat yüksek efor

veya stres zamanlarında bu yeni arterler kalp kasına yeterince kan sağlamayabilir (24-26).

2.1.2. Koroner Arter Hastalığı (KAH)

Koroner arterlerin iç duvarlarında kolesterol ve yağ birikintileri zaman içinde plak oluşturur. Bu plaklar damarın sertleşmesine ve fiziksel olarak tıkanmasına neden olur. Koroner arterlerin sertleşmesi ve tıkanması sonucunda kalp kasına olan kan akımın azaltabilir ve engelleyebilir. Kalp kasına yeterli kan akışı olmadığında kasılma ve pompalama fonksiyonlarını yapabilmek için ihtiyaç duyduğu besinlerden ve oksijenden yoksun kalır. Bu durum anjina adı verilen göğüs ağrısına neden olabilir. Kalp kasının bir bölümüne olan kan akımı kesilir veya enerji gereksinimi ulaşan kan miktarını aşarsa kalp kasında myokard enfarktüsü denilen hasar meydana gelebilir (24-26).

2.1.2.1. Koroner Arter Hastalığı Belirtileri

Koroner arter hastalığının en yaygın belirtisi anjin, diğer adıyla anjina pektoris göğüs ağrısı olarak tanımlanır. Göğüste rahatsızlık, ağırlık, baskı, darlık, yanma, uyuşma, doluluk veya sıkıştırmayla tarif edilir. Anjina genellikle göğüste rahatsızlık, ağırlık, baskı, darlık yanma, uyuşma, doluluk veya sıkıştırmayla tarif edilir. Anjina genellikle göğüste hissedilirken sol omuz, kollar, boyun, sırt veya çenede de hissedilebilir. Diğer belirtileri ise; nefes darlığı, kalp hızında artış, baş dönmesi, bulantı, aşırı halsizlik, terlemedir. KAH tedavi edilmediğinde miyokard enfarktüsü, iskemik kardiyomiyopati ve ani ölüm şeklinde ortaya çıkabilir (24-26).

2.1.2.2. Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri

Koroner arter hastalığı risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak iki grupta incelenmektedir.

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri: Koroner arter hastalığı riski erkeklerde daha yüksektir. Yetmiş yaş üzeri kadınlar ve erkekler eşit risk taşırlar. Koroner arter

hastalığı görülme riski 65 yaştan sonra artar. Koroner arter hastalığı riski ailesel yatkınlık ve ırklara göre de değişebilir (24-26).

Değiştirilebilir Risk Faktörleri: Sigara kullanmak ve sigara dumanına maruz kalmak, kan kolesterolü ve trigliseritlerin yüksek olması, yüksek tansiyon, kontrolsüz diyabet, fiziksel hareketsizlik, obezite (BKI 30 kg/m² den fazla olması), kontrolsüz sinir veya stress, kötü beslenme, fazla alkol tüketimidir (24-26).

2.1.2.3.Miyokard Enfarktüsü

Tamamen veya kısmen tıkanmış bir koroner arterdeki pıhtı oluşumu nedeniyle kalp kasına ulaşan kan uzun bir süre engellendiğinde oluşur. Kalp kasına kalıcı hasar verir. Belirtileri dinlenmek veya ilaçlarla giderilemez. Anjina bir iki dakikadan fazla sürer. Gidip gelen göğüs ağrısı veya rahatsızlığı, vücudun üst bölgesindeki bölümlerde ağrı veya rahatsızlık hissi, nefes almada güçlük, nefes darlığı, boğulma hissi, terleme, bulantı, kusma, hazımsızlık hissi, halsizlik, kaygı ve aritmidir. Tedavi edilmezse ani ölümle sonuçlanabilir (24-26).

2.1.2.4.Koroner Arter Hastalığının Tedavi Yöntemleri

İlaç, girişimsel ve cerrahi yöntemlere kalp kasına kan akımını arttırmak mümkün olmakla birlikte koroner arter hastalığını tamamen tedavi etmek mümkün değildir. Bu nedenle değiştirilebilir risk faktörleri azaltılmalıdır (24-26).

Perkütan Transluminal Koroner Anjioplasti (PTKA): Balon anjioplasti (PTKA), stent, ilaç salgılayan stent yerleştirilmesi, koroner arter hastalığının tedavisine yönelik yaygın girişimsel işlemlerdendir. Angiografi işlemlerinde olduğu gibi brakial veya femoral arterden damar içine girilerek açılması gereken damarın girişine uygun bir katater yerleştirilir. Bu kateterin içinden damardaki daralmaya ve tıkanmaya uygun bir kılavuz tel, damar boyunca iletilir. Uygun bir balon kılavuz tel üzerinden kaydırılarak darlığın olduğu yere kadar ilerletilerek balon şişirilip söndürülür. Balon geri çekilerek kontras madde verilerek açılma miktarı görülebilir. Yeterli açıklık sağlandıktan sonra işleme son verilir. Yeterli açıklık yoksa veya balonla açılan darlığın yeniden daralma veya tıkanma riskinin olması amacıyla stent

yerleştirilir. Ancak günümüzde tedavi amaçlı PTKA'nın yerini stent uygulama almıştır (24-26).

Transmiyokardiyal Lazer Revaskülarizasyonu (TMR): Bu uygulama kalbin angioplasti veya ameliyatla tedavi edilemeyen bölgelerine kan akımını arttırmayı amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Kalp kasında kalbe kan akımını arttıran küçük kanallar oluşturmak için özel bir karbondioksit lazeri kullanılmaktadır. TMR genellikle KABG cerrahisini tamamlayıcı bir işlem olarak kullanılmaktadır. Bağımsız bir işlem olarak uygulanması nadirdir (26).

Enhanced Eksternal Konturpulsasyon (EEKP): Güçlendirilmiş eksternal konturpulsasyon sürekli angin belirtileri gösteren standart tedavilerle başarılı sonuç alınamayan hastalar için kullanılır. EEKP tedavisi genelde günde 1 saat, haftada 5-6 gün ve toplam 35 saat olarak uygulanmaktadır. Hastanın alt bacak, üst bacak ve kalçalarına manşonlar bağlanır. Bu manşonlar kalp atımının belirli zamanlarında şişer ve sönerler. Şişme ve sönmeye zamanları sürekli olarak elektrokardiyogram (EKG) kullanılarak belirlenir. Kalp diastol fazındayken manşonlar 10 mili saniye aralıklarla şişer bu sayede kalbin beslenmesi için gerekli olan kan akımı sağlanır. Bu sayede kalbe venöz dönüş ve oksijenlenme artar. Kalp sistol fazındayken manşonlar aynı anda söner ve kalbin iş yükünü hafifletir. EEKP tedavisiyle endotel fonksiyonlarında iyileşme, nörohormonların seviyesinde düşme kolleteral dolaşımın artması sağlanır (26).

Koroner Arter Bypass Greftleme Cerrahisi (KABG): Kalbe yeterli kan akışını sağlamak için bir kan damarı grefti ile bir veya daha fazla tıkanmış koroner artere bypass yapılabilir. Bu greftler genellikle hastaların göğüs, kol veya bacağındaki kendi arter ve ven damarlarından alınmaktadır. Greft tıkanan arterin veya arterlerin etrafından dolaşarak kanın akması için yeni yollar oluşturur. KABG cerrahisi hasta için anjinal semptomları gidermekle kalmayıp özellikle seçilmiş hasta grubunda yaşam süresini de uzatmaktadır (25,26). KABG cerrahisinin geciktirilmesinin; mortalite, maliyet ve yaşam kalitesi gibi faktörleri olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur (26).

2.1.3. Kapak Hastalıkları

2.1.3.1. Kapak Replasmanı

Kapak replasmanı (takılması), darlık, yetersizlik ya da kombine patolojilerde, onarım cerrahisinin yapılamadığı durumlarda, kapağın eksize edilmesi (kesilerek çıkarılması) ve yerine bir protez kapak takılmasıdır. Tüm kapak replasmanları genel anestezi altında ve kalp akciğer makinası kullanılarak gerçekleştirilir. Çoğu işlem medyan sternotomi ile bazı mitral kapak replasmanları ise sağ torakotomi insizyonu ile yapılır (29).

2.1.3.2. Protez Kapak Çeşitleri

Mekanik ve doku kapakları olmak üzere iki çeşit kapak protezi kullanılmaktadır.

Mekanik Kapaklar: Toplu-kafesli ya da disk şeklinde olan çeşitleri vardır. Disk şeklinde olanlar akıma karşı rezistans oluşturmadığı için daha çok tercih edilir. Mekanik kapaklar doku kapaklara oranla daha dayanıklıdır ve bu nedenle genç hastalarda kullanılır. Böbrek yetersizliği olan, hiperkalsemili, endokarditli ya da sepsisli hastalarda da mekanik kapaklar doku kapakları kadar kolay bozulmaz. Mekanik kapaklarda tromboemboli önemli bir problemdir ve varfarin ile uzun süreli antikoagülan kullanımını gerektirir (30). Aktif olarak günümüzde mekanik protez kapak ameliyatlarında kullanılan kapak modeli aşağıda Şekil 2.2’de görülmektedir.



Şekil 2.2: Mekanik Protez Kapak Modeli

Doku ya da Biyolojik Kapaklar: Tromboemboli olasılığı daha düşük olduğundan uzun süreli antikoagülan kullanımına gerek yoktur. Biyolojik kapaklar mekanik kapaklar kadar dayanıklı değildir ve daha sık replasman gerektirir. Doku kapakları üç çeşittir. Bunlar xenogreft, homogreft ve otogreftlerdir. Xenogreft; çoğunlukla domuz ve sığırdan alınır. Dayanıklılıkları 7-10 yıl sürer. Trombüs oluşturmadıkları için uzun süreli antikoagülan kullanımını gerektirmezler. Uzun süreli antikoagülan kullanımının menstruasyon kanamasını artırma, plasenta ile fetüse geçme ve düşüğe neden olma gibi potansiyel komplikasyonları söz konusu olduğu için doğurgan çağıdaki kadınlarda biyoprotezler kullanılır (31).

Homogreftler: Kadavra dokularından elde edilir. Aortik kapak ve aortun bir kısmı ya da pulmoner kapak ve pulmoner arterin bir kısmı çıkarılarak uygun depolarda saklanır. Homogreftlerin elde edilmesi zor ve pahalı olup 10-15 yıl dayanma süreleri vardır. Aortik ve pulmoner kapak replasmanlarında kullanılırlar (31).

Otogreftler: Hastanın kendi pulmoner kapağı ve pulmoner arterinin bir kısmının aortik kapak olarak kullanılması için kesilmesidir. Doku hastanın kendisine ait olduğu için trombojenik değildir ve bu nedenle antikoagülan kullanımı gerekmez. Otogreftler çocuklarda, doğurgan çağıdaki kadınlarda, genç erişkinlerde, peptik ülser öyküsü olan hastalarda ve antikoagülan kullanımını kaldıramayacak olan hastalarda kullanılır. Aort otograft kapağı 20 yıldan fazla dayanabilir (31).

2.2. Beslenme ve Kalp Cerrahisi

2.2.1. Beslenme Yetersizliği

Literatürde beslenme yetersizliği tanımları, disiplinler ve kültürler arasında farklılık göstermektedir. Avrupa Klinik Beslenme Derneğinin (European Society for Clinical Nutrition (ESPEN) tanımına göre malnütrisyon enerji, protein ve diğer besin öğelerinin yetersiz veya aşırı alımı, dengesizliği sonucunda, doku/vücut yapısında ve fonksiyonlarında klinik sonuçları olan ölçülebilir olumsuz etkiler gösteren beslenme halidir. Ancak yaygın olarak yetersiz besin alımı ya da sindirilmiş besinleri kullanma ve absorbe etmede yetersizlik sonucu ortaya çıkan besin eksikliği

durumu olarak tanımlanmaktadır (5,32,33). Herhangi bir hastalığın olmadığı durumda besin alımındaki yetersizliklere bağlı olarak ortaya çıkan beslenme yetersizliği, birincil beslenme yetersizliği olarak değerlendirilirken, hastalık varlığında gelişen durum ikincil beslenme yetersizliği (hastalığa bağlı beslenme yetersizliği) olarak sınıflandırılmaktadır. Her iki beslenme yetersizliği çeşidi de besin alımının ihtiyaçları karşılamadığı durumda ortaya çıkmaktadır.

Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda beslenme yetersizliği oranları hastane tipine, hastanenin bulunduğu bölgeye ve araştırmanın yapıldığı popülasyona bağlı olarak %15- %60 arasında değişebilmektedir (32-35). Çalışmalarda beslenme yetersizliği olan hastaların beslenme yetersizliği olmayan hasta grubuna göre yüksek mortalite ve morbidite oranı daha uzun hastanede kalma süresi ve daha fazla ilaç kullanımı olduğu belirtilmiştir (5,32-35).

2.2.2. Hastane Kaynaklı Beslenme Yetersizliği (HKBY)

Hastane kaynaklı beslenme yetersizliğinin ortaya çıkışı genellikle çoklu nedenlerle ilişkilidir. Bu nedenler;

- ✓ Beslenme durumunun izlenmesi ve tanımlanmasının yetersiz oluşu,
- ✓ Hastalıkların besin alımı sindirimi ve emilimine etkisi,
- ✓ Hastaneye gelmeden önce hastanın beslenme yetersizliği riskinin olması,
- ✓ Hastanelerin rutin düzeni;
- ✓ Yemeklerin sunum şekli, saati,
- ✓ Uygulanan diyetler ile ilgili problemlerdir (33,36).

Bu problemler hastanede yatan hastalarda gözlenen HKBY prevalansının yüksek olmasının en önemli nedenleridir. Bu nedenlerin sistemik olarak değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması HKBY'nin tedavisi için gereklidir (33,36). Hastane kaynaklı beslenme yetersizliği sağlık alanındaki gelişmelere ve yapılan yeniliklere rağmen, günümüzde bir sağlık sorunu olarak önemini korumaktadır. Yara iyileşmesinde gecikme ve bozulma bağışıklık sisteminde baskılanma, bilişsel fonksiyonlarda gerileme ve genel olarak fonksiyonel kapasitelerde azalma gibi önemli klinik durumlara neden olmaktadır (5,32-35). Kalp cerrahisi uygulanan hastalarda yetersiz besin alımının HKBY'nin önemli bir nedeni olduğu bildirilmektedir (5,35).

2.2.3. Beslenme Yetersizliğinin Kardiyovasküler Sisteme Etkisi

Beslenme yetersizliği vücuttaki kas kütlelerinde ve kalp kası kütlelerinde azalmaya neden olmaktadır. Kardiyovasküler sistemde miyokardiyal atrofi, ödem, kısmi nekroz kardiyak debide azalma ile sonuçlanmaktadır (33,37). Kalp hacmindeki azalma vücut ağırlığı kaybı ile doğru orantılıdır. Kalp kası kaybı bradikardi, hipotansiyon ve kardiyak debi de azalma ile sonuçlanmaktadır (33,38). Beslenme yetersizliği ağır kalp yetmezliği olan bireylerde sık gözlenir. Sağ atriyum basıncının artması ve triküspit yetmezliği ile ilişkilidir (33,39). Ayrıca vücudun aşırı su ve tuz yükünü atabilme kapasitesinin azalması nedeniyle ekstraselüler sıvı hacminin normalin üzerine çıkması ve ödeme yol açar (33,38). Beslenme yetersizliği ve inflamasyon sağ kalımı doğrudan etkilemektedir (40).

2.2.4. Beslenme Yetersizliğinin Bağışıklık Sistemine ve Enfeksiyona Etkisi

Beslenme yetersizliği bağışıklık sistemini etkileyen, vücudun adapte olma, iyileşme ve hayatta kalma yeteneğini engelleyen çok sayıda olumsuz metabolik olaya neden olmaktadır (33,41). Beslenme yetersizliğinin derecesi cerrahi sonrası dönemdeki hem enfeksiyona bağlı hem de enfeksiyona bağlı olmayan komplikasyon riski ile ilişkilidir (33,39). İmmün sistemde açlık sırasında gözlenen asıl problem T lenfositler ve kompleman sistemidir. Timustaki lenfositlerin tükenmesiyle atrofi gerçekleşmektedir. Beslenme yetersizliği sonucu mitojen stimülasyonu ve gecikmiş aşırı duyarlılık reaksiyonları baskılanırken, fagositik hücre fonksiyonunun da engellendiği gözlenmiştir (11). Beslenme yetersizliği olan bireyler bakteriyel ve parazit nedenli enfeksiyonlara daha açıktır (33,37).

2.2.5. Beslenme Yetersizliğinin Solunum Fonksiyonlarına ve Mekanik Ventilasyona Etkisi

Beslenme yetersizliği sonucunda gerçekleşen %20'nin üzerinde besin kayıpları solunum kaslarının yapı ve fonksiyonlarını olumsuz etkiler. Bu durum diyaframın kas kütlelerinde, maksimum istemli ventilasyon ve solunum kas gücünde

azalmalara neden olur. Hipoksi ve hiperkapniye yanıt bozulur, solunum şeklinde farklılaşma, pulmoner parankimde morfolojik değişiklikler gözlenir. Bu tür hastalarda bronkopnömoni yaygın olup hipoventilasyon, etkin öksürememe ve bakteriyel istila nedeniyle bozulmuş direnç solunum yolları enfeksiyonlarının iyileşmesi gecikir (33, 37, 39). Bir kohort çalışmasında mekanik ventilasyona bağlı 475 hastadan beslenme yetersizliği olanlarda yeterli beslenenlere oranla sağ kalım yüzdesinin (%64) anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca yeterli beslenme ve fiziksel iyileşme arasında ilişki bulunmuştur (33,42).

2.2.6. Beslenme Yetersizliği ve Termoregülasyon

Açlık ve kilo kaybı hipotermiye neden olur. Ciddi oranlarda oluşan kilo kaybı termojenik yanıtı bozarken açlık ise vazokonstriksiyon yanıtını engeller. Vücut ısısında 1-2 derecelik düşüş özellikle yaşlı bireylerde bilişsel fonksiyonlarda ve koordinasyonda bozulmaya, konfüzyona neden olur (33,43).

2.2.7. Yaşlılık, Kardiyovasküler Hastalıklar ve Beslenme Yetersizliği

Yaşlanma; kalp, koroner arterler ve diğer vücut damarları olmak üzere tüm kardiyovasküler sistemi etkiler. Yaşlanma kardiyovasküler sistemin kaçınılmaz fizyolojik ve metabolik değişiklikleri ile paralel olarak morbidite ve mortalite artışını getirmektedir (33,44). Seksen yaş üzerindeki bireylerin %80'inin tanımlanabilir bir kardiyovasküler hastalığı bulunmakta, 65 yaş üstü bireylerin %40'undan fazlasında öne çıkan ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır (33,45). Yaşlı bireyler genç bireylerle karşılaştırıldığında yetersiz beslenmeye karşı daha savunmasız olup, yetersiz besin ögesi alma riskleri daha yüksektir (33,46). Bunun nedeni yaşlanma ile beslenme durumunu etkileyen pek çok psikolojik, tıbbi, sosyal değişikliklere ek olarak fiziksel fonksiyonlardaki azalmalardır (33,47). Bu değişiklikleri bilmek beslenme yetersizliğinin tanımlanmasında ve düzeltilmesinde önemlidir.

2.2.8. Cerrahi Öncesi Açlık Süresi

Cerrahi öncesi açlık, en önemli ameliyat hazırlıklarından biridir. Yüzyıldan daha fazla zamandır rutin olarak gece yarısından sonra besin alımı kesilmektedir (48-52). Bu uygulamanın gerekçesi olarak en yaygın endişe hastaların mide içeriğini aspire etme riskidir. Uzun süren açlık ve susuzluk hastalar için bir stres kaynağıdır. Açlık ve susuzluk hastalarda ağız kuruluğu, ağız kokusu, baş ağrısı, huzursuzluk, dehidratasyon, hipovolemi, hipoglisemi gibi sorunlara neden olabilir, ayrıca bulantı insidansı artabilir (53). Bu konuda yapılan çalışmalar; cerrahiden 2-4 saat öncesinde 150 ml' ye kadar berrak sıvıların alınmasının mide içeriğini ve PH' ı değiştirmedeğini göstermiştir (9,49,52). Amerikan Anestezistler Birliği (ASA) Rehberi ve Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneğinin (TARD) önerdiği cerrahi öncesi açlık süreleri Tablo 2.1 ve Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.1: Amerikan Anestezistler Birliğinin önerdiği cerrahi öncesi açlık süreleri

Sıvı ve besin alımı	En az açlık süresi (h)
Berrak sıvılar (Su, açık çay, berrak meyve suları vb)	2
Anne sütü	4
İnek sütü, yeni doğan mamaları	6
Hafif kahvaltı (Açık çay tost vb.)	6
Katı gıdalar (Yağlı gıdalar, Et, Tavuk vb)	8

*Bütün yaşlarda elektif cerrahi uygulanacak sağlıklı hastalar için geçerlidir (Acil cerrahiler, gastrointesinal cerrahiler, barsak hareketleri yavaşlamış kişiler ve hamile bayanlar hariçtir).
Kaynak: ASA Guideline (54).

Tablo 2.2: Türk Anestezi ve Reanimasyon Derneğinin önerdiği cerrahi öncesi açlık süreleri

Yaş	Bebek mamaları/Süt /Katı gıdalar (h)	Berrak sıvılar / Su (h)
<6	4	1
6-36	6	2
>36	8	3

Kaynak: TARD Guideline (55).

2.2.9. Kalp Cerrahisinde Erken Beslenmenin Önemi

Literatürde cerrahi sonrasında erken enteral beslenmeyi öneren kanıtlar mevcuttur (15-17). Sıvı elektrolit dengesinin kurulması ve malnütrisyona önlenmesi için kritik olgularda enerji gereksiniminin 25-30 kcal/kg olduğu bildirilmektedir. Yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabulde ilk 24 saat içinde sağlanan erken enteral beslenmenin; ölüm oranını önemli ölçüde azaltacağı da bildirilmiştir (15). Erken enteral beslenme yararlarına rağmen ciddi hemodinamik yetmezliği olan kritik hastalarda tartışmalı kabul edilir. Ekstrakorperal Membran Oksijenasyonu uygulanan (ECMO) yedi hasta ile yapılan bir olgu serisinde; enerji hedefi 25 kcal/kg kabul edilen ve ilk haftada enteral beslenmeye toleransın sağlandığı olgularda, enteral beslenmeye atfedilebilir hiçbir yan etki gözlenmediği, enteral beslenmenin ciddi hemodinamik yetmezliği olan, ECMO uygulanan hastalarda güvenli olduğu bildirilmiştir (18). Mekanik Ventilasyon (MV) ve vazopresör uygulanan 1174 hasta ile yapılan randomize kontrollü çalışmada; geç enteral beslenme grubuna göre erken enteral beslenen grupta; mortalite ve yoğun bakımda kalma süresi düşük bulunmuştur (14). Yedi merkezde 2312 hasta ile yapılan parenteral beslenme erken(ilk 48 saat) ve geç dönemde (8. Gün) başlanmasının karşılaştırıldığı çalışmada; parenteral beslenme geç başlanan grupta, YBÜ'de kalma süresinin ve MV'de kalma süresinin kısaldığı bildirilmiştir (56). Cerrahi sonrası ilk 24 saat içinde sağlanan erken enteral beslenmenin; ölüm oranını önemli ölçüde azaltacağı, hastaların postoperatif dönemde yeterli beslenmelerinin sağlanmasının da komplikasyonları azaltacağı bildirilmiştir (13).

2.2.10. Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Beslenme durumunun değerlendirilmesi; hastanede yatan hastalarda, besin tüketimi, klinik durum, biyokimyasal bulgular ve vücut kompozisyonu belirlenerek beslenme yetersizliğinin tanımlanması aşamasıdır. Otuz yılı aşkın süredir hastane kaynaklı beslenme yetersizliğinin bilinmesine rağmen en iyi değerlendirme yönteminin hangisi olduğuna dair tartışmalar devam etmektedir (33,57). Günümüzde beslenme durumunun değerlendirilmesinde kullanılan bir altın standart yoktur. Bu nedenle beslenme durumunun belirlenmesinde kullanılan çeşitli yöntemlerin;

beslenme yetersizliğinden, altta yatan hastalıktan ve diğer faktörlerden etkilenebileceği göz ardı edilmemelidir (33,58).

Hasta Hikâyesi: Hasta hikâyesi beslenme durumunun değerlendirilmesinin ilk adımıdır. Hastanın besinlere karşı isteksiz olması, iştah durumu ve erken doyumluk hissinin olup olmadığı, bulantı, kusma, ishal gibi gastrointestinal semptomların varlığı, yutma problemi zayıf diş yapısı, protez diş kullanımı, mevcut kronik veya akut hastalıklar ve bu hastalıkların besin alımına etkisi, kullanılan ilaçlar ve bu ilaçların besinlerle olan etkileşimi, genetik ve sosyo ekonomik durum sorgulanmalıdır (33,58,59).

Fiziksel Muayene: Beslenme yetersizliğini gösteren çok sayıda klinik belirti mevcuttur. Fiziksel muayene ile kas zayıflığı nedeniyle, yürüme, el sıkma gücü azalır, hareketlerde yavaşlama, iletişim güçlüğü, bileklerinde ve sakral bölgede ödem oluşur. Hepatomegali görülebilir. Vitamin ve eser element eksikliklerinde; deri ve saçta renk değişikliği, gece körlüğü, diş etlerinde kanama eklem ağrısına bağlı bulgular görülür (33,60).

Biyokimyasal Testler: Biyokimyasal testler beslenme durumunun belirlenmesinde kullanılan objektif yöntemlerdir. Beslenme durumunun değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan biyokimyasal testler (33,58,61);

- ✓ Statik protein durumunun değerlendirilmesi için kullanılan testler (3 metil histidin, 24 saatlik idrar kreatini, nitrojen dengesi),
- ✓ Dolaşımda protein durumunun değerlendirilmesi için kullanılan testler (albümin, prealbümin, transtiretin, C reaktif protein, retinol bağlayıcı protein)
- ✓ İmmunolojik testler (toplam lenfosit sayısı, gecikmiş deri aşırı duyarlılığı)
- ✓ Serum kolesterol seviyesi
- ✓ Hemoglobin
- ✓ Kan glikozu tayinidir.

Beslenme yetersizliğini tanımlamada sıklıkla kullanılan testlerdir (33,57,60). Albumin klinikte yaygın kullanılan bir parametredir. Serumdaki düzeyi karaciğer sentezini yansıtır (33,58). İnflamatuar hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar, kardiyak problemler, böbrek hastalıkları, yara, yanık ve peritonit gibi durumlar protein seviyesinin düşmesine neden olur (33,61). Akut hastalıklar sonrasında

albüminin normal seviyesine dönmesindeki gecikmeler protein ve enerji alımından etkilenebilmektedir (33,62). Kronik beslenme yetersizliği; albümin sentezini azaltmasına rağmen albümin seviyesinde yavaş bir düşmeye neden olur. Cerrahi uygulanan hastalarda ise albümin; daha hızlı düşer. Bu nedenle bazı kaynaklar albümin değerinin cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi risk ve hastalık şiddetini yansıttığını ifade ederken, beslenme yetersizliğinin önemli bir göstergesi olmadığını belirtirler (33,57,62,63). Serum albümin düzeyinin düşmesi yaşlı hastalarda mortaliteyi göstermektedir (33,61,64).

Antropometrik Yöntemler: Antropometrik yöntemler insan bedenine ait ölçümleri sistemli bir şekilde derleyerek, aralarındaki ilişkiyi saptayan yöntemlerdir. Bu yöntemler kronik beslenme yetersizliğinde tek başına kullanılabilir kullanılabilir yöntemlerdir (33,57,65).

Vücut Ağırlığı: Klinik olarak en sık kullanılan antropometrik ölçüm vücut ağırlığıdır (33,57,62,66). Ağırlık vücuttaki toplam yağ, kas, su ve kemik kütlelerinin toplamıdır. Vücut ağırlığının izlenmesi ve doğru tartılması önemlidir. Vücut ağırlığı beslenme değerlendirmesinin temel parçasıdır. Vücut ağırlığı ilaç dozlarını hesaplamak ve sıvı dengesini değerlendirmek için kullanılabilir (33,66). Ödem ve asit varlığı ve vücutta sıvı birikimini arttırması nedeniyle kas ve yağ kaybı fark edilemeyebilir, beslenme yetersizliğinin tanımlanması gecikebilir. Vücut ağırlığındaki kısa sürede olan değişiklikler sıvı dengesini yansıtırken, uzun dönemdeki değişiklikler gerçek doku kaybını yansıtmaktadır. Ancak vücut bileşimi hakkında bir bilgi vermez (33,62).

Beden Kitle İndeksi (BKI):Beden kitle indeksi; ağırlığın boyun metre karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Ağırlık kg/ Boy m²). Beden kitle indeksi beslenmenin değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılmaktadır (33,58,67). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı BKİ sınıflandırmasında <16 kg/m² ağır beslenme yetersizliğini, 16,00-16,9 kg/m² orta düzey beslenme yetersizliğini, 17,0- 18,5 kg/m² hafif beslenme yetersizliğini, 18,5- 24,9 kg/m² arası normal kilolu, 25-29,9 kg/m² hafif kilolu, 30-34,9 kg/m² birinci derecede şişman, 35-39,9 kg/m² ikinci derecede şişman, ≥ 40 kg/m² üçüncü derece şişman olarak kabul edilmektedir (33,68).

Vücut Kompozisyonu: Antropometrik ölçümler vücut kompozisyonun belirlenmesinde vücuttaki yağ kütlesi ve yağsız doku kütlelerini tahmin etmek

amacıyla kullanılabilirler. Deri kıvrım kalınlıkları kullanılarak subkutan yağ dokusu aracılığıyla toplam vücut yağı tahmin edilmeye çalışılır. Triseps, biceps, subskapular, suprailiak ve midaksillar, deri kıvrım kalınlıkları kaliper yardımıyla ölçülerek vücut yağı hesaplanır. En az üç bölgeden ölçüm yapması önerilmektedir. Üst orta kol çevresini ölçümü ile yağsız doku kütlesi hesaplanabilmektedir (33,62). Üst orta kol çevresinin düşük olması mortalite ve morbiditeyi artırır (33,63).

2.3. Beslenme ve Hemşirelik

2.3.1. Kuramsal Yaklaşım

Hemşirelik; bireyin, fiziksel, psikolojik, sosyolojik, kültürel ve ruhsal yönleri ile ilgilenen bir sağlık bilim ve sanatıdır (33,69). Modern hemşireliğin başlangıcından bu güne kadar hemşireler amaç, görev ve rolleri üzerinde durmuş, düşünmüş, tartışmış bir sonuca ulaşmaya çalışmışlardır. Hemşire kuramcılar verilen bakım hizmetlerinin etkin sonuçlarını görebilmek ve profesyonel hemşirelik bakımı ile uygulama arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için bazı kuramlar oluşturmuşlardır (33,69,70).

Virginia Avenel Henderson'a göre hemşirenin tek ve önemli işlevi hastaya yardım etmektir. Henderson'a göre "*Yeterli beslenme*" on dört temel insan gereksiniminden biridir. Faye Glenn Abdellah'a göre "*Vücudun tüm hücrelerinin beslenmesinin sağlanması*" 21 hemşirelik sorunu arasında yer almaktadır. Sister Calistra Roy; "*Beslenmede dengesizlik, obezite ve malnütrisyonu*" fizyolojik uyum sorunları olarak tanımlamıştır. Nancy Roper, Winfred Logan ve Allison J Tierney; günlük yaşam aktivitelerini on iki aktivite altında toplamıştır. Yaşamın sürdürülebilmesinde son derece önemli olan bu aktiviteler arasında "*Yeterli besin ve sıvı alımı*" da yer almaktadır. Marjory Gordon; "*Beslenme ve metabolik durumu*" 11 fonksiyonel sağlık örüntüsünden biri olarak açıklar. Dorothy E. Johnson davranışsal sistem içinde bir biri ile ilişkili yedi alt sistem tanımlamıştır. "*Beslenme ve boşaltım*" bu alt sistemlerden biridir. Görüldüğü gibi hastaların besin alımı ve sağlıklı beslenmesi ile ilgili konular çok sayıda hemşire kuramcının ilgilendiği ve bakım modelleri içinde önemli yer tutan bir konudur (69,70).

2.3.2. Hemşirelerin Beslenme Konusunda Görev Yetki ve Sorumluluklar

Hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları; 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 7'nci maddesine eklemeye yapılan ve 27910 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan; 19 Nisan 2011 hemşirelik yönetmeliğinde tanımlanmıştır (71). Yönetmeliğe göre hemşirelerin bakım verdikleri hastaların beslenmesi ile ilgili görev yetki ve sorumlulukları Tablo 2.3'de verilmiştir.

Tablo 2.3: Hemşirelerin beslenme konusunda görev yetki ve sorumlulukları

Hemşirelik Girişimi	Hemşirelik Kararı ile uygulanır	Hekim kararı ile uygulanır	Hekim ile birlikte yapar
Ağızdan beslenmeye yardım	X		
Beslenme yönetimi (Danışmanlık ve tedavi uygulama, izleme)	X	X	
Kilo ölçümü	X		
Kilo yönetimi (Almaya ve Vermeye yardım)	X	X	
Önerilen diyetle ilgili eğitim	X		
Sağlıklı beslenme eğitimi	X		
Yeme bozuklukları yönetimi	X	X	
Enteral tüple beslenme (NGT, OGT veya gastrostomi)		X	
Gastrostomi yapılmasına katılım			X
Parenteral beslenme		X	
Hastanın aldığı çıkardığı sıvı izlemi	X	X	
Elektrolit dengesizliğini düzeltici girişimler	X	X	
Asit baz dengesizliğini düzeltici girişimler	X	X	
Laboratuvar bulgularında normalden sapmaların belirlenmesi ve yorumlanması	X		
Hiperглиsemi yönetimi(önleme, izleme, düzeltme)	X	X	
Hipoglisemi yönetimi (önleme, izleme, düzeltme)	X	X	
Bulantı ve kusması olan hastanın bakımı	X		
Konstipasyonu olan hastanın bakımı	X		
Gaz problemi olan hastanın bakımı	X		
Diyareli hastanın bakımı	X		
Dışkı ve idrar kaçıran hastanın bakımı	X		

Kaynak: http://saglikksen.org.tr/files/hemsire_yonemligi.pdf.Erişim.08.06.2015 (71)

Tablo 2.3’de görüldüğü gibi hemşirelerin; hastaların beslenme sıvı alımı, elektrolit ve asit baz dengesizliğinin düzenlenmesi, glisemi kontrolü ve beslenmeye bağlı gastrointestinal semptomların izlenmesi ve bakımı konularında hemşirelik yönetmeliğinde önemli yetki ve sorumlulukları olduğu görülmektedir. Kalp cerrahisi gibi büyük cerrahilerde hastanın beslenmesinin mortalite ve morbidite üzerindeki etkilerinden de bu bölümde bahsedilmiştir. Kalp cerrahisi uygulanan hastaların beslenmeye bağlı problemlerinin azaltılmasında hastanın beslenme durumunun uygun hemşirelik girişimleri ile takip edilmesi gerekmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Sorusu

Bu araştırmada aşağıdaki soruların yanıtları aranmıştır:

- ✓ Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda perioperatif dönemde besin tüketimi nasıldır?
- ✓ Besin tüketimini etkileyen durumlar nelerdir?
- ✓ Besin tüketimini engelleyen durumlar nelerdir?
- ✓ Hemşireler bu durumlardan hangilerini değiştirebilir? Sorularının yanıtları arandı.

3.2. Araştırmanın Tipi ve Zamanı

Araştırma 4 Şubat- 4 Mayıs 2015 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Kalp Damar Cerrahisi AD'nda yapılmış tek merkezli tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) ve Hasan Kalyoncu Üniversitesi (HKU) yerel etik kurulundan izin alındı. Her iki etik kurul tarafından araştırmanın amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere uygun olduğuna karar verilmiştir. GATA etik kurul karar no:506874691491-115.15/1648-4-240. HKU etik kurul karar no:2015-003.

Hastalar araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı konusunda bilgilendirildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarına dair yazılı onamları alındı. Araştırma kapsamında hastalardan alınan bilgiler gizli tutuldu ve hiçbir şekilde isim belirterek açıklanmadı. Bu bilgiler farklı bir araştırma ve uygulamada kullanılmadı. Araştırmaya katılmaları için hastalardan herhangi bir ücret istenmedi ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ek bir ücret ödenmedi. Araştırmaya katılmak gönüllülük esası ile yapıldı, araştırmaya katılmayı kabul

ettikten sonra hastalara vaz geçme hakkı tanındı. Araştırma nedeniyle hastalardan kan alınmadı, herhangi bir invaziv ya da noninvaziv girişim yapılmadı. Albümin ve hemoglobin değerleri; hastalara klinik protokolü gereği yapılan rutin tetkiklerinden alındı. Araştırma için ek bir maliyet gerekmedi.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 4 Şubat- 4 Mayıs tarihleri arasında GATA kalp damar cerrahisi kliniğinde açık kalp cerrahisi uygulanan 174 hasta, örneklemi örneklem ölçütlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 86 gönüllü hasta oluşturdu.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Ölçütleri

- ✓ 18 yaş ve üzerinde olan,
 - ✓ İlk kez açık kalp cerrahisi uygulanan,
 - ✓ Ameliyat öncesi son bir yıl içerisinde beslenme bozukluğu nedeniyle tedavi edilmeyen,
 - ✓ Oral-enteral yolla beslenen,
 - ✓ Psikiyatrik bir hastalık tanısı olmayan ve bu nedenle ilaç tedavisi olmayan,
 - ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- Hastalar araştırmaya dâhil edildi.
- ✓ Ameliyattan sürecinde beslenme durumunu etkileyebilecek ciddi komplikasyon gelişen,
 - ✓ Ameliyat sonrasında ekstübasyon sonrası oral-enteral beslenmeye geçmesine engel olan herhangi bir durum gelişen,
 - ✓ Ameliyat sonrası bilinç seviyesi araştırmaya katılmaya engel olan (Glasgow Koma skoru < 15),
 - ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olduktan sonra araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak isteyen
- Hastalara ait veriler araştırmaya dâhil edilmedi.

3.6. Veri Toplama Gereci

Veri toplama formu araştırmacı tarafından kaynak incelemeleri (4,5,6,12,15,16,17). Sonucunda araştırmanın amacına uygun olarak oluşturulmuştur. İki bölümden oluşmaktadır.

Veri Toplama Formu 1. Bölüm: Veri toplama formunun birinci bölümünde; hastaların doğum tarihi, cinsiyeti, çalışma durumu, refakatçi bulunma durumu, kronik hastalık bulunma durumu, sürekli ilaç kullanımı, ameliyat ismi, yaşadığı yer, yöre, beslenme tipi, Euroscore risk puanı, protez diş kullanımı, yoğun bakımda kalma süresi, hastanede kalma süresi, cerrahi öncesi son 24 saatteki besin alımı ve saatlerini belirlemeye yönelik sorular oluşturdu. Formun 1. Bölümündeki sorular hastalardan ve hasta dosyalarından elde edilen bilgilerle araştırmacı tarafından dolduruldu.

Veri Toplama Formu 2. Bölüm: Veri toplama formunun ikinci bölümünde yer alan veriler cerrahi sonrası birinci (hastanın cerrahisinin yapıldığı gün sıfırncı gün, ertesı gün birinci gün olmak üzere gün aşırı kabul edilmiştir) üçüncü ve beşinci günlerde akşam saatlerinde toplanmıştır. İkinci bölüm Beden Kitle İndeksi (BKI), albümin, hemoglobın değerleri ile hastaların besin alma durumu ile yemek yemelerini etkileyebilecek durumları belirlemeye yönelik ifadelerden oluşmaktadır.

Besin Alma Durumunun Belirlenmesi: Çalışmada hastalara klinik tarafından verilen kahvaltı, sabah ara öğünü, öğlen yemeği, ikindi ara öğünü ve akşam yemeğinin her birinin yaklaşık olarak ne kadarını tükettiklerini yüzde olarak işaretlemeleri istenmiştir. Örneğin sabah kahvaltısının yarısını yemişse %50 olarak, dörtte birini yemişse %25 olarak işaretlemesi yönünde hastalara açıklama yapılmıştır. Her öğünün sonunda hastaların belirttikleri yüzde oranları günlük olarak toplanmış, aynı gün hastaya verilen öğün sayısına bölünerek o günlük besin alma oranı hesaplanmıştır.

Hastaların Yemek Yemelerini Etkileyen Durumların Belirlenmesi: Literatür (4,5,12,15,16,17) incelemeleri ve araştırmacıların klinik gözlemlerine dayanılarak hastaların kendilerine verilen yemeği yeme ya da yememelerinde etkisi olabileceği düşünölen toplam 25 ifade oluşturuldu. Hastalardan her bir ifadeyi “Çok etkiledi”, “Biraz etkiledi” ve “Hiç etkilemedi” şeklinde Likert tipinde hazırlanan soru formuna

işaretlemeleri istendi. Bu form hastalara cerrahi öncesi, cerrahi sonrası birinci, üçüncü ve beşinci günlerde olmak üzere toplam dört kez soruldu. Veri toplama formunun ikinci bölümünde yer alan diğer veriler cerrahiden bir gün önce, cerrahiden bir gün sonra, üç gün sonra ve beş gün sonra hasta dosyasından ve hastalarla yüz yüze görüşme yöntemiyle alınan bilgilerle dolduruldu.

3.7. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri

GATA Kalp Damar Cerrahisi Kliniği: Kalp Damar Cerrahisi Kliniği; preoperatif bölüm, yoğun bakım ünitesi ve postoperatif bölüm olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Preoperatif ve postoperatif bölümde 16 hasta yatağı, yoğun bakım ünitesinde ise 12 hasta yatağı bulunmaktadır. Preoperatif bölümde 6, postoperatif bölümde 12, yoğun bakım ünitesinde 24 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler preoperatif ve postoperatif bölümde iş merkezli yoğun bakım ünitesinde ise hasta merkezli çalışmaktadır. Klinikte hastaların beslenmesi ve diyetleri ile ilgilenen bir diyetisyen bulunmaktadır. Yemekler tüm hastalar için tuzsuz olarak hazırlanmakta, sunumu köpük tabakta plastik kaşık ve çatallarla yapılmaktadır. Sabah kahvaltısı saat 06.00'da, birinci ara öğün saat 10.00'da, öğlen yemeği saat 12.00'de ikinci ara öğün öğleden sonra saat 15.00'de, akşam yemeği ise saat 18.00'da verilmektedir.

Preoperatif Bölüm: Hastalar cerrahiden en az bir, en fazla yedi gün önce kliniğin preoperatif bölümüne yatırılmaktadır. Bu süreçte hastanın konsültasyonları, biyokimyasal testleri, aydınlatılmış onam, cilt hazırlığı ve cerrahi için gerekli olan diğer hazırlıkları yapılmaktadır. Cerrahi öncesinde yapılması gereken testlerden anjio, transözofagial eko kardiyografi ve biyokimyasal testler belirli bir süre açlık gerektirmektedir. Bu testlerin yapılacağı günün bir gece öncesinden hastalar aç bırakılmakta, test yapılana kadar bu açlık sürmektedir. Cerrahiden bir gün önce sabah kahvaltısı ve öğlen yemeğinin tamamı, akşam yemeğinde ise çorba, yoğurt, komposto gibi sıvı besin almasına izin verilmekte gece saat 24'den sonra sıvı alımı da durdurulmaktadır.

Yoğun Bakım Ünitesi: Cerrahi sonrasında hastalar yoğun bakım ünitesinde kalma süresi klinik durumuna göre değişebilmekle birlikte, ortalama bir ila üç gün arasında değişmektedir. Klinik protokolü gereği yoğun bakımda iken cerrahi günü

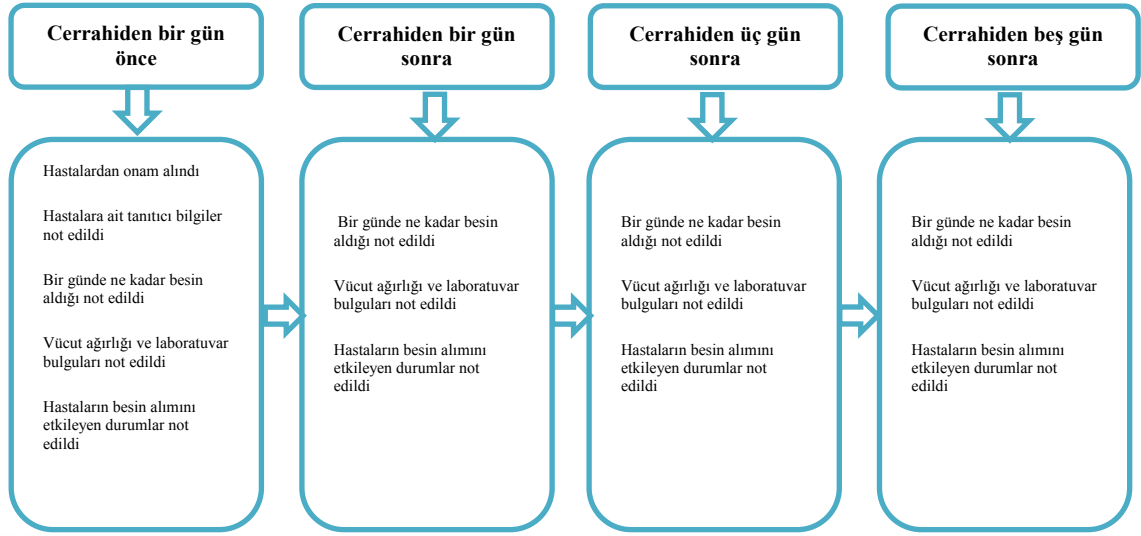
hastaya enteral ve parenteral herhangi bir besin verilmemektedir. Cerrahi günü (sıfırıncı gün) hastalar ekstübe edildikten, öğürme ve yutkunma refleksi kontrol edildikten sonra bir miktar oral yolla su verilmekte, ilk besin cerrahiden bir gün sonra sabah kahvaltısı verilerek başlanmaktadır. Yoğun bakım ünitesinde iken ekstübe edilseler ve yutkunma ve öğürme refleksi gelse bile hastalara göğüs tüpleri çekilene kadar katı besin verilmemektedir.

Postoperatif Bölüm: Yoğun bakım ünitesinden sonra hastalar postoperatif bölümde izlenmektedir. Hastaların postoperatif bölümde kalma süresi klinik durumuna göre değişebilmekle birlikte ortalama beş ila yedi gün arasında olmaktadır. Postoperatif bölümde hastaların besin almasını engelleyen bir durum yoksa normal besin almalarına izin verilmektedir.

3.8. Araştırmanın Uygulanması:

Araştırmanın uygulanma aşamaları Şekil 3.1’de gösterilmiştir.

- ✓ Cerrahiden bir gün önce araştırmanın amacı ve nasıl uygulanacağı konusunda hastalar bilgilendirildi, hastaların araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları durumunda aydınlatılmış onam formu imzalatıldı.
- ✓ Cerrahiden bir gün önce veri toplama formunun tanıtıcı bilgiler bölümü, hastaların öğünlere göre besin alma durumları, boy, vücut ağırlığı, albümin, hemoglobin, kan şekeri ve besin almasını etkileyen durumlar not edildi.
- ✓ Cerrahiden bir gün, üç gün ve beş gün sonra hastaların vücut ağırlığı, albümin, hemoglobin, kan şekeri ve besin almasını etkileyen durumlar not edildi (Şekil 3.1).
- ✓ Veriler toplandıktan sonra gerekli istatistikler yapıldı. Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemde besin alımı durumları ve bunları etkileyebilecek faktörlere ilişkin prevalans değerlerinin hesaplanması ve bu değerlerin hastanın diğer değişkenleri ile olan ilişkisinin belirlenmesine yönelik istatistik değerlendirmeler yapıldı.
- ✓ İstatistikler sonucunda araştırma raporu hazırlandı.



Şekil 3.1: Araştırmanın uygulanması

3.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15,0 Windows paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı (n) ve yüzde değeri (%), sayısal değerlerin gösteriminde ortalama±standart sapma değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait karşılaştırmalarda önceki ve sonraki ölçüm ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde Paired Samples t test, kesikli değişkenlere ait karşılaştırmalarda Pearson Chi Square ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Beslenme durumu ile hastaların tanıtıcı özelliklerinden oluşan kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemede veriler normal dağılıma uymadığından Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

4. BULGULAR

Bulgular bölümünde açık kalp cerrahisi uygulanan hastaların perioperatif dönemde besin alma durumları ve besin alımını etkileyen durumların belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaya ilişkin bulgular yer almaktadır. Bulgular bölümü aşağıdaki üç başlık altında incelenmiştir.

- ✓ Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- ✓ Hastaların besin alma durumları ve besin almalarını etkileyen durumlara ilişkin bulgular
- ✓ Hastaların besin alma durumu ile vücut ağırlığı, BKİ, albümin, hemoglobin, açlık kan şekerinin karşılaştırılması ve hastaların besin alma durumu ile bulantı, kusma, kabızlık gibi semptomların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Bölüm I Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde hastaların tanıtıcı özelliklerine ve bu özelliklere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Hastaların tanıtıcı özellikleri (N=86)

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş(Yıl) (Ortalama±standart sapma=61,25±10,77ortanca=62,00 En küçük-en büyük=38-82)		
≤ 65yıl	52	60,5
>66yıl	34	39,5
Cinsiyet		
Kadın	24	27,9
Erkek	62	72,1
Eğitim Durumu		
İlköğretim	26	30,2
Lise	35	40,7
Lisans ve üstü	25	29,1
Yaşadığı Yer		
Köy	13	15,1
Şehir	27	31,4
Büyükşehir	46	53,5
Çalışma Durumu		
Aktif Çalışan	47	54,7
Emekli	14	16,3
Ev hanımı	17	19,8
Çalışmıyor	8	9,3
Beslenme Tercihi		
Normal	84	97,7
Vejeteryan	2	2,3
Protez Diş Kullanımı		
Var	31	36
Yok	55	64
Refakatçi Durumu		
Var	79	91,9
Yok	7	8,1
Kronik Hastalık		
Var	34	39,5
Yok	52	60,5
Kronik hastalıkların dağılımı*		
Hipertansiyon	11	12,8
Böbrek yetmezliği	3	3,5
Diyabet	18	20,9
Akciğer hastalığı /KOAİ	2	2,3
Sürekli Kullandığı İlaç		
Var	64	74,4
Yok	22	25,6
Cerrahinin Türü		
KABG**	64	74,4
Kapak Cerrahisi	19	22,1
KABG+Kapak Cerrahisi***	3	3,5
EUROSCORE Risk Puanı (Ortalama±standart sapma=4,61±4,00 En az-en fazla =1-9)		
Orta riskli	72	83,7
Yüksek riskli	14	16,3

* Kronik hastalığı olan 34 hastanın kronik hastalıklarının dağılımı. Yüzdeler 86 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

** Koroner Arter Bypass Greft

*** Koroner Arter Bypass Greft +Kapak Cerrahisi

Tablo 4.1’de hastalara ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, beslenme tercihi, protez diş kullanımı, refakatçi durumu, kronik hastalık, sürekli kullandığı ilaç, cerrahinin türü, Euroscore risk puanına ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre hastaların yaş ortalaması 61,25±10,77 yıl olup en genci 38, en yaşlısı 82 yaşında, %60,5’i 65 yaştan küçük, %72,1’i erkek, %40,7’si lise mezunu, %53,5’i büyük şehirde yaşamakta, %54,7’si aktif çalışmakta, %97,7’si nin beslenme tercihi normal olup, %64’ü protez diş kullanmamakta, %91,9’unun refakatçisi bulunmaktadır. Hastaların %60,5’inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmamakta %74,4’ü sürekli bir ilaç kullanmaktadır. Hastaların %74,4’üne koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanmış olup %83,7’si Euroscore puanına göre %83,7’si orta risklidir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Hastaların cerrahi, entübasyon, yoğun bakımda kalma, hastanede kalma süreleri (N=86)*

	n	%
Cerrahi Süresi (Dakika)		
(Ortalama±standart sapma=183,19±27,3 En az-En fazla=140-300)		
≤180 Dakika	61	70,9
>181 Dakika	25	29,1
Entübasyon Süresi (Saat)		
(Ortalama±standart sapma=7,56±1,77 En az-En fazla=5-14)		
≤7 saat	44	51,2
>8 saat	42	48,8
Yoğun Bakımda Kalma Süresi (Saat)		
(Ortalama±standart sapma=19,86±2,69 En az-En fazla=14-30)		
≤19 saat	43	50
>20 saat	43	50
Hastanede Kalma Süresi (Gün)		
(Ortalama±standart sapma=7,62±1,33 En az-En fazla=6-14)		
≤7 gün	48	55,8
>8 gün	38	44,2

* Süre kestirim noktalarının belirlenmesinde literatür bulgularından yararlanılmıştır (42,72,73,74). Her bir değişkende yer alan sürelerde komplikasyon oranını arttıran süreler baz alınmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların ortalama ameliyat süresi 183,19±27,3 dakika, entübasyon süresi 7,56±1,77 saat, yoğun bakımda kalma süresi 19,86±2,69 saat, hastanede kalma süresi 7,62 ±1,33 gündür (Tablo 4.2).

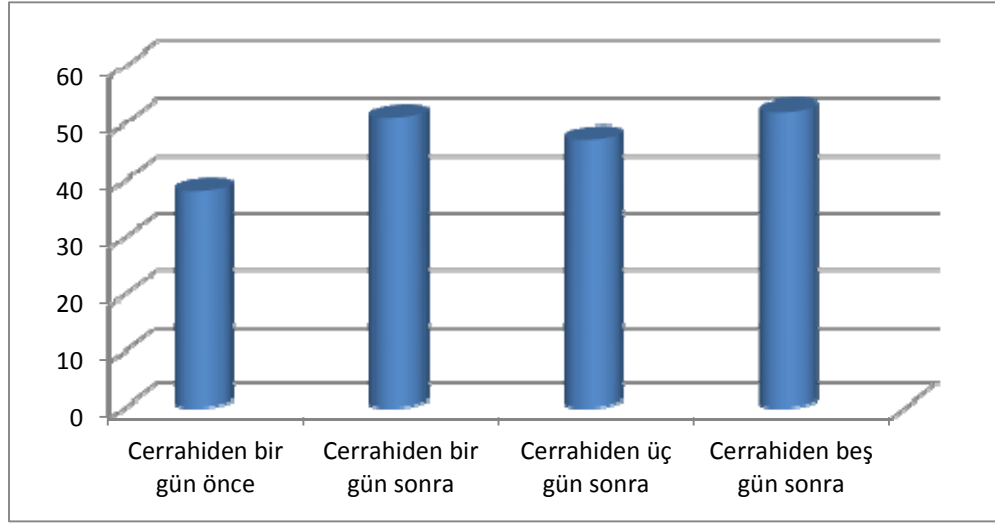
4.2. Bölüm II Hastaların Besin Alma Durumları ve Besin Almalarını Etkileyen Durumlara İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların cerrahiden bir gün önce, cerrahiden bir, üç ve beş gün sonra besin tüketim miktarları ve besin tüketimini etkileyen, hastalığa, hastaya, sağlık profesyonellerine ve yemeğin sunumundan kaynaklanan nedenlere ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.3: Hastaların besin alma durumlarının günlere göre dağılımı (N=86)

Bir günde bütün yemeğin bitirilme oranları	Cerrahiden bir gün önce	Cerrahiden bir gün sonra	Cerrahiden üç gün sonra	Cerrahiden beş gün sonra
	(Ortalama=%38 En az-En fazla=%20-%50)	(Ortalama=%51 En az-En fazla=%25-%75)	(Ortalama=%47 En az-En fazla=%20-%75)	(Ortalama=%52 En az-En fazla=%20-%75)
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
%0-25	4(4,7)	9(10,5)	2(2,4)	4(4,7)
%26-50	82(95,3)	25(29,1)	53(62)	31(36)
%51-75	0(0)	52(60,4)	31(35,6)	51(59,3)
%76-100	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

Tablo 4.3'te hastaların bir günde bütün yemeğin bitirilme oranlarının dağılımı verilmiştir. Buna göre bütün yemeğin bitirilme ortalaması cerrahiden bir gün önce %38, cerrahiden bir gün sonra %51, cerrahiden üç gün sonra %47, cerrahiden beş gün sonra %52'dir. Hastaların günlük yemeklerini tüketme oranları incelendiğinde; cerrahiden bir gün önce; hastaların %95,3'ünün bir günlük besininin %26-50' sini tükettiği, cerrahiden bir gün sonra %60,4'ünün bir günlük besininin %51-75' ini tükettiği, cerrahiden üç gün sonra %62 sinin bir günlük besininin %26-50'sini tükettiği, cerrahiden beş gün sonra %59'3 ünün bir günlük besininin %51-75'ini tükettiği belirlenmiştir.



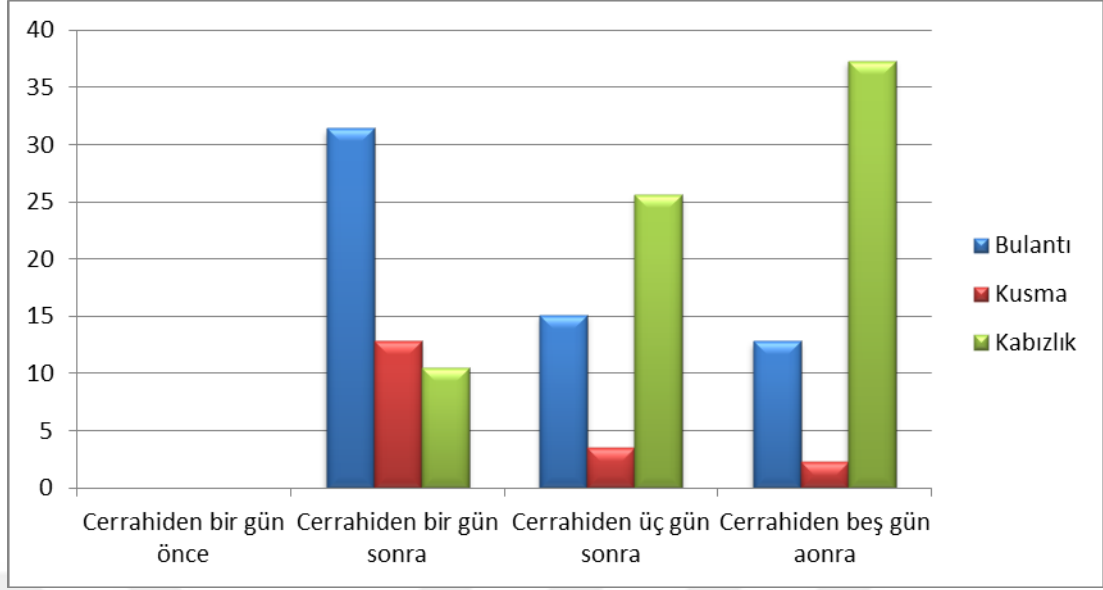
Grafik 4.1: Bir günde bütün yemeğin bitirilme ortalamaları

Grafik 4.1’de bir günde bütün yemeğin bitirilme ortalamaları verilmiştir. Cerrahiden bir gün önce %38, cerrahiden bir gün sonra %51, cerrahiden üç gün sonra %47, cerrahiden beş gün sonra %52’dir.

Tablo 4.4: Hastalarda görülen gastrointestinal semptomların günlere göre dağılımı (N=86)

Günler	Cerrahiden bir gün önce n(%)	Cerrahiden bir gün sonra n(%)	Cerrahiden üç gün sonra n(%)	Cerrahiden beş gün sonra n(%)
Bulantı	-	27(31,4)	13(15,1)	11(12,8)
Kusma	-	11(12,8)	3(3,5)	2(2,3)
Kabızlık	-	9(10,5)	22(25,6)	29(33,7)
Diyare	-	-	2(2,3)	-

Hastalarda gastrointestinal semptomların günlere göre dağılımı incelendiğinde; cerrahi öncesinde hastaların hiçbirinde gastrointestinal semptom belirlenmemiş olup, cerrahi sonrası birinci günde en sık görülen semptom bulantıdır (%31,4). Cerrahiden üç ve beş gün sonra en sık görülen semptom ise kabızlıktır (sırasıyla %25,6,37,3) (Tablo 4.4).



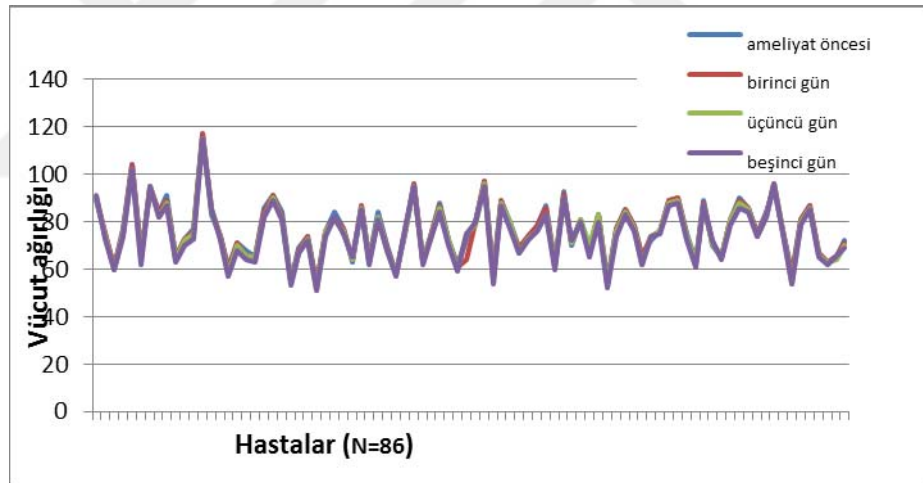
Grafik 4.2:Cerrahiden bir, üç, beş gün sonra gastrointestinal semptomların dağılımı

Grafik 4.2’de cerrahi sonrası birinci, üçüncü ve beşinci günlerde görülen gastro intestinal sistem komplikasyonların dağılımı verilmiştir. Grafiğe göre cerrahi sonrası birinci, üçüncü ve beşinci günlerde bulantı ve kusmanın gün geçtikçe azaldığı, kabızlığın ise günler ilerledikçe arttığı görülmektedir.

Tablo 4.5: Hastaların Ağırlık, BKI, Albümin, Hemoglobin, Açlık Kan Şekeri Değerlerinin günlere göre dağılımı (N=86)

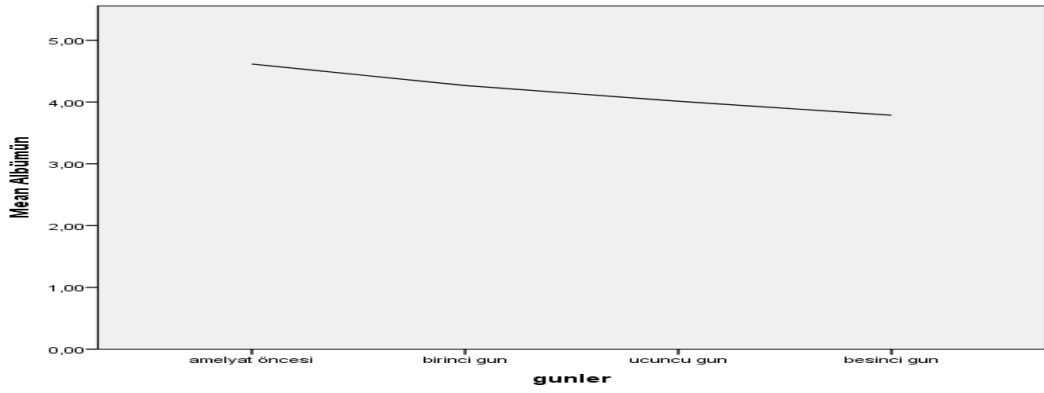
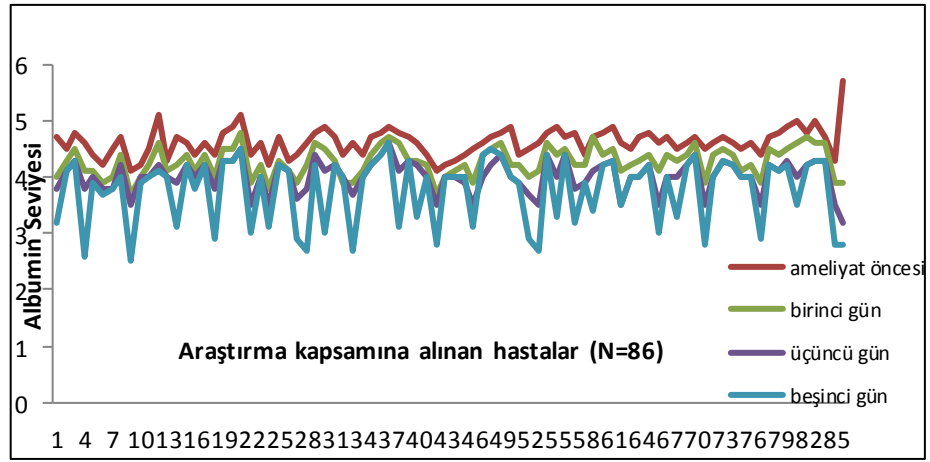
Günler	Cerrahiden bir gün önce Ort±SS.	Cerrahiden bir gün sonra Ort±SS.	Cerrahiden üç gün sonra Ort±SS.	Cerrahiden beş gün sonra Ort±SS.
Ağırlık(kg)	76,44±11,97	76,09±12,13	75,39±12,02	74,60±12,19
En az	54	53	51	51
En çok	117	117	115	115
BKI(kg/m²)	27,74±4,88	27,61±4,90	27,35±4,85	27,06±4,89
En az	18,90	18,90	18,61	18,31
En çok	42,67	42,67	42,22	42,22
Albümin(g/dl)	4,61±0,22	4,26±0,25	4,01±0,27	3,78±0,58
En az	4,10	3,70	3,50	2,50
En çok	5,10	4,80	4,60	4,60
Hemoglobin(g/dl)	13,84±0,77	9,49±1,59	9,10±1,30	9,70±1,28
En az	12,70	7,30	7,20	7,30
En çok	16,00	14,10	13,30	12,30
Açlık Kan Şekeri (mg/dl)	106,84±22,74	164,97±30,82	159,58±26,10	105,39±25,22
En az	78	127	125	78
En çok	180	280	249	198

Tablo 4.5'te hastaların vücut ağırlığı, BKİ, Albümin, hemoglobün ve açlık kan şekeri değerinin günlere göre dağılımı yer almaktadır. Tablo 4.3'e göre hastaların vücut ağırlıklarının ortalamasının günlere göre azaldığı görülmektedir. Cerrahiden bir gün önce vücut ağırlığı ortalaması $76,44 \pm 11,97$ kg iken cerrahi sonrası beşinci gününde yaklaşık iki kg azalma olmuştur. Benzer şekilde kanda albümin değerlerinin ortalamasının giderek düştüğü belirlenmiştir. Cerrahiden bir gün önce kanda albümin değeri $4,61 \pm 0,22$ g/dl iken cerrahi sonrası beşinci günde kanda albümin değeri $3,78 \pm 0,58$ g/dl olarak saptanmıştır. Hemoglobin değeri ortalamasının cerrahi öncesine göre cerrahi sonrasında azaldığı belirlenmiştir. Cerrahiden bir gün önce hemoglobin değeri $13,84 \pm 0,77$ g/dl iken cerrahiden bir gün sonra $9,49 \pm 1,59$ g/dl dir. Açlık kan şekeri ortalamasının cerrahi öncesine göre cerrahi sonrası birinci ve üçüncü günde arttığı ve cerrahi sonrası beşinci günde kan şekerinin ameliyat öncesindeki değerlere ulaştığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).

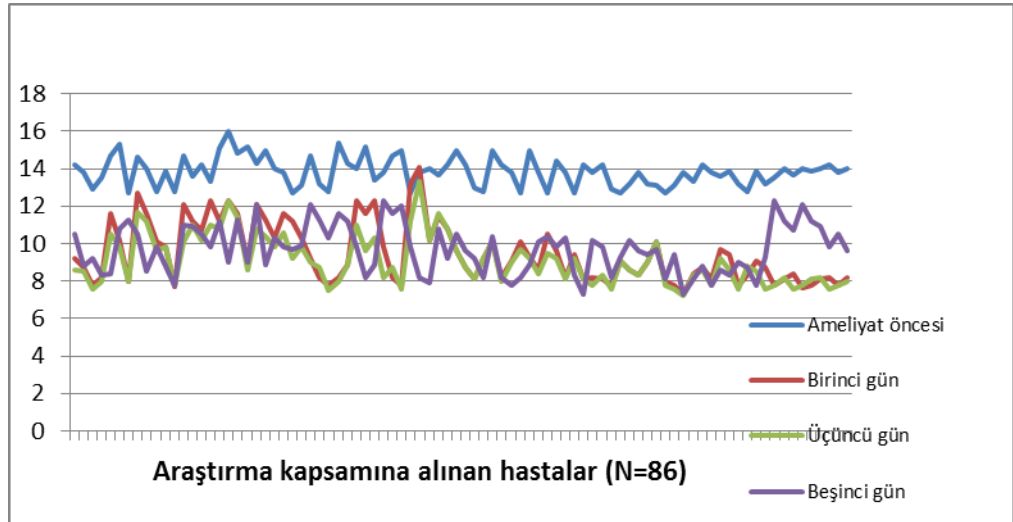


Grafik 4.3: Hastaların vücut ağırlıklarının cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası günlere göre dağılımı (N=86)

Grafik 4.3'de hastaların cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası günlerde vücut ağırlıklarının dağılımı görülmektedir.



Grafik 4.4: Albümin seviyesinin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası günlerdeki dağılımı (N=86)



Grafik 4.5: Hemoglobin seviyesinin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası günlerdeki dağılımı (N=86)

Ağırlık, BKI, albümin, hemoglobin değerleri ortalamaları ile cerrahi sonrası birinci, üçüncü ve beşinci günlerdeki ortalamaları t testi ile karşılaştırılmış olup bulgular aşağıda verilmiştir. Bulgular tabloda gösterilmemiştir.

Cerrahiden bir gün önceki ağırlık ortalamaları ile cerrahiden bir, üç ve beş gün sonraki ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Sırasıyla $t=2,525$, $p=0,010$; $t=6,866$, $p=0,001$; $t=9,901$, $p=0,001$).

Hastaların cerrahiden bir gün önceki BKI değerlerinin ortalamasının cerrahiden bir, üç ve beş gün sonraki ortalamaları ile karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Sırasıyla $t=2,628$, $p=0,010$; $t=7,027$, $p=0,001$; $t=10,019$, $p=0,001$).

Hastaların cerrahiden bir gün önceki albümin değeri ortalamaları ile cerrahiden bir gün sonraki, üç gün sonraki, beş gün sonraki ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Sırasıyla $t=19,130$, $p=0,001$; $t=22,986$, $p=0,001$; $t=13,892$, $p=0,001$).

Hastaların cerrahiden bir gün önceki hemoglobin değeri ortalamaları ile cerrahiden bir gün sonra, üç gün sonra, beş gün sonraki ortalamaları karşılaştırıldığında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Sırasıyla $t=25,078$, $p=0,001$; $t=33,096$, $p=0,001$; $t=28,886$, $p=0,001$).

Açlık kan şekeri (AKŞ) hasaya uygulanan ilaçlar(kortizon), dekstroz içeren sıvılar gibi pek çok uygulamadan etkilenebileceğinden günlere göre açlık kan şekeri ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak karşılaştırılmamıştır.

Tablo 4.6: Hastaların besin almalarını çok etkileyen hastalık kaynaklı durumların günlere göre dağılımı (N=86)

Besin alımını etkileyen durumlar	Cerrahiden bir gün önce	Cerrahiden bir gün sonra	Cerrahiden üç gün sonra	Cerrahiden beş gün sonra
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Ağız içi veya dişimle ilgili problemlerimin olması	-	10(11,6)	3(3,5)	3(3,5)
Tansiyonumun yükselmesinden korkmam	15(17,4)	10(11,6)	14(16,3)	6(7)
Şekerimin yükselmesinden korkmam	7(8,1)	8(9,3)	15(17,4)	5(5,8)
Göğüs ağrımın başlamasından korkmam	16(18,6)	14(16,3)	17(19,8)	7(8,1)
Şu anda kabızım kabız olmaktan endişelenmem	-	9(10,5)	22(25,6)	29(33,7)
Yemeklerin gaz yapmasından endişelenmem	2 (2,3)	7 (8,1)	9(10,5)	13(15,1)
Yemek sırasında ağrımın olması	-	10 (11,6)	5(5,8)	8(9,3)
Yemek öncesi bulantımın olması	-	27(31,4)	13(15,1)	11(12,8)
Yemek sırasında bulantımın olması	-	27(31,4)	13(15,1)	11(12,8)

Tablo 4.6’da hastaların cerrahi öncesi ve cerrahiden beş gün sonrasına kadar besin alma durumlarını çok etkileyen hastalık kaynaklı ifadeler ve yüzdeler yer almaktadır. Tablo ’ya göre besin alımını cerrahiden bir gün önce en fazla etkileyen durum hastaların “*Göğüs ağrımın başlamasından korkmam besin alımımı çok etkiledi*” ifadesidir. Cerrahiden bir gün sonra “*Yemek sırasında bulantımın olması*”, Cerrahiden üç ve beş gün sonra ise “*Şu anda kabızım kabız olmaktan endişelenmem besin alımımı çok etkiledi*” şeklinde olmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.7: Hastaların besin almalarını çok etkileyen hastadan kaynaklanan durumların günlere göre dağılımı (N=86)

Besin alımını etkileyen durumlar	Cerrahiden bir gün önce	Cerrahiden bir gün sonra	Cerrahiden üç gün sonra	Cerrahiden beş gün sonra
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Kendimi iştahsız hissediyor olmam	8(9,3)	16(18,6)	16(18,6)	13 (15,1)
Kendimi stresli hissetmem	23(26,7)	8(9,3)	3(3,5)	5(5,8)
Protez dişlerimin yanımda olmaması	-	5(5,8)	3(3,5)	-
Ağzımın tadının olmaması	2(2,3)	3(3,5)	15 (17,4)	8(9,3)
Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem	-	17(19,8)	11(12,8)	5 (5,8)
Kolumdaki damar yollarının çıkmasından endişelenmem	-	15(17,4)	4(4,7)	5(5,8)
Altımı kirletmekten endişelenmem	-	3(3,5)	3(3,5)	1(1,2)
Hastane masraflarının artmasından endişelenmem	1(1,2)	-	1(1,2)	1(1,2)

Tablo 4.7’de besin alımını cerrahiden bir gün önce ve cerrahiden beş gün sonrasına kadar çok etkileyen hasta kaynaklı nedenler verilmiştir. Tablo’ ya göre cerrahiden bir gün önce hastanın “*Kendimi stresli hissediyor olmam besin almamı çok etkiledi*” şeklindeki ifadesi en etkili durumdur. Cerrahiden bir gün sonra hastaların “*Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem besin alımımı çok etkiledi*”, cerrahiden üç ve beş gün sonra ise hastanın “*Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem besin alımımı*” şeklindeki ifadelerinin besin alımını etkileyen en etkili durumlar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8: Hastaların besin almalarını çok etkileyen sağlık profesyonellerine bağlı durumların günlere göre dağılımı (N=86)

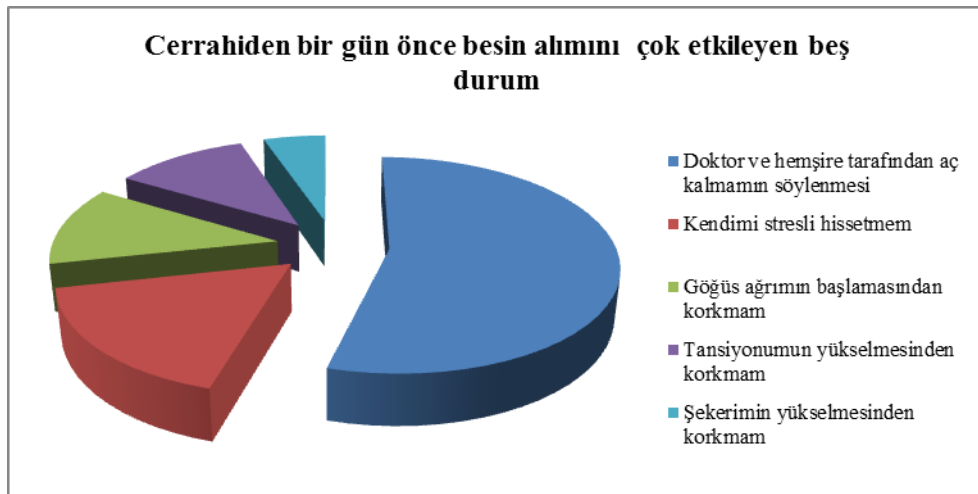
Besin alımını etkileyen durumlar	Cerrahiden bir gün önce	Cerrahiden bir gün sonra	Cerrahiden üç gün sonra	Cerrahiden beş gün sonra
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Hekim ve hemşirelerin yemekle ilgili açıklamaları	-	4 (4,7)	-	-
Yemek yiyebileceğim konusunda bilgi verilmemesi	2 (2,3)	1(1,2)	1(1,2)	3(3,5)
Yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması	-	17(19,8)	7(8,1)	11(12,8)
Hekim ve hemşire tarafından aç kalmamın söylenmesi	73 (84,9)	17(19,8)	-	-

Tablo 4.8’de hastaların besin almalarını çok etkileyen sağlık profesyonellerine bağlı durumların günlere dağılımı verilmiştir. Tablo’ya göre cerrahiden bir gün önce hastaların “*Hekim ve hemşireler tarafından aç kalmamın söylenmesi besin alımımı çok etkiledi*” şeklindeki ifadesi en etkili durumdur. Cerrahiden bir, üç, beş gün sonra ise hastaların “*Yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması besin alımımı çok etkiledi*” şeklindeki ifadesi besin alımını etkileyen en etkili durumlar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9: Hastaların besin almalarını çok etkileyen yemeğin sunumuna bağlı durumların günlere göre dağılımı (N=86)

	Cerrahiden bir gün önce	Cerrahiden bir gün sonra	Cerrahiden üç gün sonra	Cerrahiden beş gün sonra
Besin alımını etkileyen durumlar	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Yemeğin tuzsuz olması	4 (4,7)	10(11,6)	11(12,8)	20 (23,3)
Yemeğin soğuk ya da çok sıcak olması	3(3,5)	3(3,5)	3(3,5)	4(4,7)
Tabak ve kaşık çatalların temiz olmaması	1(1,2)	-	1(1,2)	2(2,3)
Yemeğin alışkın olduğum şekilde hazırlanmaması	3(3,5)	3 (3,5)	2(2,3)	6(7)
Yemeklerin sunum zamanlarının benim alışkın olduğum zamanlarda olmaması	5(5,8)	2(2,3)	4(4,7)	4(4,7)

Tablo 4.9’da hastaların besin almalarını çok etkileyen yemeğin sunumuna bağlı durumların günlere göre dağılımları verilmiştir. Tabloya göre cerrahiden bir gün önce hastaların “*Yemeklerin sunum zamanlarının benim alışkın olduğum zamanlarda olmaması besin alımını çok etkiledi*” şeklindeki ifadesi en etkili durumdur. Cerrahiden bir, üç ve beş gün sonra ise hastaların “*Yemeğin tuzsuz olması besin alımını çok etkiledi*” şeklindeki ifadesinin besin alımını en çok etkileyen durum olduğu belirlenmiştir. Ayrıca cerrahi sonrasındaki günlerde yemeğin tuzsuz olması, besin alımını giderek daha fazla etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.9).



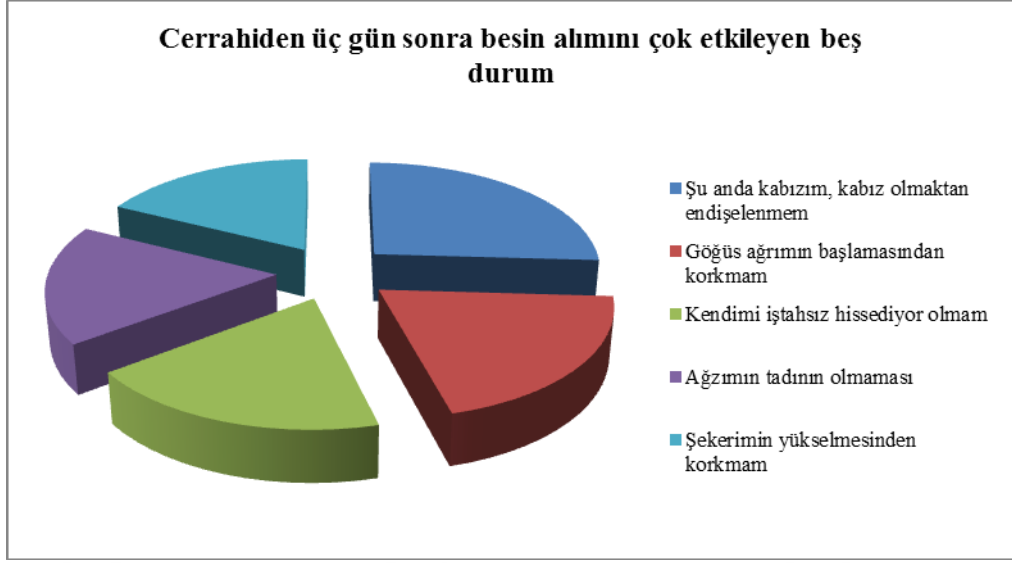
Grafik 4.6: Cerrahiden bir gün önce besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı

Grafik 4.6'de cerrahiden bir gün önce besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı verilmiştir. Grafiğe göre; cerrahiden bir gün önce besin alma durumlarını etkileyen ilk beş durumu hastalar sırasıyla (%84,9) doktor ve hemşire tarafından aç kalmamın söylenmesi, (%26,7) kendimi stresli hissetmem, (%18,6) göğüs ağrısının başlamasından korkmam, (%17,4) tansiyonumun yükselmesinden korkmam, (%8,1) şekerimin yükselmesinden korkmam şeklinde ifade etmişlerdir (Grafik 4.6).



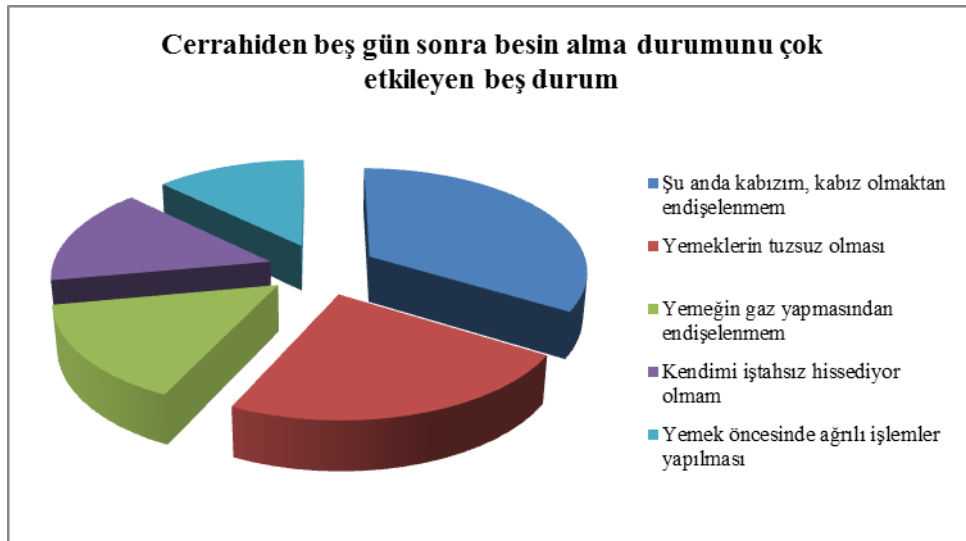
Grafik 4.7: Cerrahiden bir gün sonra besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı

Grafik 4.7'de cerrahiden bir gün sonra besin alımını çok etkileyen beş durum verilmiştir. Grafiğe göre cerrahiden bir gün sonra besin alma durumlarını etkileyen ilk beş durum sırasıyla (%31,4) yemek öncesi bulantının olması, (%19,8) yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması, (%19,8) kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem, (%18,6) kendimi iştahsız hissediyor olmam, (%17,4) kolumdaki damar yollarının çıkmasından endişelenmem olarak belirlenmiştir.



Grafik 4.8: Cerrahiden üç gün sonra besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı

Grafik 4.8’de cerrahiden üç gün sonra besin alımını çok etkileyen beş durumun dağılımı verilmiştir. Grafiğe göre cerrahiden üç gün sonra sırasıyla (%25,6) şu anda kabızım kabız olmaktan endişelenmem, (%19,8) göğüs ağrımın başlamasından korkmam, (%18,6) kendimi iştahsız hissediyor olmam, (%17,4) ağzımın tadının olmaması, (%17,4) şekerimin yükselmesinden korkmam, şeklindeki ifadeler besin alımını etkileyen en önemli durumlar olarak ortaya çıkmıştır.



Grafik 4.9: Cerrahiden beş gün sonra besin alma durumunu çok etkileyen beş durumun dağılımı

Grafik 9’da cerrahiden beş gün sonra besin alma durumunu çok etkileyen beş durumun dağılımı verilmiştir. Grafiğe göre cerrahiden beş gün sonra besin alma durumlarını etkileyen ilk beş durumu hastalar sırasıyla (%33,7) şu anda kabızım kabız olmaktan endişelenmem, (%23,3) yemeğin tuzsuz olması, (%15,1) yemeklerin gaz yapmasından endişelenmem, (%15,1) kendimi iştahsız hissediyor olmam, (%12,8) yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması, olması şeklinde ifade etmişlerdir.

4.3. Hastaların besin alma durumu ile vücut ağırlığı, BKİ, albümin, hemoglobin, açlık kan şekerinin karşılaştırılması ve hastaların besin alma durumu ile gastrointestinal semptomların karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

Bu bölümde besin tüketim miktarlarının hastaların beslenme ilgili vücut ağırlığı, BKİ; albümin, hemoglobin, açlık kan şekeri etkisi ve besin tüketiminin bulantı kusma ve kabızlık gibi gastrointestinal semptomlara etkisine dair bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.10: Hastaların cerrahi sonrası birinci, üçüncü, beşinci gün besin alma durumları ile ağırlık, BKİ, albümin, hemoglobin ve açlık kan şekeri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (N=86)

	Spearman korelasyon katsayısı (r)	p
Cerrahiden bir gün sonra		
Ağırlık(kg)	0,041	0,710
BKİ(kg/m ²)	0,79	0,493
Albümin(g/dl)	0,334	0,001
Hemoglobin(g/dl)	0,024	0,824
Açlık kan şekeri(mg/dl)	-0,154	0,154
Cerrahiden üç gün sonra		
Ağırlık(kg)	-0,068	0,534
BKİ(kg/m ²)	-0,129	0,236
Albümin(g/dl)	0,353	0,001
Hemoglobin(g/dl)	0,085	0,438
Açlık kan şekeri(mg/dl)	0,089	0,416
Cerrahiden beş gün sonra		
Ağırlık(kg)	-0,099	0,365
BKİ(kg/m ²)	-0,116	0,289
Albümin(g/dl)	0,521	0,001
Hemoglobin(g/dl)	0,075	0,495
Açlık kan şekeri(mg/dl)	-0,238	0,027

Hastaların cerrahi sonrası birinci günde besin alma durumları ile serum albümin ortalamaları arasında pozitif yönde hafif-orta kuvvete, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,334$, $p=0,000$) (Tablo 4.10).

Hastaların cerrahi sonrası üçüncü günde besin alma durumları ve serum albümin ortalamaları arasında pozitif yönde hafif-orta kuvvete, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,353$, $p=0,000$) (Tablo 4.10).

Hastaların cerrahi sonrası beşinci günde besin alma durumları ile serum albümin ortalamaları arasında pozitif yönde orta kuvvete, istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,521$, $p=0,000$) (Tablo 4.10). Besin alımı azaldıkça serum albümin ortalaması azalmaktadır.

Tablo 4.11: Hastaların cerrahi sonrası birinci, üçüncü, beşinci gün besin alma durumları ile bulantı, kusma, kabızlık arasındaki ilişkinin karşılaştırılması (N=86)

	Spearman korelasyon katsayısı (r)	p
Cerrahi sonrası birinci gün		
Bulantı	-0,282	0,008
Kusma	0,154	0,157
Kabızlık	0,170	0,117
Cerrahi sonrası üçüncü gün		
Bulantı	0,146	0,179
Kusma	0,040	0,715
Kabızlık	-0,233	0,031
Cerrahi sonrası beşinci gün		
Bulantı	0,057	0,599
Kusma	-0,011	0,920
Kabızlık	0,118	0,278

Araştırma kapsamına alınan hastaların cerrahi sonrası birinci günde besin alma durumları ile bulantı arasında negatif yönde hafif kuvvete istatistiksel olarak anlamlı seviyede ilişki olduğu belirlenmiştir ($r= -0,282$, $p=0,008$) (Tablo 4.11). Bu durum besin alımı arttıkça, bulantının azaldığını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların cerrahi sonrası üçüncü günde besin alma durumları ile kabızlık arasında negatif yönde hafif kuvvete istatistiksel olarak

anlamli seviyede ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0,233$, $p=0,031$) (Tablo 4.11). Bu durum besin alımı arttıķa kabızlığın azaldığını göstermektedir.

Cerrahi sonrası beşinci günde görülen komplikasyonlarla hastaların besin alma durumu arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.11).

Diyare sayı az olduğu için karşılaştırma yapılmadı.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda perioperatif dönemde besin tüketme durumları, bu süreçteki beslenmelerinin bazı göstergelerine etkisi ve besin tüketiminde etkili olabilecek durumları belirlemeye yönelik yaptığımız çalışmanın bulgularının tartışılması aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir:

- ✓ Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- ✓ Hastaların besin alma durumları ve hastaların besin alımını etkileyen durumlara ilişkin bulguların tartışılması
- ✓ Hastaların besin alma durumu ile vücut ağırlığı, BKİ, albümin, hemoglobin, açlık kan şekerinin karşılaştırılması ve hastaların besin alma durumu ile bulantı, kusma, kabızlık gibi semptomların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Bölüm I. Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmada hastaların yaş ortalamasının $61,25 \pm 10,77$ olması ve %60,5' inin yaş ortalamasının 65 yaştan küçük olması; Türkiye nüfusunun beklenen yaşam süresinin Avrupa ve Amerika'dan düşük olmasından veya kardiyovasküler hastalıkların genç nüfusta artmasının da bir sonucu olabileceği değerlendirilmiştir (75,76). Hastaların çoğunluğunun erkek olması, yarısından fazlasının büyük şehirde yaşaması, üçte birinin kronik bir hastalığının olması ve protez diş kullanması gibi bulgular açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarla yapılan çalışmaların örneklem özelliklerine uygun görünmektedir (77,78). Cerrahi, entübasyon, yoğun bakımda kalma ve hastanede kalma sürelerine ilişkin bulgular da yine literatürle benzer niteliktedir (42,72-74).

5.2. Bölüm II. Hastaların besin alma durumları ve besin almalarını etkileyen durumlara ilişkin bulguların tartışılması

Cerrahiden bir gün önce hastalar, bir günde alması gereken besinin yarısından azını (%38) tüketirken cerrahiden bir, üç, beş gün sonra bu durum bir günde alınması

gereken besinin yaklaşık olarak yarısı kadar gerçekleşmiştir (sırasıyla %51, %47, %52). En az besin alımı cerrahiden bir gün önce olmuştur. Hasalardan bu süreçte bir günlük besinin %75'ten fazlasını bitiren olmamıştır (Tablo 4.3). Dupertuis ve ark'nın (2003) 1707 hastaneye yatırılmış hasta ile yaptıkları çalışmada; hastalara yeterli besin verilmesine rağmen hastaların yeterli oranda besin tüketmedikleri belirlenmiştir (79). Araştırma bulguları literatürle uyumludur. Cerrahi öncesi dönemde hastaların daha az besin tüketmesinde, bu dönemde yapılan tanı ve tedavi amaçlı testler için hastaya aç kalmasının söylenmesi ve klinik protokolü gereği bir gün öncesi akşamdan aç bırakılma prosedürünün uygulanmış olması da etkili olmuş olabilir.

Cerrahiden bir gün önce hastaların hiç birinde gastrointestinal semptom görülmezken cerrahiden bir gün sonra en fazla görülen semptom bulantıdır. Bu durum cerrahiden bir gün önce besin alımının yetersiz olmasından kaynaklanmış olabilir. Literatürde cerrahi açlık süresinin uzun olması ve yetersiz besin alımının bulantıyı arttırdığı bildirilmiştir (53). Cerrahiden üç ve beş gün sonra görülen en önemli semptom kabızlıktır. Kabızlık hastaların cerrahi sonrası süreçte hareketsiz kalmalarından ve yetersiz besin almalarından kaynaklanmış olabilir. Cerrahi sonrası görülen bu semptomlar literatürle benzerdir (80). Araştırma bulgularına göre bulantının cerrahi sonrası günler ilerledikçe azaldığı, kabızlığın ise günler ilerledikçe arttığı belirlenmiştir (Grafik 4.2).

Hastaların ağırlık, BKI ve albümin, değerleri cerrahiden bir gün önceki değerlerine göre azalmıştır. Bu durum cerrahi günü besin alımının kesintiye uğramasından, cerrahi nedeniyle besin alımının azalmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir. Kalp cerrahisi uygulanan hastalarda günlük protein alımı 1,5 g/kg olmalıdır. Miyozitlerin temel enerji kaynağı glutamindir. Omega-3 akut koroner sendromları azaltmaya yardımcı olabilir. Ani ölümleri önleyebilir (4). Literatürde kalp cerrahisi uygulanan hastalarda vücut ağırlığı BKI ve serum albümin seviyesindeki düşüşlerin beslenme yetersizliğinin önemli bir göstergesi olduğu bildirilmiştir (81). Araştırma bulguları literatür bulguları ile uyumludur.

Araştırmada cerrahi öncesi güne göre cerrahi sonrası günlerde hemoglobinin değerlerinde de önemli azalmalar gözlenmiştir. Ana yapı maddesi protein olan hemoglobin de bireylerin beslenme durumundan etkilenebilecek bir yapıdır. Ancak

bu çalışmada hastalara açık kalp cerrahisi uygulanması nedeniyle hemoglobinin azalmasının ana nedeninin cerrahi sonrasındaki kanamadan kaynaklanmış olabileceği değerlendirilmiştir. Açlık kan şekeri değerinin cerrahiden bir gün önceki değerine göre cerrahiden bir ve üç gün sonra yüksek seyretmesi; cerrahi stres nedeniyle kortizol'ün artmasından, cerrahi nedeniyle verilen kortizondan ve cerrahi sonrasında yoğun bakım ünitesinde verilen dekstrozu solüsyonlardan kaynaklanmış olabilir. Cerrahiden beş gün sonra açlık kan şekeri değeri ortalamasının cerrahi öncesindeki değerlere yaklaştığı bulunmuştur. Bu durum literatür bulguları ile benzerdir (82).

Hastaların cerrahiden bir gün önce besin almalarını çok etkileyen hastalık kaynaklı durumların hastaların "*Göğüs ağrımın başlamasından korkmam besin alımımı çok etkiledi*" şeklindeki ifadesi anjina ağrısının çok şiddetli, deneyimleyen bireyleri ölümle yüzleştirmesi hastanın besin alımını etkileyen önemli bir durumdur. Literatürde anjina ağrısının stres ve anksiyeteyi arttırdığı bildirilmiştir (83). Literatürde mide ve kalbin komşu organlar olması hastalarda bu kaygının oluşumunu etkilemiş olabilir.

Hastaların besin almalarını çok etkileyen hastadan kaynaklı durumlara ait bulgular da cerrahiden bir gün önce hastaların "*Kendimi stresli hissetmem besin alımımı çok etkiledi*" şeklindeki ifadesi besin alımını en çok etkileyen durumdur. Cerrahi nedeniyle hastalar stres yaşamaktadırlar bu stresin azaltılması gerekmektedir.

Tosun ve ark'nın çalışmasında hastaların %58,60'ının cerrahi öncesinde stress yaşadığı, 12 saatten daha uzun süre açlık yaşayan hastalarda anksiyete puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (53). Kalp cerrahisi uygulanan hastalarda beslenme yetersizliği cerrahi sonrası deliryumun bağımsız bir belirleyicisidir (84). Literatürde stresin beslenme durumunu etkilediği, kalp cerrahisi uygulanan hastalarda beslenme bozukluğu ve besin alımının azlığı ile depresyon arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (85,86).

Cerrahiden bir gün sonra ise hastalar besin alımını çok etkileyen durum olarak "*Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem*", "*Kendimi iştahsız hissediyor olmam besin alımımı çok etkiledi*" ve "*Kolumdaki damar yollarının çıkmasından endişelenmem*" şeklindeki ifadeleri besin alımını çok etkileyen durumları oluşturmuştur. Hastaların besin alımı konusunda cesaretlendirilmeleri, hastaların yemeğinin yemesine yardım edilmesi ile bu etkilerin azaltılabileceği kanaatindeyiz.

Cerrahiden üç ve beş gün sonra hasta kaynaklı nedenlerin “*Kendimi iştahsız hissetmem besin alımımı çok etkiledi*” şeklinde olmuştur. Besinlerin sunumu sevdiği yiyeceklerin alınmasına izin verilmesi bu durumu düzeltmede etkili olabileceği kanaatindeyiz.

Hastaların besin alımını etkileyen sağlık profesyonellerine bağlı bulgular incelendiğinde cerrahiden bir gün önce “*Doktor ve hemşirelerin aç kalmama söylemesi besin alımımı çok etkiledi*” şeklindeki ifadesi rutin tetkikler ve cerrahi açlık süresinden kaynaklanmaktadır. Örneğin cerrahisi sabah planlanan bir hasta ile öğleden sonra planlanan bir hasta için besin alımı aynı saatte kesilmektedir. Tanı amaçlı testler ve medikal işlemler nedeniyle hastanın sürekli aç bırakılmasının beslenme yetersizliğinin bir nedeni olduğu bildirilmiştir (79,87). Araştırma bulgularının literatür bulguları ile benzer olduğu anlaşılmıştır. Açlık gerektiren testlerin aynı günde yapılması cerrahi açlık sürelerinin güncel rehberler kullanılarak yönetilmesi bu durumu azaltabilir. Türkiye’de hemşire ve doktorlarla yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların %43,8’inin cerrahi uygulanacak hastalara rutin bir şekilde gece yarısından sonra açlık uyguladığı, sağlık profesyonellerinin rehber kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (88). Yemeğin kokusunun, tadının, ısısının ve porsiyon büyüklüğünün uygun olmayışı (89), hastanın alışık olmadığı besinler ile kolay çiğneyip yutulmayan besinlerin servis edilmesi, esnek olmayan yemek hizmeti saatleri nedeniyle besine ulaşamaması (79), hastanın yemeği kaçırmaması halinde bir sonraki öğüne kadar aç kalması (90), hastanın besin tüketimi ve besine ulaşma durumunda yaşadığı problemlerle ilgili personelin farkındalığının olmayışı besin tüketimini azaltan engeller olarak bildirilmiştir (11). Araştırma bulguları literatürle benzerdir. Corish ve ark’nın (2000) çalışmasında servis edilen yemeğin hastaların ulaşamayacağı bir yere bırakılması, özellikle yaşlı hastalara çatal bıçak gibi ekipmanların ve yiyeceklerin ambalajlarının açılmadan servis edilmiş olması gibi nedenlerin besin alımını etkilediği bildirilmiştir (11). Cerrahiden bir, üç ve beş gün sonra “*Yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması besin alımımı çok etkiledi*” şeklindeki ifadeler cerrahi sonrası en etkili durumdur. Enjeksiyon, pansuman gibi ağırlı işlemlerin yemek saatlerinden önce yapılmaması ile bu durumun etkisi azaltılabilir.

Hastaların besin alımını çok etkileyen yemeğin sunumuna bağlı durumlara ait bulgular incelendiğinde cerrahiden bir gün önce “*Yemeklerin sunum zamanlarının alışkın olduğum zamanlarda olmaması besin alımımı çok etkiledi*” şeklindeki ifadesi

en etkili durumdur. “*Yemeklerin tuzsuz olması besin alımını çok etkiledi*” şeklindeki ifadesi cerrahiden bir, üç ve beş gün sonra en etkili durumdur. Hastanenin rutin uygulamasında sabah kahvaltılarının ve akşam yemeklerinin çok erken saatte verilmesi, hastaların cerrahiden bir gün önce uyumuna yönelik problem yaşamalarına neden olabilir. Kalp koruyucu diyetlerin tuzsuz olması bu diyetlerin hastanelerde evlerde uygulanan şekline göre daha katı ve disiplinli şekilde uygulanması da bu durumu etkilemiş olabilir. Dupertuis ve ark'nın (2003) çalışmasında hastanede yatan hastalarda yetersiz besin alımının hastalığın dışındaki nedenlere bağlanabileceği bildirilmiştir. Sunum yapılan besinin kalitesinin istenilen düzeyde olmaması bu nedenlerden biridir. Hastanelerde sunum yapılan besinin kalitesinin ve sunum şeklinin iyileştirilmesi önerilmiştir (79).

5.3. Bölüm III. Hastaların besin alma durumu ile vücut ağırlığı, BKİ, albümin, hemoglobin, açlık kan şekerinin karşılaştırılması ve hastaların besin alma durumu ile bulantı, kusma, kabızlık gibi semptomların karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Hastaların besin alma durumları ile cerrahi sonrası birinci, üçüncü ve beşinci günde albümin değerleri arasında ilişki olması, besin alma durumları ile albümin ortalamaları arasında pozitif yönde korelasyon bulunması, besin alımının yetersiz olmasının bu durumu etkilemiş olabileceğini düşündürdü.

Cerrahiden bir gün sonra besin alımı ile bulantı arasında ilişki olması ve aralarında negatif yönde bir korelasyon bulunması; besin alımı azaldıkça bulantı oranının artması yetersiz besin alımının azaltılması ile bulantının azaltılabileceğini düşündürdü. Cerrahi sonrası üçüncü günde besin alımı ile kabızlık arasında ilişki olması; aralarında negatif yönde bir korelasyon bulunması; besin alımı azaldıkça kabızlık oranının artması, yetersiz besin alımının azaltılması ile kabızlığın azaltılabileceği değerlendirildi.

Hastaların beslenme ile ilgili bakımlarının sorumluluğu ile ilgili yetki karmaşası, rutin olarak vücut ağırlığının ve boy uzunluğunun ölçülmemesi, hastaların besin alımının düzenli takip ve kaydının yapılmaması, yemek servis saatlerinin esnek olmayışı olarak bildirmiştir (11).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda perioperatif dönemde besin tüketimi, besin tüketiminin hastanın beslenme ile ilgili bazı parametrelere ve gastrointestinal semptomlara etkisi ile besin tüketimini etkileyen durumların saptanması amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları şöyle özetlenebilir.

- ✓ Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda perioperatif dönemde besin tüketiminin yetersiz olduğu belirlenmiştir. En az besin alımı cerrahiden bir gün önce olmuştur (ort %38). Cerrahi sonrası günlerde hastalar kendilerine sunulan besinin yaklaşık yarısını tüketmişlerdir. (sırasıyla; birinci gün %51, üçüncü gün %47, beşinci gün %52).
- ✓ Hastalar cerrahiden bir gün öncesine göre cerrahiden beş gün sonra ortalama iki kg kaybetmiştir (cerrahiden bir gün önce; 76,44±11,97kg, cerrahiden beş gün sonra 74,60±12,19 kg; p<0,05).
- ✓ Cerrahiden bir gün öncesine göre cerrahi sonrası beşinci günde BKİ (cerrahiden bir gün önce; 27,74±4,88 kg/m², cerrahiden beş gün sonra; 27,06±4,89 kg/m²) ortalamaları azalmıştır (p<0,05).
- ✓ Hemogloblin (cerrahiden bir gün önce; 13,84±0,77g/dl, cerrahiden beş gün sonra; 9,70±1,28 g/dl) değerleri azalmıştır (p<0,05).
- ✓ Açlık kan şekeri cerrahiden bir gün önceki değerlerine göre cerrahiden bir ve üç gün sonra artmış, cerrahiden beş gün sonra cerrahiden bir gün önceki değerlerine ulaşmıştır (sırasıyla; 106,84±22,74 mg/dl; 164,97±30,82 mg/dl; 159,58±26,10 mg/dl; 105,39±25,22 mg/dl).
- ✓ Serum albümin (cerrahiden bir gün önce; 4,61±0,22 g/dl, cerrahiden beş gün sonra; 3,78±0,58 g/dl) değerleri azalmıştır (p<0,05).
- ✓ Besin alımı ile serum albümin değeri arasında pozitif bir korelasyon bulunmuştur. Besin alımı azaldıkça serum albümin ortalamaları azalmıştır (cerrahiden bir gün sonra; r:0,334, p: 0,001, cerrahiden üç gün sonra; r:0,353, p:0,001, cerrahiden beş gün sonra; r:0,521, p:0,001)

- ✓ Besin alımını en fazla etkileyen durumlar cerrahiye bağlı semptomlardır. Cerrahiden bir gün sonra en sık görülen semptom bulantıdır. Cerrahiden üç ve beş gün sonra en sık görülen semptom kabızlıktır. Besin alımı ile bulantı ve kabızlık arasında negatif bir korelasyon bulunmuştur. Besin alımı azaldıkça bulantı ve kabızlık gibi gastrointestinal semptomlar artmıştır (bulantı; $r:-0,282$, $p:0,008$, kabızlık: $r:-0,233$, $p:0,031$).
- ✓ Besin alımını etkileyen ve engelleyen nedenlerin hastalık, hasta, sağlık profesyonelleri, yemeğin sunumundan kaynaklandığı, besin alımını etkileyen nedenlerin cerrahi öncesi ve cerrahi sonrası dönemlerde farklılık gösterdiği, belirlenmiştir.

Hastalık kaynaklı durumlar: Cerrahiden bir gün önce besin alımını çok etkileyen hastalık kaynaklı durum; göğüs ağrısıdır (%18,6). Cerrahiden bir gün sonra hastaların besin almalarını çok etkileyen hastalık kaynaklı durum; bulantıdır (%31,4). Cerrahiden üç ve beş gün sonra besin alımını çok etkileyen hastalık kaynaklı durum; kabızlıktır (sırasıyla; %25,6, %33,7).

Hasta kaynaklı durumlar: Cerrahiden bir gün önce hastaların besin almalarını çok etkileyen hasta kaynaklı durum; streştir (%26,7). Cerrahiden bir gün sonra hastaların besin almalarını çok etkileyen hasta kaynaklı durum; halsizliktir (%19,8). Cerrahiden üç ve beş gün sonra hastaların besin almalarını çok etkileyen hasta kaynaklı durum; iştahsızlıktır (sırasıyla %18,6, %15,1).

Sağlık profesyonellerinden kaynaklanan durumlar: Cerrahiden bir gün önce hastaların besin almalarını çok etkileyen sağlık profesyonellerinden kaynaklanan durum; testler ve cerrahi açlık nedeniyle hastaların aç kalmasının söylenmesidir (%84,4). Cerrahiden bir, üç ve beş gün sonra hastaların besin almalarını çok etkileyen sağlık profesyonellerinden kaynaklanan durum; yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılmasıdır (sırasıyla; %19,8, %8,1, %12,8).

Yemeğin sunumundan kaynaklanan durumlar: Cerrahiden bir gün önce hastaların besin almalarını çok etkileyen yemeğin sunumuna bağlı durum; yemeğin sunum zamanlarının hastaların alışkın olduğu zamanlarda olmamasıdır (%5,8). Cerrahiden bir, üç ve beş gün sonra hastaların besin almalarını çok etkileyen yemeğin sunumuna bağlı durum; yemeğin tuzsuz olmasıdır (sırasıyla; %11,6, %12,8, %23,3).

6.2. Öneriler

- ✓ Perioperatif süreçte hastaların besin almalarının teşvik edilmesi, yemeğini yiyemeyen hastalara yardım edilmesi,
- ✓ Perioperatif süreçte hastaların günlük besin tüketiminin izlenmesi, alınan besin miktarının günlük enerji gereksinimini karşılayıp karşılamadığının değerlendirilmesi,
- ✓ Beslenme yetersizliğinin değerlendirilmesinde; vücut ağırlığı, BKİ, serum albümin değeri gibi objektif göstergeler kullanılması, beslenme yetersizliği erken tanınması,
- ✓ Hastaların cerrahi öncesinde ve cerrahi sonrasında beslenme durumu hakkında bilgilenmesinin sağlanması ve varsa bu konudaki kaygısını azaltmaya yönelik girişimler uygulanması,
- ✓ Cerrahi açlık süresi hastanın yaşına ve cerrahinin türüne göre bireysel belirlenmesi, bu amaçla güncel rehberler kullanılması,
- ✓ Cerrahi sonrasında besin alımını etkileyen; ağrı, bulantı, kabızlık gibi semptomlar için önlem alınması,
- ✓ Yemeklerin sunum şeklinin iyileştirilmeli, yemek saatlerinin esnek hale getirilmesi, (örneğin tanı ve tedavi amaçlı testler için aç bırakılan bir hasta besin alabilmek için bir sonraki öğünü beklemek zorunda kalmamalı işlem bitince yemeğini yiyebilmelidir).
- ✓ Hemşirelerin hastaların beslenmesi konusundaki rol ve yetkilerini yapabilmeleri için bilgilendirilmeleri önerilmiştir.

6.3. Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bir tez çalışması olması nedeniyle süre kısıtlılığının olması, örneklem sayısının az olması, tek merkezde yapılmış olması en önemli sınırlılıklardır. Bu araştırma kapsamında hastaların vücut ağırlığı, BKİ gibi parametrelerine etkisi olabilecek aldığı-çıkarıldığı sıvı dengesi bilgileri toplanmadı. Besin alma durumunun belirlenmesinde hastaların kendi ifadelerine dayalı subjektif bir yöntem kullanıldı ve kalori hesaplaması yapılmadı. Bu durum araştırmanın zayıf yönünü oluşturmaktadır. Ancak araştırmanın açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda

perioperatif dönemde besin tüketimi ve besin tüketimini engelleyen durumların tanımlanmasına yönelik yapılmış ilk araştırma olması araştırma bulgularını, sonuçlarını özgün ve değerli kılmaktadır.

6.4. Çıkar Çakışması Beyanı

Yazarlar olarak bu araştırmanın verilerinin toplanması, yazılması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan ederiz.

6.5. Finansman

Yazarlar olarak bu araştırmanın yapılmasında ve bu tez'in yazılmasında herhangi bir finansal destek almadığımızı beyan ederiz.

7. KAYNAKLAR

1. Mudge AM, Ross LJ, Young AM, Isenring EA, Banks MD. Helping understand nutritional gaps in the elderly (HUNGER): a prospective study of patient factors associated with inadequate nutritional intake in older medical inpatients. *Clin Nutr.* 2011;30(3):320-5.
2. Tavares MM, Matos L, Amaral TF. Insufficient voluntary intake of nutrients and energy in hospitalized patients. *Nutr Hosp.* 2007;22(5):584-9.
3. Dumartheray EW, Krieg MA, Cornuz J, Whittamore DR, Lanham-New SA, Burckhardt P. Energy and nutrient intake of Swiss women aged 75-87 years. *J Hum Nutr Diet.* 2006;19(6):431-5.
4. Jiménez Jiménez FJ, Cervera Montes M, Blesa Malpica AL; Metabolism and Nutrition Working Group of the Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary units. Guidelines for specialized nutritional and metabolic support in the critically-ill patient: update. Consensus SEMICYUC-SENPE: cardiac patient. *Nutr Hosp.* 2011 Nov;26 Suppl 2:76-80.
5. Chermesh I, Hajos J, Mashiach T, Bozhko M, Shani L, Nir RR, Bolotin G. Malnutrition in cardiac surgery: food for thought. *Eur J Prev Cardiol.* 2014;21(4):475-83.
6. Van Venrooij LM, De Vos R, Zijlstra E, Borgmeijer-Hoelen AM, Van Leeuwen PA, De Mol BA. The impact of low preoperative fat-free body mass on infections and length of stay after cardiac surgery: a prospective cohort study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011;142:1263–9.
7. Engelman DT, Adams DH, Byrne JG, et al. Impact of body mass index and albumin on morbidity and mortality after cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999;118:866 –73.
8. Thourani VH, Brent Keelign W, Kilgo PD, et al. The impact of body mass index on morbidity and short- and long-term mortality in cardiac valvular surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2011;142:1052– 61.

9. Van Venrooij LM, De Vos R, Borgmeijer-Hoelen AM, Haaring C, De Mol BA. Preoperative unintended weight loss and low body mass index in relation to complications and length of stay after cardiac surgery. *Am J Clin Nutr* 2008;87:1656–61.
10. Van Venrooij LM, Verberne HJ, De Vos R, Borgmeijer- Hoelen AM, Van Leeuwen PA, De Mol BA. Postoperative loss of skeletal muscle mass, complications and quality of life in patients undergoing cardiac surgery. *Nutrition* 2012; 28:40 –5.
11. Corish CA, Kennedy NP. Protein-energy undernutrition in hospital in-patients. *Br J Nutr.* 2000;83(6):575-91.
12. Keller H, Allard J, Vesnaver E, Laporte M, Gramlich L, Bernier P, Davidson B, Duerksen D, Jeejeebhoy K, Payette H. Barriers to food intake in acute care hospitals: a report of the Canadian Malnutrition Task Force. *J Hum Nutr Diet.* 2015 Apr 20. doi: 10.1111/jhn.12314. [Epub ahead of print]
13. Koretz RL. Early enteral nutrition in the ICU. *Intensive Care Med.*2010;36:1087-88.
14. Khalid I, Doshi P, DiGiovine B. Early enteral nutrition and outcomes of critically ill patients treated with vasopressors and mechanical ventilation. *AmJ Crit Care.*2010;19:261-68.
15. Singer P, Berger MM, Berghe GV, Biolo G, Calder P, Forbes A et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Intensive care. *Clinical Nutrition* 2009;28:387-400.
16. Braga M, Ljungqvist O, Soeters P, Fearan K, Weimann A, Bozzetti F. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition; Surgery. *Clinical Nutrition* 2009;28:378-86.
17. McMahon MM, Nystrom E, Braunschweig C, Miles J, Compher C, and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition(A.S.P.E.N) Board Directors. ASPEN. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2013.
18. Umezawa Makikado LD, Flordelís Lasierra JL, Pérez-Vela JL, Colino Gómez L, Torres Sánchez E, Maroto Rodríguez B et al. Early enteral Nutrition in

- adults receiving venoarterial extracorporeal membrane oxygenation: an observational case series. *J Parenter Enteral Nutr.*2013;37:281-84.
19. Crenshaw JT, Winslow EH. Preoperative fasting: Old habits die hard. *Am J Nurs.* 2002;102:36-44.
 20. Bothamley J, Mardell A. Preoperative fasting revisited. *Br J Perioper Nurs.* 2005;15:370-374.
 21. Karadağ M, Pekin İşeri O. Determining health personnel's application trends of new guidelines for preoperative fasting: findings from a survey. *J Perianesth Nurs.* 2014;29(3):175-84.
 22. Bayır H, Tekelioğlu ÜY, Koçoğlu H, Akkay A, Demirhan A, Bilgi M, Erdem K, Dağlar B, Yıldız İ. Açık kalp cerrahisinde malnutrisyon oranları ve ilişkili risk faktörlerinin araştırılması. *GKDA Derg.*2014;20(4):209-214.
 23. Kutsal A. Yaşlılarda kalp cerrahisi. *Türk Geriatri Dergisi. Özel Sayı.* 2010;2:115-123.
 24. Task Force Members. 2013, ESC Guidelines on the managements of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J,*2013;34(38)2949-3003.
 25. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, Ewy GA, Fonger J, Gardner TJ, Gott JP, Herman HC, Marlow RA, Nugent W, O'Connor GT, Orzulak TA, Rieselbach RE, Winters WL, Yusuf S, Gibbons RJ, Alpert JS, Garson AJr, Gregoratos G, Russel RO, Ryon TJ, Smith SCJr. ACC/AHA Guidelines for coronary arter bypass graft surgery: Executive summary and recommendations: A report of the American Collage of Cardiology / American Heart Association Task Force on practice Guidelines (Commite to revişe the 1991 guidelines for coronary arter bypass graft surgery. *Circulation* 1999;100(13):1464-1480.
 26. Hillis LD, Smith PK, Anderson JL, Bittl JA, Bridges CR, Byrne JG, Cigarroa JE, Disesa VJ, Hiratzka LF, Hutter AM Jr, Jessen ME, Keeley EC, Lahey SJ, Lange RA, London MJ, Mack MJ, Patel MR, PuskasJD, Sabik JF, Selnes O, Shahian DM, Trost JC, Winniford MD, Jacobs AK, Anderson JL, Albert N, Creager MA, Ettinger SM, Guyton RA, Halperin JL, Hochman JS, Kushner FG, Ohman EM, Stevenson W, Yancy CW: American College Cardiology Foundation / American Heart Association Task force on practice Guidelines.

- 2011 ACCF/AHA Guideline for coronary artery bypass graft surgery: Executive summary: a report of the American Collage of Cardiology Foundation /American Heart Association Task force on practice Guidelines. *J Thorac Cardiovasc Surg.*2012;143(1)4-34.
27. www.kalp.pinterest.com.Erişim:06.06.2015.
28. Kaimkhan ZA, Ali MM, Faruqi AM. Patern of coronary arterial distribution and its relation to coronary artery diameter. *J Ayub Med Coll Abbottabad.*2005;17(1):40-43.
29. Miller S, Flynn BC. Valvular heart disease and postoperative considerations. *Semin Cardiothorac Vasc Anesth.* 2015;19(2):130-42.
30. Biteker M, Başaran Ö, Mert GÖ, Doğan V, Mert KU. Management of prosthetic valve thrombosis: what is the best dosage and administration route of thrombolytics. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2015;26(4):477-478.
31. Fiegl K, Deutsch MA, Rondak IC, Lange R, Guenzinger R. Matched Comparison of Two Different Biological Prostheses for Complete Supra-annular Aortic Valve Replacement. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2015 Apr 20. [Epub ahead of print].
32. Pathirana AK, Lokunarangoda N, Ranathunga I, Santharaj WS, Ekanayake R, Jayawardena R. Prevalence of hospital malnutrition among cardiac patients: results from six nutrition screening tools. *Springerplus.* 2014 Aug 7;3:412. doi: 10.1186/2193-1801-3-412. eCollection 2014
33. Öztürk Arıbuca M. Kardiyovasküler Hastalığı Nedeniyle Hastaneye Yatan Bireylerin Malnutrisyon Durumları İle Hastane Malnutrisyonun Yatış Sürelerine Etkisi. *Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstütüsü.*Lefkoşa,2012.
34. Lomivorotov VV, Efremov SM, Boboshko VA, Nikolaev DA, Vedernikov PE, Deryagin MN, Lomivorotov VN, Karaskov AM. Prognostic value of nutritional screening tools for patients scheduled for cardiac surgery. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2013;16(5):612-8.

35. van Venrooij LM, Visser M, de Vos R, van Leeuwen PA, Peters RJ, de Mol BA. Cardiac surgery-specific screening tool identifies preoperative undernutrition in cardiac surgery. *Ann Thorac Surg.* 2013;95(2):642-647.
36. Löser C. Malnutrition in hospital: the clinical and economic implications. *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107(51-52):911-7.
37. Saunders J, Smith T. Malnutrition: causes and consequences. *Clin Med.* 2010;10(6):624-7.
38. Moughrabi SM, Evangelista LS. Cardiac cachexia at a glance. *Prog Cardiovasc Nurs.* 2007;22(2):101-3.
39. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr.* 2008;27(1):5-15.
40. Miján-de-la-Torre A. Recent insights on chronic heart failure, cachexia and nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2009 May;12(3):251-7.
41. Alberda C, Graf A, McCargar L. Malnutrition: etiology, consequences, and assessment of a patient at risk. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20(3):419-39.
42. Wei X, Day AG, Ouellette-Kuntz H, Heyland DK. Crit Care Med. The Association Between Nutritional Adequacy and Long-Term Outcomes in Critically Ill Patients Requiring Prolonged Mechanical Ventilation: A Multicenter Cohort Study. 2015 Apr 8. [Epub ahead of print].
43. Smith SE, Prosser-Loose EJ, Colbourne F, Paterson PG. Protein-energy malnutrition alters thermoregulatory homeostasis and the response to brain ischemia. *Curr Neurovasc Res.* 2011;8(1):64-74
44. Zoghi M. Yaşlılarda Kardiyovasküler Fonksiyonlar. *Türk Geriatri Dergisi.*2010;2:1-4.
45. Colloca G, Santoro M, Gambassi G. Age-related physiologic changes and perioperative management of elderly patients. *Surg Oncol.* 2010;19(3):124-30.
46. Brownie S. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *Int J Nurs Pract.* 2006;12(2):110-8.

47. Stechmiller JK. Early nutritional screening of older adults: review of nutritional support. *J Infus Nurs.* 2003 May-Jun;26(3):170-7.
48. Karadağ M, Pekin İşeri O. Determining health personnel's application trends of new guidelines for preoperative fasting: findings from a survey. *J Perianesth Nurs.* 2014;29(3):175-84.
49. Crenshaw JT, Winslow EH. Preoperative fasting: old habits die hard. *Am J Nurs.* 2002;102(5):36-44.
50. Baril P, Portman H. Preoperative fasting: Knowledge and perceptions. *AORN J.* 2007;86:609-617.
51. Crenshaw JT, Winslow E. Preoperative fasting duration and medication instruction: Are we improving? *AORN J.* 2008; 88:963-976.
52. Bothamley J, Mardell A. Preoperative fasting revisited. *Br J Perioper Nurs.* 2005;15(9):370-4.
53. Tosun B, Yava A, Açikel C. Evaluating the effects of preoperative fasting fluid limitations. *Int. J. Nurs. Pract.* 2014.Feb.28.doi:10.1111/ijn.12239.
54. American Society of Anesthesiologists Committee. Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: Application to healthy patients undergoing elective procedures: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology.* 2011;114:495-511.
55. TARD. Anesthesia practice guidelines, preoperative arrangements, 2005. Available at: www.tard.org.tr/kilavuz/3.pdf. 01.06 2015.
56. Cave ME, Pinsky MR. Early or late parenteral Nutrition: ASPEN vs ESPEN. *Crit Care* 2011; 15:317.
57. Cantürk N Z, Şimşek T. Nütrisyonunda Temel Kavramlar: Malnutrisyonun Etkisi, Nutrisyon Durumunun Değerlendirilmesi, Makro-Mikro Besin Öğeleri, Nutrisyon Gereksinimlerinin Saptanması. *Türkiye klinikleri Journal of Anesthesia and Reanimation.*2010;3(2):1-7.

58. Torgersen Z, Balters M. Perioperative nutrition. *Surg Clin North Am.* 2015; 95(2):255-67.
59. Alberda C, Graf A, McCargar L. Malnutrition: etiology, consequences, and assessment of a patient at risk. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20(3):419-39.
60. Souza TT, Sturion CJ, Faintuch J. Is the skeleton still in the hospital closet? A review of hospital malnutrition emphasizing health economic aspects. *Clin Nutr.* 2015 Mar 4. pii: S0261-5614(15)00051-5.
61. Sanchez JA, Sanchez LL, Dudrick SJ. Nutritional considerations in adult cardiothoracic surgical patients. *Surg Clin North Am.* 2011;91(4):857-75.
62. Cabrerizo S, Cuadras D, Gomez-Busto F, Artaza-Artabe I, Marín-Ciancas F, Malafarina V. Serum albumin and health in older people: Review and meta analysis. *Maturitas.* 2015;81(1):17-27.
63. Ulusoy Ş, Kaynar K. Nutrisyonel Durumun Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nephrology-Sepacial Topic* 2009;2 (2):7-13.
64. Farid K, Zhang Y, Bachelier D, Gilson P, Teixeira A, Safar ME, Blacher J. Cognitive impairment and malnutrition, predictors of all-cause mortality in hospitalized elderly subjects with cardiovascular disease. *Arch Cardiovasc Dis.* 2013;106(4):188-95.
65. Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: literature review. *J Adv Nurs.* 2005;50(1):69-83.
66. Evans L, Best C. Accurate assessment patient weigh. *Nurs Times.* 2014 Mar 19-25;110(12):12-4.
67. Yoon JL, Cho JJ, Park KM, Noh HM, Park YS. Diagnostic performance of body mass index using the Western Pacific Regional Office of World Health Organization reference standards for body fat percentage. *J Korean Med Sci.* 2015;30(2):162-6.
68. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?intropage=intro_3.html. Erişim.08.06.2015.
69. Paktekin Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar- Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitabevi.2013;S:13-171.

70. Ocakbaşı AF, Ecevit Alpar Ş. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. İstanbul Tıp Kitabevi.2013; S:131-177.
71. http://sagliksen.org.tr/files/hemsire_yonetmeligi.pdf.Erişim.06.06.2015.
72. Lawrence DR, Valencia O, Smith EE, Murday A, Treasure T. Parsonnet score is a good predictor of the duration of intensive care unit stay following cardiac surgery. *Heart*. 2000 Apr;83(4):429-32.
73. Ai AL, Wink P, Shearer M. Secular reverence predicts shorter hospital length of stay among middle-aged and older patients following open-heart surgery. *J. Behav Med*.2011;34(6):532-41.
74. Azarfarin R, Ashouri N, Totonchi Z, Bakhshandeh H, Yaghoubi A. Factors influencing prolonged ICU stay after open heart surgery. *Res Cardiovasc Med*. 2014 Oct 14;3(4):e20159.
75. http://www.tegv.org/i/Assets/mailling_agustos_2012/arastirma-1.html. Erişim.10.06.2015
76. <http://www.tkd.org.tr/>.Erişim.10.06.2015.
77. Boban M, Persic V, Miletic B, Kovacicek K, Madzar Z. Heart surgery stems increased nutritional risk, expressed during the course of stationary rehabilitation. *Ann Nutr Metab*. 2013;63(1-2):17-24.
78. Wang G, Chen H, Liu J, Ma Y, Jia H. A comparison of postoperative early enteral nutrition with delayed enteral nutrition in patients with esophageal cancer. *Nutrients*. 2015; 2;7(6):4308-17.
79. Dupertuis YM, Kossovsky MP, Kyle UG, Raguso CA, Genton L, Pichard C. Food intake in 1707 hospitalised patients: a prospective comprehensive hospital survey. *Clin Nutr*. 2003 Apr;22(2):115-23.
80. Montejo JC. Enteral nutrition-related gastrointestinal complications in critically ill patients: a multicenter study. The Nutritional and Metabolic Working Group of the Spanish Society of Intensive Care Medicine and Coronary Units. *Crit Care Med*. 1999;27(8):1447-53.
81. Prenner G, Wasler A, Fahrleinter-Pammer A, Werkgartner G, Mischinger HJ, Koter S, Roller R, Wagner D. The role of serum albumin in the prediction of

- malnutrition in patients at least five yr after heart transplantation. *Clin Transplant*. 2014;28(6):737-42.
82. Jung SM, Cho CK: The effects of deep and light propofol anesthesia on stress response in patients undergoing open lung surgery: a randomized controlled trial. *Korean J Anesthesiol*. 2015;68(3):224-31.
 83. Koen M, Nakamura S, Takano H, Shimizu W. Drug-resistant vasospastic angina pectoris with plaque erosion in the focal spastic lesion confirmed with coronary angiography. *BMJ Case Rep*. 2015 Jun 8;2015.
 84. Ringaitienė D, Gineitytė D, Vicka V, Žvirblis T, Šipylaitė J, Irnius A, Ivaškevičius J, Kačergius T. Impact of malnutrition on postoperative delirium development after on pump coronary artery bypass grafting. *J Cardiothorac Surg*. 2015;10(1):74.
 85. DiMaria-Ghalili RA. Changes in body mass index and late postoperative outcomes in elderly coronary bypass grafting patients: a follow-up study. *Biol Res Nurs*. 2004;6(1):24–36.
 86. Anker SD, Laviano A, Filippatos G, John M, Paccagnella A, Panikowski P, et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: on cardiology and pneumology. *Clin Nutr*. 2009;28(4):455–60.
 87. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr*. 2008;27(1):5-15.
 88. Karadağ M, Pekin İşeri O. Determining health personnel's application trends of new guidelines for preoperative fasting: findings from a survey. *J Perianesth Nurs*. 2014;29(3):175-84.
 89. Naithani S, Whelan K, Thomas JE, Gulliford MC. Multiple morbidity is associated with increased problems of food access in hospital: a cross-sectional survey utilising the Cumulative Illness Rating Scale. *J Hum Nutr Diet*. 2010;23(6):575-82.
 90. Naithani S, Whelan K, Thomas J, Gulliford MC, Morgan M. Hospital inpatients' experiences of access to food: a qualitative interview and observational study. *Health Expect*. 2008;11(3):294-303.

8. EKLER

EK 1. Etik Kurul Onayı

EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu

EK 3. Veri Toplama Formları

EK 1. Etik Kurul Onayı

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 03
OTURUM TARİHİ : 03 Şubat 2015
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 03 Şubat 2015 günü yapılan 03'ncü oturumunda GATA Kalp Damar Cerrahisi AD.Bşk.lığında görevli Uzm.Hem.Aynur KOYUNCU'un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Dönemde Besin Alma Durumları ve Besin Alımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı kesitsel olan araştırma dosyası değerlendirildi.


Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

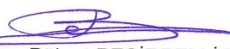
BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE


Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.


Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

TOPLANTIYA KATILMADI
Rıdvan AKIN
Prof.Tbp.Alb.


Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Diş.Tbp.Alb.

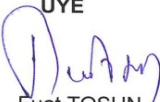
ÜYE

ÜYE

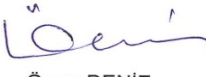
ÜYE

ÜYE


Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI
Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

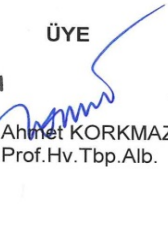
ÜYE

ÜYE

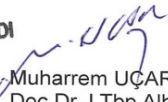
ÜYE

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI
Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.


Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI
Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.


Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI
Emine İYİĞÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ

21.01.2015

Sayın Aynur KOYUNCU

“Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Dönemde Besin Tüketimi ve Besin Tüketimini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” konulu çalışmanız 21.01.2015 tarih 2015-003 nolu etik kurul kararı uyarınca uygun bulunmuş olup;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mustafa Yılmaz KILINÇ
MÜHF. Öğretim Üyesi
Etik Kurul Başkanı

EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın katılımcı;

“Açık Kalp Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Perioperatif Dönemde Besin Tüketimi ve Besin Tüketimini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi” isimli çalışmaya davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada ameliyat öncesi ve sonrasındaki süreçte besin alma durumunuzu ve bu durumu etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız araştırmacının size soracağı soruları cevaplamanız gerekmektedir. Araştırma kapsamında vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde alacağınız tedavi ve bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkürler...

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU KLİNİK ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMASIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Aynur KOYUNCU

GATF Kalp Damar Cer. AD. Eğitim Hemşiresi

EK 3. Veri Toplama Formu

VERİ TOPLAMA FORMU -BÖLÜM I- TANITICI ÖZELLİKLER

1. Doğum tarihi (yıl):
2. Cinsiyeti:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Hastanın eğitim durumu:
 - a. Okuma-Yazma Biliyor
 - b. İlköğretim
 - c. Ortaöğretim
 - d. Lisans
 - e. Lisansüstü
4. Çalışma Durumu:
 - a. Aktif Çalışan
 - b. Emekli
 - c. Ev hanımı
 - d. Çalışmıyor
5. Refakatçi durumu:
 - a. Var
 - b. Yok
6. Kronik hastalık:
 - a. Hipertansiyon.....
 - b. Böbrek yetmezliği.....
 - c. Diyabet.....
 - d. Akciğer hast.....
 - e. Diğer.....
7. Sürekli kullandığı ilaç:
 - a. Yok
 - b. Var
8. Ameliyatın adı:
9. Yaşadığı yer / Yöre:
 - a. Köy,
 - b. Şehir
 - c. Büyükşehir
10. Beslenme tercihi:
 - a. Yok/Normal
 - b. Vejeteryan
11. : EUROSCORE Risk puanı:
12. Protez diş kullanımı:
 - a. Yok
 - b. Var
13. Ekstübasyon süresi:saat
14. Yoğun bakımda kalma süresi:saat/gün
15. Hastanede kalma süresi:gün
16. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar (Postoperatif süreç için toplanacaktır):
 - a. Bulantı (..... gün)
 - b. Kusma (.....gün)
 - c. Kabızlık.....(.....gün)
 - d. Diyare (.....gün)

VERİ TOPLAMA FORMU -BÖLÜM II-
(Cerrahiden bir gün önce, cerrahiden bir, üç, beş gün sonra olmak üzere toplam 4 kez toplanacaktır.)

CERRAHİDEN 1 GÜN ÖNCE (PREOPERATİF BÖLÜM)

Cerrahiden bir gün önce son 24 saatteki yemek yeme durumunu gösteren Tablo.

ÖĞÜN	Saati	Yemeğin İçeriği	Yemeğin %olarak ne kadarını bitirdiniz?
Sabah Kahvaltısı			
1.Ara Öğün			
Öğlen Yemeği			
2. Ara Öğün			
Akşam Yemeği			
Gece Öğünü			

1. Cerrahi öncesi boy:cm, kilo:kg
2. Cerrahi öncesi albümin:
3. Cerrahi öncesi hemoglobinin:
4. Cerrahi öncesi AKŞ:
5. Aşağıdaki tabloda yemek yemenizi etkileyebileceği düşünülen bazı durumlar verilmiştir. Bu durumların sizin bu gün yemek yemenizde ne derece etkili olduğunu gösteren kutuyu lütfen işaretleyiniz.

	Yemek Yemenizi Etkileyebilecek durumlar	Çok etkiledi	Biraz Etkiledi	Hiç Etkilemedi
1.	Kendimi iştahsız hissediyor olmam			
2.	Kendimi çok stresli hissetmem			
3.	Protez dişlerimin yanımda olmaması /Ağız içi veya dişimle ilgili problemlerin olması.			
4.	Ağzımın tadının olmaması			
5.	Tansiyonumun yükselmesinden korkmam.			
6.	Şekerimin yükselmesinden korkmam			
7.	Göğüs ağrımın başlamasından korkmam.			
8.	Şu anda kabız olmam veya kabız olmaktan endişelenmem			
9.	Yemeklerin gaz yapmasından endişelenmem			
10.	Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem			
11.	Kolumdaki damar yollarının çıkmasından endişelenmem			
12.	Hekim/ hemşirenin yemekle ilgili açıklamaları			
13.	Yemek yiyebileceğim konusunda bilgi verilmemesi			
14.	Yemeğin tuzsuz olması			
15.	Yemeğin soğuk veya çok sıcak olması			
16.	Tabak ve kaşık çatalların temiz olmaması.			
17.	Yemeğin alışkın olduğum şekilde hazırlanmaması			
18.	Altımı kirletmekten endişelenmem			
19.	Hastane masraflarının artmasından endişelenmem			
20.	Yemeklerin sunum zamanlarının benim alışkın olduğum zamanlarda olmaması			
21.	Yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması			
22.	Yemek sırasında ağrımın olması			
23.	Yemek öncesi bulantımın olması			
24.	Yemek sırasında bulantımın olması			
25.	Hekim ve hemşire tarafından aç kalmamın söylenmesi			

5. Cerrahi sırasında kusma/aspirasyon a) Var b) Yok

CERRAHİDEN BİR GÜN SONRA (YOĞUN BAKIM)

1. Ekstübasyon sonrası ilk oral beslenme saati: Ekstübasyondansaat sonra oral alım başladı.
2. İlk oral alım sırasında komplikasyon: a.Yok b.Var.....

Cerrahiden bir gün sonra yemek yeme durumu durumunu gösteren Tablo

ÖĞÜN	Saati	Yemeğin İçeriği	Yemeğin %olarak ne kadarını bitirdiniz?
Sabah Kahvaltısı			
1.Ara Öğün			
Öğlen Yemeği			
2. Ara Öğün			
Akşam Yemeği			
Gece Öğünü			

1. Vücut Ağırlığı: kg
2. Albümin:
3. Hemoglobinin:
4. AKŞ:
5. Aşağıdaki tabloda yemek yemenizi etkileyebileceği düşünülen bazı durumlar verilmiştir. Bu durumların sizin bu gün yemek yemenizde ne derece etkili olduğunu gösteren kutuyu lütfen işaretleyiniz.

	Yemek Yemenizi Etkileyebilecek durumlar	Çok etkiledi	Biraz Etkiledi	Hiç Etkilemedi
1.	Kendimi iştahsız hissediyor olmam			
2.	Kendimi çok stresli hissetmem			
3.	Protez dişlerimin yanımda olmaması /Ağız içi veya dişimle ilgili problemlerin olması.			
4.	Ağzımın tadının olmaması			
5.	Tansiyonumun yükselmesinden korkmam.			
6.	Şekerimin yükselmesinden korkmam			
7.	Göğüs ağrımın başlamasından korkmam.			
8.	Şu anda kabız olmam veya kabız olmaktan endişelenmem			
9.	Yemeklerin gaz yapmasından endişelenmem			
10.	Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem			
11.	Kolumdaki damar yollarının çıkmasından endişelenmem			
12.	Hekim/ hemşirenin yemekle ilgili açıklamaları			
13.	Yemek yiyebileceğim konusunda bilgi verilmemesi			
14.	Yemeğin tuzsuz olması			
15.	Yemeğin soğuk veya çok sıcak olması			
16.	Tabak ve kaşık çatalların temiz olmaması.			
17.	Yemeğin alışkın olduğum şekilde hazırlanmaması			
18.	Altımı kirletmekten endişelenmem			
19.	Hastane masraflarının artmasından endişelenmem			
20.	Yemeklerin sunum zamanlarının benim alışkın olduğum zamanlarda olmaması			
21.	Yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması			
22.	Yemek sırasında ağrımın olması			
23.	Yemek öncesi bulantımın olması			
24.	Yemek sırasında bulantımın olması			
25.	Hekim ve hemşire tarafından aç kalmamın söylenmesi			

CERRAHİDEN ÜÇ GÜN SONRA(POSTOPERATİF BÖLÜM)

Cerrahiden üç gün sonra yemek yeme durumu durumunu gösteren Tablo

ÖĞÜN	Saati	Yemeğin İçeriği	Yemeğin %olarak ne kadarını bitirdiniz?
Sabah Kahvaltısı			
1.Ara Öğün			
Öğlen Yemeği			
2. Ara Öğün			
Akşam Yemeği			
Gece Öğünü			

1. Vücut Ağırlığı: kg

2. Albümin:

3. Hemogloblin:

4. AKŞ:

5.Aşağıdaki tabloda yemek yemenizi etkileyebileceği düşünülen bazı durumlar verilmiştir. Bu durumların sizin bu gün yemek yemenizde ne derece etkili olduğunu gösteren kutuyu lütfen işaretleyiniz.

	Yemek Yemenizi Etkileyebilecek durumlar	Çok etkiledi	Biraz Etkiledi	Hiç Etkilemedi
1.	Kendimi iştahsız hissediyor olmam			
2.	Kendimi çok stresli hissetmem			
3.	Protez dişlerimin yanımda olmaması /Ağız içi veya dişimle ilgili problemlerin olması.			
4.	Ağzımın tadının olmaması			
5.	Tansiyonumun yükselmesinden korkmam.			
6.	Şekerimin yükselmesinden korkmam			
7.	Göğüs ağrımın başlamasından korkmam.			
8.	Şu anda kabız olmam veya kabız olmaktan endişelenmem			
9.	Yemeklerin gaz yapmasından endişelenmem			
10.	Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem			
11.	Kolumdaki damar yollarının çıkmasından endişelenmem			
12.	Hekim/ hemşirenin yemekle ilgili açıklamaları			
13.	Yemek yiyebileceğim konusunda bilgi verilmemesi			
14.	Yemeğin tuzsuz olması			
15.	Yemeğin soğuk veya çok sıcak olması			
16.	Tabak ve kaşık çatalların temiz olmaması.			
17.	Yemeğin alışkın olduğum şekilde hazırlanmaması			
18.	Altımı kirletmekten endişelenmem			
19.	Hastane masraflarının artmasından endişelenmem			
20.	Yemeklerin sunum zamanlarının benim alışkın olduğum zamanlarda olmaması			
21.	Yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması			
22.	Yemek sırasında ağrımın olması			
23.	Yemek öncesi bulantımın olması			
24.	Yemek sırasında bulantımın olması			
25.	Hekim ve hemşire tarafından aç kalmamın söylenmesi			

CERRAHİDEN BEŞ GÜN SONRA (POST OPERATİF BÖLÜM)

Cerrahiden beş gün sonra yemek yeme durumu durumunu gösteren Tablo

ÖĞÜN	Saati	Yemeğin İçeriği	Yemeğin %olarak ne kadarını bitirdiniz?
Sabah Kahvaltısı			
1.Ara Öğün			
Öğlen Yemeği			
2. Ara Öğün			
Akşam Yemeği			
Gece Öğünü			

1. Vücut Ağırlığı: kg

2. Albümin:

3. Hemogloblin:

4. AKŞ:

5. Aşağıdaki tabloda yemek yemenizi etkileyebileceği düşünülen bazı durumlar verilmiştir. Bu durumların sizin bu gün yemek yemenizde ne derece etkili olduğunu gösteren kutuyu lütfen işaretleyiniz.

	Yemek Yemenizi Etkileyebilecek durumlar	Çok etkiledi	Biraz Etkiledi	Hiç Etkilemedi
1.	Kendimi iştahsız hissediyor olmam			
2.	Kendimi çok stresli hissetmem			
3.	Protez dişlerimin yanımda olmaması /Ağız içi veya dişimle ilgili problemlerin olması.			
4.	Ağzımın tadının olmaması			
5.	Tansiyonumun yükselmesinden korkmam.			
6.	Şekerimin yükselmesinden korkmam			
7.	Göğüs ağrımın başlamasından korkmam.			
8.	Şu anda kabız olmam veya kabız olmaktan endişelenmem			
9.	Yemeklerin gaz yapmasından endişelenmem			
10.	Kendimi yemek yiyemeyecek kadar halsiz hissetmem			
11.	Kolumdaki damar yollarının çıkmasından endişelenmem			
12.	Hekim/ hemşirenin yemekle ilgili açıklamaları			
13.	Yemek yiyebileceğim konusunda bilgi verilmemesi			
14.	Yemeğin tuzsuz olması			
15.	Yemeğin soğuk veya çok sıcak olması			
16.	Tabak ve kaşık çatalların temiz olmaması.			
17.	Yemeğin alışkın olduğum şekilde hazırlanmaması			
18.	Altımı kirlletmekten endişelenmem			
19.	Hastane masraflarının artmasından endişelenmem			
20.	Yemeklerin sunum zamanlarının benim alışkın olduğum zamanlarda olmaması			
21.	Yemek öncesinde ağırlı işlemler yapılması			
22.	Yemek sırasında ağrımın olması			
23.	Yemek öncesi bulantımın olması			
24.	Yemek sırasında bulantımın olması			
25.	Hekim ve hemşire tarafından aç kalmamın söylenmesi			
	SİZİN DÜŞÜNCENİZ:			

Veri toplama formu ilgili literatür taranarak, uzman görüşü alınarak ve klinik gözlemler sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

9. ÖZGEÇMİŞ

1. **Adı Soyadı** :Aynur KOYUNCU
2. **Doğum Tarihi** :11.02.1972
3. **Unvanı** :Hemşire
4. **İletişim Bilgileri** :Giresun Cad. Güneş Apt. 45/11 Etlik /ANKARA
Tel: 03123250069

Gsm: 05398555092

Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Kalp damar Cerrahisi
Yoğun Bakım Etlik/ANKARA
Tel: 03123045265 / 03123045266

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Alan	Okul	Yıl
Sağlık Meslek Lisesi	Hemşirelik	Gülhane Askeri Tıp Akademisi TSK Sağlık Meslek Lisesi/ Ankara	1986-1990
Ön lisans	Hemşirelik	Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Hemşirelikte Ön lisans programı	1994-1996
Lisans	Hemşirelik	Atatürk Üniversitesi Uzaktan Eğitim Fakültesi Hemşirelikte Lisans Tamamlama Programı	2009-2011
Yüksek Lisans	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı	2012-2014
Yüksek Lisans Tezi	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı	2014-2015

Yayınlar

1.Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI & SSCI & Arts and Humanities)

1.1. **KOYUNCU, A.,ETİ ASLAN, F., USLU, Y.,DEMİRKILIÇ, U.:** Problems, nurse face within the intensive care units illustrated by four case reports. **Anadolu Kardiyoloji Dergisi.** 2013,Nov25 doi 10.5152 akd.2013.5035.

1.2.YAVA, A., **KOYUNCU, A., TOSUN, N., KILIÇ, S.:** Effectiveness of local cold application on skin burns and pain after transthoracic cardioversion. **Emergency Medicine Journal,** 2012;29:7 544-549.

1.3.**KOYUNCU, A., YAVA, A., KÜRKLÜOĞLU, M., GÜLER, DEMİRKILIÇ, U.:** Weaning from mechanical ventilation and nursing. **Turkish Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery,** 2011;19(4):671-681.

2.Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

2.1.**KOYUNCU, A., YAVA, A., KÜRKLÜOĞLU, M., ÇİÇEK, H.,GÜLER, A., DEMİRKILIÇ, U.:**Determination of the herbal products used by patients with ischemic heart disease prior to surgery. **İnternational Journal of Caring Science** 2014;7(1)66-74.

3. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler

3.1. **KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F., YAVA, A., ÇINAR, D., OLGUN, N.:** Kalp damar cerrahisi yoğun bakımda tedavi gören hastaların hasta ziyaretinden beklentileri. **Sözel Bildiri.** 10th İnternational Congress of World Federation of Critical Care Nurses& 6th National Critical Care Nursing Congress. 12-15 November 2014.Antalya(Programme & Abstract Book).

3.2. ÇINAR, D., OLGUN, N., **KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F.:** Yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin hasta yakınlarını bilgilendirmede yaşadıkları deneyimler: Niteliksel bir çalışma. **Sözel Bildiri.** 10th İnternational Congress of World Federation of Critical Care Nurses& 6th National Critical Care Nursing Congress. 12-15 November 2014.Antalya(Programme & Abstract Book).

3.3. **KOYUNCU, A., YAVA, A., ETİ ASLAN, F.:** Kan transfüzyonun tarihçesi. **Poster Bildiri.** 10th İnternational Congress of World Federation of Critical Care

Nurses& 6th National Critical Care Nursing Congress. 12-15 November 2014Antalya(Programme & Abstract Book).

3.4. **KOYUNCU, A.,** ETİ ASLAN, F., YAVA, A.: Lateks Allerjisi Artıyor mu? İki kontakt dermatit olgusu. **Poster Bildiri.** 10th İnternational Congress of World Federation of Critical Care Nurses& 6th National Critical Care Nursing Congress. 12-15 November 2014.Antalya(Programme & Abstract Book).

3.5. **KOYUNCU, A.,** YAVA, A., ETİ ASLAN, F.: Yoğun bakımda yeni bir monitorizasyon yöntemi: serebral oksimetre. **Poster Bildiri.** 10th İnternational Congress of World Federation of Critical Care Nurses& 6th National Critical Care Nursing Congress. 12-15 November 2014.Antalya(Programme & Abstract Book).

3.6. **KOYUNCU, A.,** YAVA, A., ETİ ASLAN, F.: Yoğun bakımda deliryum yönetimi. **Poster Bildiri.** 10th İnternational Congress of World Federation of Critical Care Nurses& 6th National Critical Care Nursing Congress. 12-15 November 2014.Antalya(Programme & Abstract Book).

3.7. **KOYUNCU, A.,** YAVA, A., ETİ ASLAN, F.: Kardiyak cerrahi uygulanan hastaların uyanma sürecinde iletişim gereksinimleri. **Sözel Bildiri.** 13. Uluslararası katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi. Titanik Deluxe Belek Antalya. 30 Ekim- 2 Kasım 2014. (Özet: Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Cilt 22. Ekim.2014)

3.8. YAVA, A., **KOYUNCU, A.:** Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi. **Sözel Bildiri.** 13. Uluslararası katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi. Titanik Deluxe Belek Antalya. 30 Ekim- 2 Kasım 2014. (Özet: Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Cilt 22. Ekim.2014)

3.9. **KOYUNCU, A.,** ETİ ASLAN, F., YALIN, H.:Kalp damar cerrahisi hemşireliğinde eleştirel düşünme ve kanıt temelli bakım. **Poster Bildiri.** 13. Uluslararası katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi. Titanik Deluxe Belek Antalya. 30 Ekim- 2 Kasım 2014. (Özet: Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Cilt 22. Ekim.2014)

3.10. **KOYUNCU, A.,** ETİ ASLAN, F., KARABACAK, Ü.: Oksijen saturasyonunu belirlemede puls oksimetre mi? Kangazı mı? **Poster Bildiri.** 13. Uluslararası katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi. Titanik Deluxe Belek Antalya. 30 Ekim- 2 Kasım 2014. (Özet: Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Cilt 22. Ekim.2014)

- 3.11. **KOYUNCU, A., YAVA, A., ETİ ASLAN, F.:** Kalp cerrahisi sonrasında uyku kalitesini arttırmada ilaç dışı yöntemler. **Poster Bildiri.** 13. Uluslararası katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi. Titanik Deluxe Belek Antalya. 30 Ekim- 2 Kasım 2014. (Özet: Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Cilt 22. Ekim.2014)
- 3.12. **KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F., YAVA, A.:** Kalp cerrahisi uygulanan hastalarda beslenme ve iyileşme. **Poster Bildiri.** 13. Uluslararası katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi. Titanik Deluxe Belek Antalya. 30 Ekim- 2 Kasım 2014. (Özet: Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Cilt 22. Ekim.2014)
- 3.13. **KOYUNCU, A., YAVA, A., ETİ ASLAN, F.:** Kardiyak arrest önceden belirlenebilir mi? **Poster Bildiri.** 13. Uluslararası katılımlı Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği Kongresi. Titanik Deluxe Belek Antalya. 30 Ekim- 2 Kasım 2014. (Özet: Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi. Cilt 22. Ekim.2014)
- 3.14. **KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F., KARABACAK, Ü., DEMİRKILIÇ, U.:** Practices, wich speed up the healing process in the intensive care and nursing. 22nd Annual Meeting of Asian Society for Cardiovascular and thoracic surgery. **Oral Presentation,** ATTS- ASCVTS, Postgraduate/Congenital/Thoracic. Istanbul/ Turkey. ASCVTS Abstract book. 03-06- April 2014.
- 3.15. **KOYUNCU; A., ETİ ASLAN, F., USLU, Y., DEMİRKILIÇ, U.:**Problems, Nurses Face with in the Intensive Care Units by four Case Reports. **Poster Presentation,** ATTS- ASCVTS, Postgraduate/ Congenital/Thoracic. Istanbul/ Turkey. ASCVTS Abstract book, 03-06- April 2014.
- 3.16. **KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F.:** The efect of training caregivers for the patients, who had coronary artery bypass surgery and telephone counseling, on controlling the health problems after being discharged in Turkey. **Poster Presentation,** ATTS- ASCVTS, Postgraduate/ Congenital/Thoracic. Istanbul/ Turkey. ASCVTS Abstract book, 03-06- April 2014.
- 3.17. **YAVA, A., KOYUNCU, A., PUSAT, N., YILDIRIM, V., DEMİRKILIÇ, U.:** Invasive and Noninvasive Procedures Performed in the Cardiac Surgical Intensive Care and Posoperative Pain. **Poster Presentation,** ATTS- ASCVTS, Postgraduate/ Congenital/Thoracic. Istanbul/ Turkey. ASCVTS Abstract book, 03-06- April 2014.
- 3.18. **KOYUNCU, A., YAVA, A., DEMİRKILIÇ, U.:** The Knowledge And Attitudes of nurses on Phlebitis in a Training and Reserch Hospital **Poster Presentation,** ESICM 24rd Annual Congress, Lizbon, 13-17 October 2012. Abstract in Intensive Care Medicine

- 3.19. **KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Kalp Damar Cerrahisi Hemşire Eğitiminde Similatör Kullanımı. Davetli konuşmacı **Oral Presentation**, 7th International Congress of Update in Cardiology and Cardiovascular Surgery in association with “TCT Mediterranean” which was held in Antalya, Turkey, on March 24-27,2011
- 3.20. **KÜRKLÜOĞLU, M., KOYUNCU, A., YAVA, A., CİNGÖZ, F., ARSLAN, M.:** Congenital Heart Surgery in Adults; Institutional Experience on Surgical Techniques and Mortality. **Poster Presentation**, 3rd Scientific Meeting of The World Society For Pediatric and Congenital Heart Surgery, İstanbul, Turkey June 23-26, 2011.
- 3.21. **KOYUNCU, A., YAVA, A., KÜRKLÜOĞLU, M., ÇİÇEK, H., DEMİRKILIÇ, U.:** The Usage of Herbal Remedies Before Surgery in Patients with Cardiovascular Diseases. **Poster Presentation**, ESICM 23rd Annual Congress, Barcelona, 9-13 October 2010 (Abstract in Intensive Care Medicine vol; 36 suppl. 2, September 2010)
- 3.22. **YAVA, A., KOYUNCU, A., KÜRKLÜOĞLU, M., KOYUNCU, F.:** Sleep Quality after Cardiac Surgery in the Intensive Care Unit. **Poster Presentation**, ESICM 23rd Annual Congress, Barcelona, 9-13 October 2010 (Abstract in Intensive Care Medicine vol; 36 suppl. 2, September 2010)
- 3.23. **KOYUNCU, A.:** Mekanik Ventilatörde alarmlar ve grişimler. Davetli konuşmacı. **Oral Presentation**, 59th The European Society for Cardio-Vascular Surgery International Congress, (ESCVS), İzmir, Turkey, 15-18 April 2010
- 3.24. **YAVA, A., KOYUNCU, A., KOYUNCU, F.:** The Role of the Preoperative Anxiety on Delirium After Open Heart Surgery, **Oral Presentation**, 10th Congress of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, 6th Annual Congress of the World Federation of Critical Care Nurses, Florence-Italy, 28 August-1 September 2009.
- 3.25. **YAVA, A., KOYUNCU, A., TOSUN, N.:** Knowledge and Attitudes of Cardiology and Cardiovascular Surgery Nurses About Pain Management, **Oral Presentation**, 10th Congress of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine, 6th Annual Congress of the World Federation of Critical Care Nurses, Florence-Italy, 28 August-1 September 2009.
- 3.26. **YAVA, A., KOYUNCU, A., ATILGAN, K., ÖZ, B., CİNGÖZ, F.,** The Role of The Preoperative Anxiety on Delirium After Open Heart Surgery, **Oral Presentation**, 58th The European Society for Cardio-Vascular Surgery International Congress, Warsaw, Poland, April 30- May 2, 2009.

3.27. YAVA, A., **KOYUNCU, A.**, TOSUN, N.: Knowledge and Attitudes of Cardiology and Cardiovascular Surgery Nurses About Pain Management, **Poster Presentation**, 58th The European Society for Cardio-Vascular Surgery International Congress, Warsaw, Poland, April 30- May 2, 2009.

3.28. **KOYUNCU, A.**, YAVA, A., OZ, B., CİNGOZ, F.: A Planned and Organized Nursing Care Decreases Morbid Complication and may Save the Patient Life, **Poster Presentation**, 58th The European Society for Cardio-Vascular Surgery International Congress, Warsaw, Poland, April 30- May 2, 2009.

3.29. YAVA, A., **KOYUNCU, A.**, GULER, A., CİNGOZ, F., OZ, B.: Postoperative Pain and Patients Requirements for Pain Management after Cardiac Surgery: A Qualitative Study, **Poster Presentation**, 58th The European Society for Cardio-Vascular Surgery International Congress, Warsaw, Poland, April 30- May 2, 2009.

3.30. YAVA, A., **KOYUNCU, A.**: Communication Experiences with Intubated Patients in ICU, **Oral Presentation**, 2nd EfCCNa Congress, Amsterdam, The Netherlands, 10-12 November 2005

4. Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler

4.1.YAVA, A & **KOYUNCU, A.**: Yoğun Bakımda Parenteral İlaç Uygulama Rehberi. Nobel Kitabevi. Adana, Şubat. 2014.

4.2. **KOYUNCU, A.**, YAVA, A.: Acil Serviste İlaç uygulamaları, Erişkinlerde Acil Bakım Kitabı, Editörler; Prof.Dr. Fatma Eti Aslan, Prof. Dr. Nermin Olgun, Akademisyen Kitabevi, İstanbul, Eylül 2014.

4.3.YAVA, A., **KOYUNCU, A.**:Kritik Bakım, Erişkinlerde Acil Bakım Kitabı, Editörler; Prof.Dr. Fatma Eti Aslan, Prof. Dr. Nermin Olgun, Akademisyen Kitabevi, İstanbul, Eylül 2014.

5. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler

5.1. **KOYUNCU, A.**, ETİ, ASLAN, F., KARABACAK, Ü., DEMİRKILIÇ, U.: Nursing and Practices That Speed up Healing in Heart Surgery. **Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi**. 2015;21(1):42-50.

5.2.**KOYUNCU, A.**, ETİ, ASLAN, F.:Sağlık bakımında görünmeyen tehlike: Plastik ürünler ve etkileri. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**.2014;17(2):117-124.

5.3.YAVA, A., KOYUNCU, A., DEMİRKILIÇ, U.: Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Hemşireliği Eğitiminde Simülatör Kullanımı. **Türkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences**. 2013;25(3):149-157.

5.4.YAVA, A., KOYUNCU, A., PUSAT, N., YILDIRIM V., DEMİRKILIÇ, U.:Kardiyak Cerrahi Yoğun Bakımda Uygulanan İnvaziv ve Noninvaziv Grişimler ve Postoperatif Ağrı. **Göğüs Kalp Damar Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği Dergisi**.2013;19(4):184-190.

5.5.KOYUNCU, A.,YAVA, A., DEMİRKILIÇ, U.:Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Flebit Konusundaki Bilgi ve Tutumları. **Ulusal Vasküler Cerrahi Derneği Damar Cerrahisi Dergisi**.2013; 22(2):217-224.

5.6.KOYUNCU, A., YAVA, A., GÜLER, A., KÜRKLÜOĞLU M., CİNGÖZ, F., DEMİRKILIÇ U.: İn hale Nitrik Oksit Tedavisi Uygulanan hastanın hemşirelik bakımı: Olgu Sunumu. **Anatol J Clin İntestig**.2013; 7(1):55-58.

5.7. KOYUNCU, A., YAVA, A., CİNGÖZ, F., YILDIRIM, V., KURALAY, E.: Akciğer Atelektazisinin Giderilmesinde Bağımsız Akciğer Ventilasyonu: Olgu Sunumu, **Anatol J Clin Investig**, 2(4):183-186, 2008.

5.8. YAVA, A., ÇİÇEK, H., TOSUN, N., YANMIŞ, N., KOYUNCU, A., GÜLER, A., AKBAYRAK, N.: Kardiyoloji Ve Kalp Damar Cerrahisi Hemşirelerinin Araştırma Sonuçlarını Kullanmalarını Etkileyen Faktörler. **Anatol J Clin Investig**, 2(4): 160–166, 2008.

5.9. YAVA, A., KOYUNCU, A.: Entübe Hastalar ile İletişim Deneyimlerimiz: Olgu Sunumları, **Gülhane Tıp Dergisi**.2006; 48: 175-179.

6. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

6.1.KOYUNCU A., KARABACAK Ü., ETİ ASLAN F., BEDİR O., KILIÇ S., DEMİRKILIÇ U.: Koroner bypass cerrahisi uygulanan hastalarda kekik suyu gargarasının boğaz ağrısı, ses kısıklığı, ağızda kötü koku ve enfeksiyon kontrolüne etkisi. **Sözel Bildiri**. Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi.27-29 Mayıs 2015.Kayseri.

6.2.KOYUNCU A., YAVA A., ETİ ASLAN F.: Alıç meyvesinin kardiyovasküler sistem üzerine etkileri. **Poster Bildiri**. Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi.27-29 Mayıs 2015.Kayseri.

6.3.KOYUNCU A., YAVA A., ETİ ASLAN F., ÇINAR D., OLGUN N., DEMİRKILIÇ U.: Kalp damar cerrahisi polikliniğine müracaat eden hasta ve yakınlarının kan bağıışı ve kan nakline kültürel bakış açılarının incelenmesi. **Sözel**

Bildiri. Uluslararası Katılımlı Kùltùrlerarası Hemşirelik Kongresi.21-23 Mayıs 2015.Çanakkale.

6.4.**KOYUNCU A., ETİ ASLAN F., YAVA A.:** Türk kùltüründe ağrı algısı ve sözel ağrı ifadeleri. **Poster Bildiri.** Uluslararası Katılımlı Kùltùrlerarası Hemşirelik Kongresi.21-23 Mayıs 2015.Çanakkale.

6.5.**KOYUNCU, A., ETİ ASLAN F., YAVA, A., KARABACAK, Ü., DEMİRKILIÇ, U.:** Kardiyak Cerrahide Hipotermi mi? **Poster Bildiri.** Minimal İnvaziv Cerrahi ve Robotik Kalp Damar Cerrahisi Sempozyumu. 10-11 Mayıs 2014, İstanbul.

6.6.**KOYUNCU, A.,YAVA, A., KARABACAK, Ü., ETİ ASLAN, F., DEMİRKILIÇ, U.:** Yoğun bakımda hasta konforunun arttırılmasında ilaç dışı yöntemler. **Poster Bildiri.** Minimal İnvaziv Cerrahi ve Robotik Kalp Damar Cerrahisi Sempozyumu. 10-11 Mayıs 2014, İstanbul.

6.7.**KOYUNCU, A., KARABACAK, Ü., ETİ ASLAN, F., YAVA, A., DEMİRKILIÇ, U.,** Kardiyak cerrahi yoğun bakım ünitesinde kalma süresini tahmin etmede kullanılan skorklama sistemleri. **Poster Bildiri.** Minimal İnvaziv Cerrahi ve Robotik Kalp Damar Cerrahisi Sempozyumu. 10-11 Mayıs 2014, İstanbul.

6.8.**KOYUNCU, A., ETİ ASLAN F., KARABACAK Ü.:**Yoğun bakımda bir ilaç uygulama bir ilaç uygulama hatası bildirimini. **Sözel Bildiri** 1. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Nisan 2014, Kongre kitabı, Gaziantep.

6.9.**KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F.:** Koroner arter bypass cerrahisi uygulanan hastalarda bir evde bakım stratejisi; bakım vericilerin bilgi düzeyinin taburculuk sonrası sağlık problemlerinin çözülme hızına etkisi. **Sözel Bildiri** 1. Dâhili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Nisan 2014,Kongre Kitabı, Gaziantep.

6.10.**KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Periferik İntravenöz kateter enfeksiyonlarını önlemeye yönelik kanıtlar ve uygulama önerileri. **Davetli Konuşmacı** 1. Dâhili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi 10-13 Nisan 2014, Kongre Kitabı, Gaziantep.

6.11.**KOYUNCU, A., YAVA, A., DEMİRKILIÇ.:** Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Flebit Konusundaki Bilgi ve Tutumları. **Sözel Bildiri** Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 12.Ulusal Kongresi 8-11 Kasım 2012, TGKDC Dergisi özel sayısı, Antalya.

6.12.**KOYUNCU, A.:** Kan Transfüzyonu Yönetimi ve Hasta Güvenliği Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 12.Ulusal Kongresi. **Davetli Konuşmacı** 8-11 Kasım 2012, TGKDC Dergisi özel sayısı, Antalya.

6.13.**KOYUNCU, A.:** Mekanik Ventilasyonda Temel Kavramlar. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 12.Ulusal Kongresi. Mekanik Ventilasyon Kursu. **Davetli Konuşmacı** 8-11 Kasım 2012, TGKDC Dergisi özel sayısı, Antalya.

6.14.**KOYUNCU, A.:** Mekanik Ventilasyonda Alarmlar. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 12.Ulusal Kongresi. Mekanik Ventilasyon Kursu. **Davetli Konuşmacı** 8-11 Kasım 2012, Antalya.

6.15.**KOYUNCU, A., YAVA, A., DEMİRKILIÇ, U.:** İskemik Kalp Hastalığı Tanısı Konulmuş Hastaların Kullandıkları Bitkisel Ürünlerin Belirlenmesi **Sözel Bildiri, 5.** TSK Ulusal/Uluslararası Katılımlı hemşirelik kongresi 3-5 Kasım.2010.Ankara.

6.16.**KOYUNCU, A., YAVA., A.:** Açık kalp Cerrahisi geçiren hastalarda pozisyona bağlı boyun ağrısını gidermede boyun yastığı etkili mi? **Sözel Bildiri, 17.** Ulusal Cerrahi Kongresi, 26-29 Mayıs 2010, Ankara.

6.17. **YAVA, A., KOYUNCU, A.:** Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerine Önemli Bir Sorun Olarak Deliryum: Tanımlama ve Hemşirelik Yaklaşımları. **Sözel Bildiri, 17.** Ulusal Cerrahi Kongresi, 26-29 Mayıs 2010, Ankara.

6.18.**KOYUNCU, A., YAVA, A., GÜLER, A., ATILGAN, K., CINGÖZ, F., DEMİRKILIÇ, U.:** Sağ Kalp yetmezliğinde Nitrik Oksit Gazı kullanımının Etkisi ve Hemşirelik Bakımı Vaka sunumu, **Poster Bildiri, 17.** Ulusal Cerrahi Kongresi, 26-29 Mayıs 2010, Ankara.

6.19.**YAVA, A., KOYUNCU, A., ÜNVER, V., APAK, D., DİZER, B.:** Kalp Damar Cerrahisi yoğun Bakım Hemşirelerinin Deliryumu Tanımlama ve Deliryumdaki hastaya yönelik bakımlarını Değerlendirmeleri, **Sözel Bildiri, 17.** Ulusal Cerrahi Kongresi, 26-29 Mayıs 2010, Ankara.

6.20.**KOYUNCU, A.:** Kosovada Kültürel ve Mesleki Deneyimlerim, Olağan Üstü Koşullarda Hemşirelik, Panel bildirisi, **Davetli Konuşmacı, 4.** Ulusal TSK Hemşirelik Kongresi.2-3 Kasım 2009.İzmir.

6.21.**KOYUNCU, A., YAVA., A.:** Açık kalp Cerrahisi geçiren hastalarda pozisyona bağlı boyun ağrısını gidermede boyun yastığı etkili mi? **Sözel Bildiri, 4.** Ulusal TSK Hemşirelik Kongresi.2-3 Kasım 2009.İzmir.

6.22.**YAVA, A., KOYUNCU, A., BUYRUK, P., KALELİOĞLU, N., HATİPOĞLU, S., DEMİRKILIÇ, U., TATAR, H.:** Derin Ven Trombozunun

Tedavisinde Islak Sıcak Pansuman ile Eau de Gaulard Uygulamasının Etkinliğinin Karşılaştırılması, **Sözel Bildiri**, 4. Ulusal TSK Hemşirelik Kongresi.2-3 Kasım 2009.İzmir.

6.23. **KOYUNCU, A., YAVA, A., KAYA, Z.:** Kosovanın Prizren Bölgesinde Yaşayan Arnavut, Türk ve Boşnak Halkın Sağlıkla İlgili İnanışları ve Halk Hekimliği uygulamaları. **Poster Bildiri**, 4. Ulusal TSK Hemşirelik Kongresi.2-3 Kasım 2009.İzmir.

6.24. **KOYUNCU, A., YAVA, A.,** Uygulamalı Eğitimin Teorik Eğitime Göre Mekanik Ventilatör Bilgisini Arttırmadaki Etkisi, **Poster Bildiri**, 4. Ulusal TSK Hemşirelik Kongresi.2-3 Kasım 2009.İzmir.

6.25. **KOYUNCU, A.:** Mekanik Ventilasyondan Ayırmada Hemşirelik yaklaşımları. Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu, Eğitimci **Davetli Konuşmacı**, 5. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide yenilikler kongresi.24-28 Eylül 2009.Antalya

6.26. **KOYUNCU, A., YAVA, A., AKKERMAN, N., ERDOĞAN, H.:** Kardiyak Cerrahi Geçiren İletişim Engelli Çocuklara Yönelik Deneyimlerimiz, **Sözel Bildiri**, II. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, 30 Mart- 3 Nisan 2009, İstanbul.

6.27.**YAVA, A., KOYUNCU, A., DİZER, B., HATİPOĞLU, S.:** Effect of Daily Procedures on Pain Perception in Cardiac Surgery Intensive Care Patients, **Poster Bildiri**, V. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi, 24-28 Eylül 2009, Antalya, (Abstract, The Heart Surgery Forum-Supplement I,12; 95).

6.28.**KOYUNCU, A., YAVA, A., KOYUNCU, F., KÜRKLÜOĞLU, M., DEMİRKILIÇ, U.:** Is the Neck Pillow Effective Aganist the Positional Neck Pain in Patients Undergoing Open Heart Surgery, **Poster Bildiri**, V. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi, 24-28 Eylül 2009, Antalya, (Abstract, The Heart Surgery Forum-Supplement I,12; 95).

6.29. **YAVA, A., KOYUNCU, A., DEMİRKILIÇ, U., KÖSE, O., KILIÇ, S.:** Kardiyoversiyon Uygulamasında Lokal Cilt Yanıklarının Önlenmesinde Lokal Soğuk Uygulama Etkili mi? **Sözel Bildiri**, III. Ulusal/Uluslararası Katılımlı TSK Hemşirelik Kongresi, Erzurum, 8-11 Mayıs 2007.

6.30.**KOYUNCU, A., YAVA, A., KALELİOĞLU, N., İNCE, Ç.:** Dilate Kardiyomyopatisi Olan Hastalarda Ayak Ülserasyonlarının Tedavisinde Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu, **Poster bildiri** III. Ulusal/Uluslararası Katılımlı TSK Hemşirelik Kongresi, Erzurum, 8-11 Mayıs 2007.

6.31. **KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Trakea-Özefagial Fistül Gelişen Hastanın Beslenmesi: Olgu Sunumu, **Poster bildiri** III. Ulusal/Uluslararası Katılımlı TSK Hemşirelik Kongresi, Erzurum, 8-11 Mayıs 2007.

6.32.**KOYUNCU, A., YAVA, A., KURALAY, E., YILDIRIM, V., KOYUNCU, F., DEMİRKILIÇ, U., TATAR, H.:** Karlens Çift Lumenli Tüp Takılan ve ILV Modunda Ventilasyonu Sürdürülen Hastanın Bakımı: Olgu Sunumu, **Poster bildiri** III. Ulusal/Uluslararası Katılımlı TSK Hemşirelik Kongresi, Erzurum, 8-11 Mayıs 2007.

6.33.YILDIRIM, B., **KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Derin Ven Trombozunda Hemşirelik Bakım Protokolü ile Takip Edilen Hastaların Sonuçlarının İncelenmesi, **Poster Bildiri**, III. Ulusal/Uluslararası Katılımlı TSK Hemşirelik Kongresi, Erzurum, 8-11 Mayıs 2007.

6.34.**KOYUNCU, A.:** Bilimsel Faliyetlere Katılan Hemşirelerin Deneyimlerini Paylaşması. GATA Başhemşireliği.**Konuşmacı.** 22.Kasım 2006.Ankara.

6.35.**KOYUNCU, A., YAVA, A., KALELİOĞLU, N., İNCE, Ç.:** Dilate Kardiyomyopatisi Olan Hastalarda Ayak Ülserasyonlarının Tedavisinde Hemşirelik Yaklaşımı: Olgu Sunumu, **Sözel Bildiri**, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 85).

6.36. **KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Trakea-Özefagial Fistül Gelişen Hastanın Beslenmesi: Olgu Sunumu, **Sözel Bildiri**, And Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 85).

6.37.YAVA, A., **KOYUNCU, A., KALELİOĞLU, N., HATİPOĞLU, S., DEMİRKILIÇ, U., TATAR, H.:** Derin Ven Trombozunun Tedavisinde Islak Sıcak Pansuman ile Eau de Gaulard Uygulamasının Etkinliğinin Karşılaştırılması, **Sözel Bildiri**, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 86).

6.38.**KOYUNCU, A., YAVA, A.,** Uygulamalı Eğitimin Teorik Eğitime Göre Mekanik Ventilatör Bilgisini Arttırmadaki Etkisi, **Sözel Bildiri**, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 86).

6.39. **KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Dil engeli Olan, Otistik ve Dawn Sendromu Olan Çocuk Hastalar ile İletişim Deneyimlerimiz, **Sözel Bildiri**, Türk Kalp Damar

Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 87).

6.40. **KOYUNCU, A., YAVA, A., KURALAY, E., YILDIRIM, V., KOYUNCU, F., DEMİRKILIÇ, U., TATAR, H.:** Karlens Çift Lumenli Tüp Takılan ve ILV Modunda Ventilasyonu Sürdürülen Hastanın Bakımı: Olgu Sunumu, **E-Poster Bildiri**, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 110).

6.41. **YILDIRIM, B., KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Derin Ven Trombozunda Hemşirelik Bakım Protokolü ile Takip Edilen Hastaların Sonuçlarının İncelenmesi, **Poster Bildiri**, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 248).

6.42. **YAVA, A., KOYUNCU, A., DEMİRKILIÇ, U., KÖSE, O., KILIÇ, S.:** Kardiyoversiyon Uygulamasında Lokal Cilt Yanıklarının Önlenmesinde Lokal Soğuk Uygulama Etkili mi? **Sözel Bildiri**, Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi, 1-5 Kasım, 2006, Antalya. (Özet, Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi, Ek Sayı: Kasım-Aralık, 2006, 14; 248).

6.43. **KOYUNCU, A.:** Entübe hastalarla iletişime yönelik gözlem ve deneyimlerimiz. **Sözel Bildiri**, II. TSK Ulusal ve Uluslar arası katılımlı hemşirelik kongresi.23-25 Mayıs 2005 İstanbul

6.44. **KOYUNCU, A., KALELİOĞLU, N., KILIÇ, A.:** Derin Ven Trombozunda hemşirelik bakımı. **Poster Bildiri**, 8. Vasküler Cerrahi Kongresi 15-18 Mayıs 2005 Antalya

6.45. **KOYUNCU, A.:** Kalp Naklinde Donör ve Alıcının Hemşirelik Bakımı. **Davetli Konuşmacı**. Organ Transplantasyonu Sempozyumu.18.Şubat.2005 Ankara

7. Diğer yayınlar

7.1. **KOYUNCU, A.:** Kosovada hemşire olmak.TSK Mehmetçik Dergisi, Ocak 2008.

8. Kurslar ve Hizmet İçi Eğitimler

8.1. **KOYUNCU, A.:** Kalp Cerrahisinde Deliryum Yönetimi.GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2014-2015.Ankara.

8.2.**KOYUNCU, A.:** Lateks Allerjisi Artıyor mu? GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2014-2015.Ankara.

8.3.**KOYUNCU, A.:** Yoğun Bakımda Çevresel Uyarıların Yönetimi.GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2014-2015.Ankara.

8.4.**KOYUNCU, A.:** Yoğun bakım hemşireliğinde etik ikilemler. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2013-2014.Ankara.

8.5.**KOYUNCU, A.:** Kalp cerrahisinde iyileşmeyi hızlandıran uygulamalar(Fast track protokolleri) GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2013-2014.Ankara.

8.6.**KOYUNCU, A.:** Sağlık bakımında kullanılan ekotoksik malzemeler. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2013-2014.Ankara.

8.7.**KOYUNCU, A.:** Tıbbi atık yönetimi. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2013-2014.Ankara.

8.8.**KOYUNCU, A.:**Sağlık bakımında biyolojik riskler. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci**.2013-2014.Ankara.

8.9.**KOYUNCU, A.,YAVA, A.:** Mekanik ventilasyonun tarihçesi ve ventilatör tipleri.1. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım hemşireliği Kongresi, Mekanik Ventilasyon Kursu,**Eğitimci**. 10 Nisan 2014, Gaziantep.

8.10.**KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Mekanik ventilasyonda temel kavramlar ve hemşirelik. 1. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım hemşireliği Kongresi, Mekanik Ventilasyon Kursu, **Eğitimci**. 10 Nisan 2014, Gaziantep.

8.11.**KOYUNCU, A., YAVA, A.:** Mekanik ventilasyonda mod seçimi. 1. Dâhili ve Cerrahi Yoğun Bakım hemşireliği Kongresi, Mekanik Ventilasyon Kursu, **Eğitimci**. 10 Nisan 2014, Gaziantep.

8.12.**KOYUNCU, A., YAVA; A.:**Mekanik ventilasyonda alarmlar ve hasta güvenliği. 1. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım hemşireliği Kongresi, Mekanik Ventilasyon Kursu, **Eğitimci**. 10 Nisan 2014, Gaziantep.

- 8.13.DURMUŞ, A., **KOYUNCU, A.:**Mekanik ventilasyonda komplikasyonlar. 1. Dâhili ve Cerrahi Yoğun Bakım hemşireliği Kongresi, Mekanik Ventilasyon Kursu, **Eğitimci.** 10 Nisan 2014, Gaziantep.
- 8.14.**KOYUNCU, A.:**Temel Elektrofizyoloji ve EKG de Temel Kavramlar. Kalp Damar Cerrahisi Hemşireleri Derneği Hemşireler için temel EKG Kursu. **Kurs koordinatörü ve Eğitimci.** 10 Nisan 2013, Ankara
- 8.15.**KOYUNCU, A.:** Kalp Damar Cerrahisi İlaç Protokolleri ve İlaç Uygulama Prosedürleri, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2012-2013.Ankara.
- 8.16.**KOYUNCU, A.:** Temel Elektrofizyoloji ve EKG’de Temel Kavramlar. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2012-2013.Ankara.
- 8.17.**KOYUNCU, A.:** Kan transfüzyonu yönetimi. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2012-2013.Ankara.
- 8.18.**KOYUNCU; A.:** Hasta Ailesi ve Sağlık Personeli İletişimi. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2012-2013.Ankara.
- 8.19. **KOYUNCU, A.:**Temel Elektrofizyoloji ve EKG de Temel Kavramlar, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2011-2012.Ankara
- 8.20.**KOYUNCU, A.:** Kalp Damar Cerrahisi İlaç protokolleri ve ilaç uygulama prosedürleri, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2011-2012.Ankara
- 8.21.**KOYUNCU, A.:** Hasta ailesi ve sağlık personeli İletişimi. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2011-2012.Ankara.
- 8.22. **KOYUNCU, A.:**Kalp naklinde donör bakımı, Mekanik ventilatörden ayırmada hemşirelik yaklaşımları, Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.**2011-2012.Ankara.
- 8.23. **KOYUNCU, A.:** Hasta, hasta ailesi ve sağlık personeli iletişimi. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı **Eğitimci.** 2010-2011.Ankara.

- 8.24. **KOYUNCU, A.:** Noninvaziv hemodinamik monitorizasyon, GATA Misafir Askeri Personel Kalp Damar Cerrahi, Sağlık Personeli Yetiştirme Kursu, Kurs kitapçığı. **Kurs Koordinatörü ve Eğitimi,** 4 Ekim 2009-30 Temmuz 2010. Ankara
- 8.25. **KOYUNCU, A.:** İnvaziv hemodinamik monitorizasyon, GATA Misafir Askeri Personel Kalp Damar Cerrahi, Sağlık Personeli Yetiştirme Kursu, Kurs kitapçığı. **Kurs Koordinatörü ve Eğitimi,** 4 Ekim 2009-30 Temmuz 2010. Ankara
- 8.26. **KOYUNCU, A.:** Yoğun bakımda EKG izlemi, GATA Misafir Askeri Personel Kalp Damar Cerrahi, Sağlık Personeli Yetiştirme Kursu, Kurs kitapçığı. **Kurs Koordinatörü ve Eğitimi,** 4 Ekim 2009-30 Temmuz 2010. Ankara
- 8.27. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyon ve hava yolu uygulamaları, GATA Misafir Askeri Personel Kalp Damar Cerrahi, Sağlık Personeli Yetiştirme Kursu, Kurs kitapçığı. **Kurs Koordinatörü ve Eğitimi,** 4 Ekim 2009- 30 Temmuz 2010. Ankara
- 8.28. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyonda hemşirelik bakımı ve hasta güvenliği, GATA Misafir Askeri Personel Kalp Damar Cerrahi, Sağlık Personeli Yetiştirme Kursu, Kurs kitapçığı. **Kurs Koordinatörü ve Eğitimi,** 4 Ekim 2009- 30 Temmuz 2010. Ankara
- 8.29. **KOYUNCU, A.:** Kalp damar cerrahisi ilaç protokolleri ve uygulama prosedürleri, GATA Misafir Askeri Personel Kalp Damar Cerrahi, Sağlık Personeli Yetiştirme Kursu, Kurs kitapçığı. **Kurs Koordinatörü ve Eğitimi,** 4 Ekim 2009-30 Temmuz 2010. Ankara
- 8.30. **KOYUNCU, A.:** Kalp cerrahisi uygulanan hastalara taburculuk eğitimi, GATA Misafir Askeri Personel Kalp Damar Cerrahi, Sağlık Personeli Yetiştirme Kursu, Kurs kitapçığı. **Kurs Koordinatörü ve Eğitimi,** 4 Ekim 2009- 30 Temmuz 2010. Ankara.
- 8.31. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilatörden ayırma, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimi.**2009-2010. Ankara.
- 8.32. **KOYUNCU, A.:** Dilate kardiyomiyopatisi olan hastanın bakımı, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimi.**2009-2010. Ankara.
- 8.33. **KOYUNCU, A.:** Sigaranın neden olduğu hastalıklar, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimi.** 2009-2010. Ankara.

- 8.34. **KOYUNCU, A.:** Enfeksiyon, Dezenfeksiyon, İzolasyon kavramları, Yoğun bakım ve Ameliyathane hijyeni. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci.**2009-2010. Ankara.
- 8.35. **KOYUNCU, A.:** Kalp naklinde hemşirelik bakımı, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci.** 2008-2009.Ankara.
- 8.36. **KOYUNCU; A.:** Mekanik Ventilasyonda Alarmlar, Bulgular, Sonuçlar. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci.** 2008-2009.Ankara.
- 8.37. **KOYUNCU, A.:** Mekanik Ventilasyonda Alarmlar, Bulgular, Sonuç ve Grişimler. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci.** 2007-2008.Ankara
- 8.38. **KOYUNCU, A.:** Non invaziv ventilasyonda hemşirelik bakımı. Türk Toraks Derneği Göğüs Hastalıkları Hemşirelik Kursu. Kurs kitabı **Eğitimci.**18-19 Aralık 2008.Ankara.
- 8.39. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyonun tarihsel gelişimi ve çeşitleri, GATA Kalp Damar Cerrahisi AD. Başhemşirelik ve Hemşirelik Yüksek Okulu Mekanik Ventilatör ve Hemşirelik Bakımı Kursu, Kurs kitapçığı **Kurs Programı Koordinatörü ve Eğitimci.** 28 Mayıs- 1 Haziran 2007.Ankara
- 8.40. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilatör devresi hazırlama ve monitorizasyon, GATA Kalp Damar Cerrahisi AD. Başhemşirelik ve Hemşirelik Yüksek Okulu Mekanik Ventilatör ve Hemşirelik Bakımı Kursu, Kurs kitapçığı **Kurs Programı Koordinatörü ve Eğitimci.** 28 Mayıs- 1 Haziran 2007.Ankara
- 8.41. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilatöre bağlı hastanın aspire edilmesi ve nemlendirme, GATA Kalp Damar Cerrahisi AD. Başhemşirelik ve Hemşirelik Yüksek Okulu Mekanik Ventilatör ve Hemşirelik Bakımı Kursu, Kurs kitabçığı **Kurs Programı Koordinatörü ve Eğitimci.** 28 Mayıs- 1 Haziran 2007.Ankara
- 8.42. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilatörde alarmlar, nedenleri, bulgular, sonuçlar ve grişimler, GATA Kalp Damar Cerrahisi AD. Başhemşirelik ve Hemşirelik Yüksek Okulu Mekanik Ventilatör ve Hemşirelik Bakımı Kursu, Kurs kitabçığı **Kurs Programı Koordinatörü ve Eğitimci.** 28 Mayıs- 1 Haziran 2007.Ankara
- 8.43. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilatörden ayırma ve Hemşirelik uygulamaları. GATA Kalp Damar Cerrahisi AD. Başhemşirelik ve Hemşirelik Yüksek Okulu

Mekanik Ventilatör ve Hemşirelik Bakımı Kursu, Kurs kitabçığı **Kurs Programı Koordinatörü ve Eğitimci**. 28 Mayıs- 1 Haziran 2007.Ankara

8.44. **KOYUNCU, A.:** Mekanik Ventilasyonda Hemşirelik bakımı.GATA Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. Başhemşirelik ve Hemşirelik ve Hemşirelik Yüksek Okulu. Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu. Kurs Kitapçığı **Kurs yürütme kurulu üyesi ve Eğitimci**. 02-27 Nisan 2007. Ankara.

8.45. **KOYUNCU, A.:** Kalp naklinde alıcı ve donör bakımı, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci**. 2006-2007. Ankara.

8.46. **KOYUNCU, A.:** Konjenital kalp hastalıklarında hemşirelik bakımı, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci**. 2006-2007. Ankara.

8.47. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilatördeki hastanın bakımı güvenliği ve iletişim. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci**. 2006-2007. Ankara.

8.48. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyonda hemşirelik bakımı. GATA Başhemşireliği ve Hemşirelik Yüksek Okulu 4. Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu.Kurs Kitapçığı. **Kurs Programı Yürütme Kurulu Üyesi ve Eğitimci**. 3- 28 Nisan 2006.Ankara

8.49. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyonda hemşirelik bakımı. GATA Başhemşireliği ve Hemşirelik Yüksek Okulu 3. Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu.Kurs kitabçığı. **Kurs Programı Yürütme Kurulu Üyesi ve Eğitimci**.7 Mart-8 Nisan 2005. Ankara.

8.50. **KOYUNCU, A.:** İnvaziv hemodinamik monitorizasyon, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci**.2005-2006.Ankara

8.51. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyon ve hava yolu uygulamaları, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci**.2005-2006.Ankara

8.52. **KOYUNCU, A.:** İnter aortik balon pompası takılan hastanın hemşirelik bakımı, GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci**.2005-2006.Ankara

8.53. **KOYUNCU, A.:** Kalp naklinde hemşirelik bakımı. GATA Başhemşireliği Hemşire Hizmet İçi Eğitim Programı. Hizmet İçi Eğitim Kitapçığı. **Eğitimci.**2005-2006.Ankara

8.54. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyonda hemşirelik bakımı. GATA Genel Cerrahi Başkanlığı 2.Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu.Kurs Kitapçığı. **Kurs Programı Yürütme Kurulu Üyesi ve Eğitimci.** 04 Kasım-19 Kasım 2004.Ankara

8.55. **KOYUNCU, A.:** Mekanik ventilasyonda hemşirelik bakımı. GATA Genel Cerrahi Başkanlığı 1.Yoğun Bakım Hemşireliği Kursu. Kurs Kitapçığı. **Kurs Programı Yürütme Kurulu Üyesi ve Eğitimci.** 18 Ekim-04 Kasım 2004. Ankara

9. Sertifikalar

9.1.Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi. **Katılım Belgesi.**27-29 Mayıs2015.Kayseri

9.2.Uluslararası katılımlı kültürlerarası hemşirelik Kongresi. **Katılım Belgesi.** 21-23 Mayıs 2015.Çanakkale.

9.3. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi.**Katılım Belgesi.**12-15 Kasım 2014.Antalya.

9.4. Uluslararası katılımlı Türk kalp Damar Cerrahisi Kongresi. **Katılım Belgesi.**30 Ekim-2 Kasım 2014 Antalya.

9.5. Deney hayvanları kullanımını sertifikası **Kurs katılım belgesi** Mayıs 2014.

9.6. 1.Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi. **Katılım Belgesi.**10-13 Nisan 2014. Gaziantep.

9.7. Dahili ve Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi.Mekanik Ventilasyon Kursu. **Kurs Belgesi.**10 Nisan 2014. Gaziantep.

9.8. ATTS- ASCVTS, Postgraduate/ Congenital/Thoracic. Istanbul/ Turkey. ASCVTS **Certificate of Attendance.** 03-06- April 2014

9.9. Kalp Damar Cerrahisi Derneği Hemşireler için temel EKG Kursu. **Katılım Belgesi** 10 Nisan 2013.Ankara.

9.10. Acıbadem Üniversitesi Geleneksel Bilgi Güncelleme Sempozyumu. Küresel Bakım. **Katılım Belgesi.** 4 Nisan 2013. İstanbul.

9.11. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 12. Ulusal Kongresi.**Katılım Belgesi.**8-11 Kasım.2012.Antalya.

- 9.12. 25TH Annual Congress ESICM (European Society of İntensive Care Medicine) **Certificate of Attendance**. 13-17 October. 2012. CCL, Lisbon, Portugal.
- 9.13. 5. TSK Ulusal/Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu. **Katılım Belgesi**.03-05 Kasım. 2010. Ankara.
- 9.14. Yara Bakım Kursu. Gülhane Askeri Tıp Akademisi. Hemşirelik Yüksek Okulu. **Katılım Belgesi**.03-05 Kasım 2010.Ankara.
- 9.15. 23RD Annual Congress European Society of İntensive Care Medicine. **Certificate of Attendance**.9-13 October 2010. CCIB Barcelona-Spain.
- 9.16. 17. Ulusal Cerrahi Kongresi **Katılım Belgesi**.26-29. Mayıs. 2010.Ankara.
- 9.17. Hemşirelikte Araştırma Kursu. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü. **Katılım Belgesi**. 05 Ekim 2009-07 Mayıs 2010.Ankara.
- 9.18. 4.Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumu. **Katılım Belgesi**.20-21Mayıs 2010.Ankara.
- 9.19. Cardiovascular Nursing Course. **Certificate of Attendance** April 15-18,2010, İzmir,Turkey.
- 9.20. 59th ESCVS (The European Society For Cardio-Vascular Surgery) International Congress **Certificate of Attendance** April 15-18,2010, İzmir,Turkey.
- 9.21. TSK 4. Ulusal Hemşirelik Kongresi. İzmir Asker Hastanesi Baştabipliği. **Katılım Belgesi**.2-3 Kasım 2009.İzmir.
- 8.22. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahi Hemşirelik Kursu.Türk Kalp Vakfı. **Katılım Belgesi**. 26.Eylül 2009.Antalya.
- 9.23. V.Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi. Türkiye Kalp ve Sağlık Vakfı. **Katılım Belgesi**.24-28 Eylül 2009.Antalya.
- 9.24. 58th ESCVS (The European Society For Cardio- Vascular Surgery) İnternational Congress. **Certificate of Attendance**. April 30- May 2. 2009. Warsaw, Poland.
- 9.25. III.Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Kursu.Türk Toraks Derneği Okulu. **Katılım Belgesi**.18-19 Aralık 2008.Ankara.
- 9.26. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahisi Hemşireliği Kursu. **Katılım Belgesi**.29 Kasım 2008.Antalya.
- 9.27. IV. Kardiyoloji ve Kardiyovasküler Cerrahide Yenilikler Kongresi. Türkiye Kalp ve Sağlık Vakfı.**Katılım Belgesi**.28.Kasım-2 Aralık. 2008.Antalya.

- 9.28. TSK III. Ulusal/ Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Kongresi.Mareşal Çakmak Asker Hastanesi Baştabipliği.**Katılım Belgesi.**8-11 Mayıs 2007.Erzurum.
- 9.29. V. Kronik Venöz Yetmezlik Kursu. **Katılım Belgesi.** 3 Kasım 2006. Belek-Antalya.
- 9.30. Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 9. Ulusal Kongresi. **Katılım Belgesi.**01-05 Kasım 2006.Belek-Antalya.
- 9.31.2nd Congress of the European Federation of Critical Care Nursing Associations. **Certificate Of Attendance.**10th -12th of November 2005.Amsterdam, The Netherlands.
- 9.32. II. Ulusal/ Uluslararası TSK Hemşirelik Kongresi. Kasım Paşa Deniz Hastanesi Baştabipliği. Harbiye Askeri Müzesi. **Katılım Belgesi** 25-27 Mayıs 2005.
- 9.33. Yoğun Bakım Hemşireliğinde Son Gelişmeler Sempozyumu. Gölcük Deniz Hastanesi Baştabipliği. **Katılım Belgesi** 30 Nisan 2004.

10. İdari Görevler

- 10.1. GATA Kalp Damar cerrahisi 1990.Ankara.
- 10.2. GATA ve Sağlık Bakanlığı Arasında yapılan anlaşma gereği Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşireliği Eğitimi Almak Üzere Yüksek İhtisas Hastanesinde Görevlendirildim.1990-1991/ Ankara.
- 10.3. Gölcük Askeri Hastanesi 1991-1992/ İzmit.
- 10.4. GATA Kalp Damar Cerrahisi 1992-2007/Ankara.
- 10.5. NATO Barış Gücü Kosova Türk Taburu Görev Kuvvet Komutanlığı Sultan Murat Kışlası Reviri 2007-2008.Prizren. Kosova.
- 10.6. GATA Kalp Damar Cerrahisi.2008/ Ankara.

11. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

- 11.1.Türk Hemşireler Derneği
- 11.2.Türk Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Derneği
- 11.3. Kalp Damar Cerrahisi Hemşireleri Derneği

12. Ödüller

12.1.**KOYUNCU A., KARABACAK Ü., ETİ, ASLAN,F., BEDİR, O., KILIÇ, S., DEMİRKILIÇ, U.:** Koroner bypass cerrahisi uygulanan hastalarda kekik suyu gargarasının boğaz ağrısı, ses kısıklığı, ağızda kötü koku ve enfeksiyon kontrolüne etkisi. **Sözel Bildiri Birincilik Ödülü** Tamamlayıcı ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi.27-29 Mayıs 2015.Kayseri.

12.2.**KOYUNCU, A., YAVA, A., ETİ, ASLAN, F., ÇINAR D., OLGUN N., DEMİRKILIÇ, U.:** Kalp damar cerrahisi polikliniğine müracaat eden hasta ve yakınlarının kan bağıışı ve kan nakline kültürel bakış açılarının incelenmesi. **Sözel Bildiri Birincilik Ödülü.** Uluslararası Katılımlı Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi.21-23 Mayıs 2015.Çanakkale.

12.3.**KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F., YAVA, A., ÇINAR, D., OLGUN, N.:** Kalp damar cerrahisi yoğun bakımda tedavi gören hastaların hasta ziyaretinden beklentileri. **Sözel Bildiri İkincilik Ödülü** 10th International Congress of World Federation of Critical Care Nurses& 6th National Critical Care Nursing Congress. 12-15 November 2014(Programme & Abstract Book).

12.4.**KOYUNCU, A., ETİ ASLAN, F.:** Koroner arter bypass cerrahisi uygulanan hastalarda bir evde bakım stratejisi; bakım vericilerin bilgi düzeyinin taburculuk sonrası sağlık problemlerinin çözülme hızına etkisi. **Sözel Bildiri Birincilik Ödülü.** 1. Dâhili ve Cerrahi Yoğun Bakım Kongresi. 10-13 Nisan 2014, Gaziantep.

12.5.**KOYUNCU, A.:** Genel Kurmay Başkanlığı **Üstün Hizmet Cesaret ve Feragat Ödülü;** Genel Kurmay Başkanından Taktir Belgesi ve Anı Objesi,28 Kasım 2013, Ankara.

12.6.**KOYUNCU, A., YAVA, A., DEMİRKILIÇ.:** Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Flebit Konusundaki Bilgi ve Tutumları. **Sözel Bildiri Birincilik Ödülü.** Türk Kalp Damar Cerrahisi Derneği 12.Ulusal Kongresi 8-11 Kasım 2012,Antalya.

12.7.**KOYUNCU, A.:** Kosova Türk Taburu Görev Kuvvet Komutanlığı, Sultan Murat Kışlası, hizmet anısı, **NATO hizmet belgesi, NATO barış madalyası** 15 Ocak 2008, Prizren/Kosova.

12.8.**KOYUNCU, A.:** Kosova halkına ilaç ve insani yardım malzemelerinin ulaştırılması. **Kızılay Hizmet Dostu Ödülü,** Kızılay genel başkanından teşekkür belgesi, anı objesi 15 Aralık 2007, Prizren / Kosova.

12.9.YAVA, A., **KOYUNCU, A.** DEMİRKILIÇ, U., KÖSE, O., KILIÇ,S.: Kardiyoversiyon Uygulamasında Lokal Cilt Yanıklarının Önlenmesinde Lokal Soğuk Uygulaması Etkili mi? **Sözel Bildiri Birincilik Ödülü, III.** Ulusal/Uluslararası Katılımlı TSK Hemşirelik Kongresi, 8-11 Mayıs 2007, Erzurum.

12.10.**KOYUNCU, A.:** Entübe hastalarla iletişime yönelik gözlem ve deneyimlerimiz. **Sözel Bildiri Birincilik Ödülü II.** TSK Ulusal ve Uluslar arası katılımlı hemşirelik kongresi.23-25 Mayıs 2005 İstanbul.

